

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Stres Kerja

2.1.1 Definisi Stres Kerja

Stres kerja adalah suatu respon berupa respons fisiologis, respon psikologis, dan perilaku terhadap situasi atau peristiwa, tuntutan kerja yang berada di luar batas kemampuan seseorang (Gusti et al., 2018). Menurut Soeltan et al., 2020 perbedaan individu dan proses psikologis juga ikut berperan dalam kejadian stres kerja. Reaksi individu yang stres di tempat kerja akan menyebabkan mereka mudah tersinggung, tidak komunikatif, lelah mental, kehilangan spontanitas dan kreativitas, lelah fisik, pusing, sakit kepala, lebih banyak merokok, menunda atau menghindari pekerjaan. Menurut Azkiyati (2018) stres kerja dapat berpengaruh pada respon tubuh yang bersifat positif (*eustress*) atau negatif (*distress*) yang terjadi akibat dari beberapa sumber pada stres kerja dengan kapasitas kemampuan diri.

2.1.2 Aspek-Aspek Stres Kerja

Menurut Robbins & Judge (2008) dalam Angwen (2017) terdapat beberapa aspek yang mempengaruhi stres kerja yaitu sebagai berikut :

a) Aspek Fisiologis

Stres dapat mengakibatkan perubahan dalam metabolisme seperti meningkatkan detak jantung dan meningkatkan pernapasan lebih cepat, tekanan darah meningkat, sakit kepala, dan menimbulkan serangan jantung, pola tidur tidak stabil, mudah berkeringat, kulit yang bermasalah dan yang berdampak buruk pada kesehatan tubuh hingga menyebabkan kanker.

b) Aspek Psikologis

Dalam aspek psikologis terdapat beberapa gejala seperti ketegangan, kejenuhan, mudah tersinggung, kecemasan, mudah marah dan kesal, kebosanan, sering melakukan penundaan, merasa frustrasi, sensitif dan hiperaktif, komunikasi yang tidak efektif, perasaan terkucilkan atau terasingkan, penurunan kualitas mental, fungsi intelektual yang menurun serta, menurunnya rasa percaya diri, dan cenderung menunda suatu pekerjaan.

c) Aspek Perilaku

Tanda-tanda stres perilaku adalah penurunan kinerja dan produktivitas, penghindaran pekerjaan dan sering absen dari pekerjaan, kehilangan nafsu makan, penurunan berat badan, perilaku berisiko, peningkatan konsumsi alkohol dan obat-obatan, sabotase di tempat kerja.

2.1.3 Faktor Stres Kerja

Menurut Robbin & Judge (2008) dalam Saraswati, (2017), ada beberapa faktor yang mempengaruhi stres di tempat kerja, yaitu sebagai berikut :

1. Faktor Lingkungan

Salah satu penyebab stres pada karyawan dari faktor lingkungan yaitu ketidakpastian ekonomi, teknologi dan politis. Seperti halnya ekonomi yang memburuk menyebabkan rasa cemas akan kelangsungan pekerjaan karyawan sehingga berdampak pada psikologis karyawan. Kondisi lingkungan kerja juga dipengaruhi oleh suhu ruang operasi yang rendah dan memiliki kelembapan yang tinggi dengan ventilasi AC sentral, cahaya ruangan yang sangat terang, asap elektrocauter yang berbau tidak sedap sehingga membuat perawat bedah tidak nyaman.

2. Faktor Organisasi dan Sosial

Dalam faktor organisasi penyebab stres adalah beban kerja yang berlebihan, tekanan atas tuntutan tugas yang diberikan dalam waktu yang singkat tanpa adanya kesalahan secara signifikan dapat mempengaruhi keadaan psikologis perawat. Selain itu adanya hirarki atau senioritas dalam tim bedah, rekan kerja yang tidak menyenangkan dan tidak peka juga dapat membuat situasi menjadi tegang, menjadi faktor stress dalam segi sosial.

3. Faktor Individu

Berbagai faktor dapat menyebabkan stres, seperti masalah yang terdapat dalam keluarga, masalah ekonomi, masalah karakter dan kepribadian seseorang yang melekat padanya. Selain faktor di atas, beberapa faktor individual yang lain diantaranya :

1). Usia

Menurut Depkes RI (2003) dalam Asih (2018) menyebutkan bahwa usia produktif adalah antara 18-40 tahun. Semakin tua usia seseorang, semakin kecil kemungkinan keluar dari pekerjaan. Faber dalam artikel Jacinta F. Rini (2002) menyatakan tenaga kerja < 40 tahun paling beresiko terhadap gangguan yang berhubungan dengan stres. Hal ini disebabkan karena pekerja berumur muda dipengaruhi oleh harapan yang tidak realistis jika dibanding dengan mereka yang lebih tua.

2). Masa Kerja

Masa kerja adalah jangka waktu orang bekerja dari pertama mulai masuk hingga sekarang masih bekerja. Masa kerja yang rentan terhadap

penyakit akibat kerja adalah pekerja yang masa kerjanya antara 2-6 tahun (Maydinar, 2020).

3). Kondisi Kesehatan

Kondisi sehat dapat diartikan tidak menderita salah satu atau lebih dari penyakit yaitu tidak memiliki gangguan kesehatan seperti tekanan darah tinggi sakit kepala, nyeri punggung dan leher, karena seseorang yang sedang menderita sakit akan mudah terpengaruh oleh efek lingkungan (Sartono, 2002 dalam Barus, 2021).

4). Jenis Kelamin

Menurut sebuah penelitian oleh Ansori dan Martina (2017) jenis kelamin memiliki korelasi hubungan cukup kuat terhadap timbulnya stress kerja. Hasil penelitian menunjukkan perempuan memiliki persentasi lebih besar terhadap stress dibanding laki - laki. Perempuan memiliki kecendrungan cepat lelah sehingga stress kerja lebih banyak dialami perempuan. Selain itu, stress kerja juga dipengaruhi dengan adanya siklus haid pada wanita yang dapat memengaruhi kondisi emosionalnya.

4. Waktu Pembedahan

Waktu pembedahan dipengaruhi oleh jenis pembedahan, terdapat 2 jenis pembedahan yaitu pembedahan minor dan pembedahan mayor. Umumnya pembedahan minor dilakukan secara sederhana dan memiliki sedikit resiko, anastesi yang digunakan dalam pembedahan minor adalah anastesi umum. Sedangkan pembedahan mayor memiliki risiko yang cukup tinggi dan area operasinya luas, anastesi yang digunakan adalah anastesi

regional sehingga pada pembedahan mayor durasi yang digunakan lebih panjang dibanding dengan pembedahan minor. Durasi dari pembedahan yang cukup lama dapat meningkatkan kelelahan fisik dan mental pada perawat perioperatif.

2.1.4 Gejala Stres Kerja

Menurut Terry Beehr dan Newman, gejala dan tanda stress di tempat kerja dibagi menjadi 3 gejala yaitu sebagai berikut :

1. Gejala Fisik

Gejala fisik ditandai dengan meningkatnya detak jantung dan tekanan darah, meningkatnya sekresi adrenalin dan non adrenalin, gangguan lambung, mudah terluka, kematian, mudah lelah secara fisik, gangguan pernapasan, sering berkeringat, gangguan kulit, kepala pusing, migraine, kanker, ketegangan otot dan sulit tidur.

2. Gejala Psikologi

Gejala psikologis biasanya ditandai dengan kecemasan, ketegangan, bingung, marah, sensitif, memendam perasaan, komunikasi tidak efektif, menurunnya fungsi intelektual, mengurung diri, ketidak puasan kerja, depresi, kebosanan, lelah mental, mengasingkan diri, kehilangan konsentrasi, kehilangan spontanitas dan kreativitas, kehilangan semangat hidup, dan menurunnya harga diri dan rasa percaya diri.

3. Gejala Perilaku

Gejala perilaku biasanya seperti menunda atau menghindari pekerjaan, penurunan prestasi dan produktifitas, minuman keras dan mabuk, perilaku sabotase, sering mangkir kerja, makan yang tidak normal, kehilangan nafsu

makan, penurunan berat badan, ngebut di jalan, meningkatnya agresivitas dan kriminalitas, penurunan hubungan interpersonal dengan keluarga dan teman serta kecenderungan bunuh diri (Saribu, 2012 dalam Saraswati, 2017).

2.1.5 Tingkat Stres Kerja

Stres dipengaruhi oleh bagaimana pikiran dan tubuh individu mempersiapkan suatu peristiwa. Penilaian kognitif bersifat individual difference, yaitu berbeda pada masing-masing individu. Perbedaan disebabkan oleh persepsi respon yang berbeda terhadap stres tersebut. Menurut Potter dan Perry (2010) dalam Fitrianingrum (2018) berikut merupakan tingkatan dalam stres kerja:

a) Stress Normal

Stres normal yang dihadapi secara teratur dan merupakan bagian alamiah dari suatu kehidupan dan biasanya pada stres normal individu tidak dianggap mengalami stres. Seperti ketika menghadapi situasi kelelahan setelah bekerja, takut tidak lulus dalam ujian, merasakan detak jantung lebih keras setelah beraktifitas (Crowford and Henry dalam Vladimir, 2020).

b) Stres Ringan

Stres ringan merupakan stresor yang dihadapi setiap orang secara teratur, seperti terlalu banyak tidur, kemacetan lalu lintas, serta kritikan dari atasan. Stresor ini bukan resiko signifikan yang dapat menimbulkan gejala yang muncul akibat stres. Akan tetapi, stresor ringan dan banyak dalam waktu singkat dapat meningkatkan resiko penyakit (Potter dan Perry 2005 dalam Vladimir, 2020).

c) Stres Sedang

Kondisi stres sedang berlangsung secara lama, beberapa jam sampai hari.

Jenis stresor yang dihadapi misalnya perselisihan dengan rekan kerja, anak yang sedang sakit, serta tidak kehadiran anggota keluarga dalam waktu yang lama ((Potter and Perry, 2005 dalam Vladimir, 2020).

d) Stres Parah

Kondisi stres parah merupakan kondisi kronis yang berlangsung lama diurainya mulai beberapa minggu sampai beberapa tahun jenis stresor yang dihadapi misalnya, perselisihan perkawinan, kesulitan keuangan yang berkepanjangan, serta penyakit kronis. Semakin sering dan semakin lama situasi stres, makin tinggi resiko kesehatan yang ditimbulkan (Potter dan Perry, 2010 dalam Vladimir, 2020).

e) Stres sangat parah

Stres sangat parah adalah situasi kronis yang dapat terjadi dalam beberapa bulan dan dalam waktu yang tidak dapat ditentukan. Seseorang yang mengalami stres yang sangat parah tidak memiliki motivasi untuk hidup dan pasrah. Seseorang dalam keadaan stress parah biasanya teridentifikasi mengalami depresi parah (Purwati, 2012 dalam Vladimir, 2020).

2.1.6 Penilaian Stres

1. *Depression Anxiety Stress Scales (DASS)*

Depression Anxiety Stress Scales (DASS) dikembangkan oleh Lovibond & Lovibond (1995) dipergunakan untuk mengukur tingkat stres kerja. Kuesioner DASS 42 adalah alat ukur yang baku, sehingga tidak dilakukan pengujian validitas dan reliabilitas diawal. Pengujian validitas dan reliabilitas dilakukan setelah terkumpulnya data. Kuesioner DASS 42 memiliki 3 komponen yaitu depresi, kecemasan, dan stres, yang masing

masing komponen memiliki 14 item pertanyaan. Hasil uji validitas pada 3 dari 14 item kuesioner DASS 42 dengan menggunakan *pearson product moment*. Setelah data terkumpul, menunjukkan nilai *pearson correlation* bernilai positif yakni lebih dari 0,532 pada semua item stres, kecemasan, dan depresi. Uji reliabilitas alat ukur menggunakan *Cronbach's alpha*. Hasil uji reliabilitas yang diperoleh pada 3 dari 14 item kuesioner DASS 42 menunjukkan stres = 0,951, kecemasan = 0,943, dan depresi = 0,952 (Marsidi, 2021).

Kuesioner DASS-42 terdiri dari 42 pernyataan untuk mengukur gejala emosional negatif dari depresi, kecemasan, dan stres. DASS adalah seperangkat skala subjektif yang dibentuk tidak hanya untuk mengukur secara konvensional mengenai status emosional, tetapi untuk proses yang lebih lanjut untuk pemahaman, pengertian, dan pengukuran yang berlaku di manapun dari status emosional yang biasanya di gambarkan sebagai stress. Adapun kuesioner ini menggunakan 4 skala dalam hasil ukurnya dengan bobot skor meliputi 0 “tidak pernah”, 1 “kadang-kadang”, 2 “sering”, 3 “sering sekali”. (Saraswati, 2017)

2. *Student-Life Stress Inventory (SSI)*

Student-Life Stress Inventory (SSI) diciptakan oleh Gadzella & Masten (2005) merupakan instrument yang terdiri atas 51 item pertanyaan dengan hasil nilai koefisiensi validitas untuk kuisisioner SSI adalah 0,64 dan hasil uji reabilitas didapatkan nilai alpha 0,959. (Apriyana et al., 2020)

3. *Heath and Safety Executive (HSE-2003)*

Health and Safety Executive (HSE) diciptakan oleh lembaga utama yang

mengawasi semua hal kimia di Inggris Raya. Kuisisioner ini menggunakan desain penilaian dengan skoring (5 skala likert) dari 35 pertanyaan yang diajukan. Pernyataan keadaan stres yang terdapat pada HSE 2003 dilakukan modifikasi, sehingga bisa menggambarkan keadaan dari objek penelitian (Rahdiana, 2020). Kuisisioner ini ditentukan berdasarkan batas nilai persentilnya yakni sangat buruk (total skor < persentil ke-20), buruk (persentil ke-20 \leq total skor \leq persentil ke-50), baik (persentil ke-50 < total skor \leq persentil ke-80), dan sangat baik, (total skor > persentil ke 80). (Saraswati, 2017)

4. *The Glazer-Stress Control Life-Style Questionnaire*

Kuisisioner *The Glazer-Stress Control Life-Style Questionnaire* dibuat oleh Glazer (1978) dan telah memiliki hasil ukur secara baku yakni tipe kepribadian A tinggi (total skor 109-140), tipe kepribadian A rendah (total skor 80-108), Netral (total skor 60-79), tipe kepribadian B rendah (total skor 30-59), tipe kepribadian B tinggi (total skor 20-29). Kuisisioner ini digunakan untuk mengukur tipe kepribadian yang terdiri dari 20 pernyataan (Saraswati, 2017).

2.2 Dokumentasi Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengertian Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Dokumentasi merupakan bagian integral dari proses keperawatan. Dokumentasi keperawatan mencakup pengkajian, identifikasi masalah, perencanaan, tindakan, dan evaluasi terhadap pasien (Sholihin et al., 2020)

Dokumentasi asuhan keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan untuk melakukan pengkajian menentukan diagnosis

keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan penilaian keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan hukum (Ginting & Tommy Jemmy 2020).

Dokumentasi Keperawatan adalah sebuah bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan catatan perawatan yang berguna untuk kepentingan klien, perawat, dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab perawat (Dinarti & Mulyanti, 2017).

2.2.2 Manfaat Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Dokumentasi keperawatan mempunyai makna penting. Menurut Isti (2009) dalam Eriyani (2020), manfaat dan pentingnya dokumentasi keperawatan dilihat dari berbagai aspek yaitu:

a. Hukum.

Dokumentasi dapat digunakan sebagai barang bukti di pengadilan. Oleh karena itu data-data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas, obyektif dan ditanda tangani oleh perawat pelaksana, diberi tanggal dan perlu dihindari adanya penulisan yang dapat menimbulkan interpretasi yang salah

b. Jaminan mutu.

Dengan pencatatan yang lengkap dan akurat akan membantu meningkatkan mutu pelayanan keperawatan

c. Komunikasi.

Dokumentasi keperawatan merupakan perekam terhadap masalah yang berkaitan dengan pasien yang bisa dijadikan pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan bagi semua profesional kesehatan

d. Keuangan.

Dokumentasi dapat menjadi sumber pertimbangan biaya perawatan.

e. Pendidikan.

Data yang ada dalam dokumentasi dapat menjadi sumber belajar

f. Penelitian

Data dalam dokumentasi dapat menjadi bahan penelitian

g. Akreditasi.

Melalui dokumentasi keperawatan akan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi shift perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pasien. Hal ini akan bermanfaat bagi peningkatan mutu pelayanan dan bahan pertimbangan dalam kenaikan jenjang karir/kenaikan pangkat.

2.2.3 Tujuan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Dokumentasi keperawatan mempunyai tujuan yang sangat penting dalam bidang keperawatan. Berikut ini beberapa pendapat mengenai tujuan dokumentasi keperawatan. Menurut Isti (2009) dalam (Eriyani, 2020), tujuan utama dokumentasi keperawatan adalah:

- a. Sebagai sarana komunikasi.
- b. Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat.
- b. Sebagai informasi statistik.
- c. Sebagai sarana pendidikan.
- d. Sebagai sumber data penelitian.
- e. Sebagai jaminan kualitas pelayanan kesehatan.
- f. Sebagai sumber data perencanaan asuhan keperawatan berkelanjutan.

2.2.4 Prinsip Dokumentasi Keperawatan

Menurut Olfah Yustiana (2016) dalam membuat dokumentasi harus memperhatikan aspek-aspek keakuratan data, brevity (ringkas), dan legality (mudah dibaca). Adapun prinsip-prinsip dalam melakukan dokumentasi yaitu :

- a. Dokumen merupakan suatu bagian integral dari pemberian asuhan keperawatan.
- b. Praktik dokumentasi bersifat konsisten.
- c. Tersedianya format dalam praktik dokumentasi.
- d. Dokumentasi hanya dibuat oleh orang yang melakukan tindakan atau mengobservasi langsung pasien.
- e. Dokumentasi harus dibuat sesegera mungkin.
- f. Catatan harus dibuat secara kronologis.
- g. Penulisan singkatan harus menggunakan istilah yang sudah berlaku umum dan seragam.
- h. Tuliskan tanggal, jam, tanda tangan, dan inisial penulis.
- i. Catatan harus akurat, benar, komplit, jelas, ringkas, dapat dibaca, dan ditulis dengan tinta.
- j. Dokumentasi adalah rahasia dan harus disimpan dengan benar.

2.2.5 Standar dokumentasi keperawatan

Menurut (Eriyani, 2020) standar dokumentasi keperawatan sebagai berikut :

1. Standar 1 : Pengumpulan data *nursing care plan* (NCP) sistematis tentang status kesehatan pasien. Data yang diperoleh dibicarakan lalu ditulis/direkam.
2. Standar 2 : Diagnosa keperawatan yang didapat dari data status kesehatan.

3. Standar 3 : Rencana keperawatan dan hasil yang diharapkan diperoleh dari diagnosa keperawatan.
4. Standar 4 : Rencana keperawatan secara medis termasuk pendekatan secara Medis untuk mengukur kemajuan penyakit yang di dapat pada diagnose keperawatan.
5. Standar 5 : Sikap perawat terhadap pasien sangat diperlukan bagi proses penyembuhan.
6. Standar 6 : Sikap perawat menolong pasien untuk meningkatkan kemampuan terhadap kesehatan.
7. Standar 7 : Kemajuan dan kemunduran kesehatan pasien ditentukan oleh pasien dan perawat.
8. Standar 8 : Kemajuan dan kemunduran dicatat dan didokumentasikan serta direvisi untuk rencana keperawatan selanjutnya.

2.2.6 Model Dokumentasi Keperawatan

Model dokumentasi keperawatan adalah merupakan cara menggunakan dokumentasi dalam penerapan proses asuhan keperawatan. Model dokumentasi keperawatan merupakan model dokumentasi dimana data-data pasien dimasukkan kedalam suatu format, catatan dan prosedur dengan tepat yang dapat memberikan gambaran perawatan secara lengkap dan akurat. Dalam catatan ini dapat diketahui secara jelas siapa yang mencatat, dimana catatan dibuat, bagaimana cara mencatat, kapan catatan dibuat dan dibutuhkan, dan dalam bentuk apa catatan tersebut dibuat (Eriyani, 2020). Ada beberapa model pendokumentasian yaitu sebagai berikut :

a) *POR (Problem Oriented Record)*

Suatu model pendokumentasian sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi pada masalah klien, dapat menggunakan multi disiplin dengan mengaplikasikan pendekatan pemecahan masalah, mengarahkan ide-ide dan pikiran anggota tim. Model ini memusatkan data tentang klien dan didokumentasikan dan disusun menurut masalah klien. Sistem dokumentasi jenis ini mengintegrasikan semua data mengenai masalah yang dikumpulkan oleh dokter, perawat atau tenaga kesehatan lain yang terlibat dalam pemberian layanan kepada klien (Eriyani, 2020).

b) *SOR (Source Oriented Record)*

SOR (Source Oriented Record) merupakan suatu model pendokumentasian sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi pada sumber informasi. Model ini menempatkan catatan atas dasar disiplin orang atau sumber yang mengelola pencatatan. Dokumentasi dibuat dengan mengumpulkan hasil observasi semua anggota tim kesehatan yang terlibat menjadi satu. Sehingga masing-masing anggota tim kesehatan melaksanakan kegiatan sendiri tanpa tergantung anggota tim kesehatan yang lain (Eriyani, 2020).

c) *Progress notes (Catatan Perkembangan)*

Catatan perkembangan membentuk rangkaian informasi dalam sistem pendekatan berorientasi masalah. Catatan ini dirancang sesuai dengan format khusus untuk mendokumentasikan informasi mengenai setiap nomor dan judul masalah yang sudah terdaftar. Catatan ini menyediakan suatu rekaman kemajuan pasien dalam mengatasi masalah khusus, perencanaan dan

evaluasi. Catatan perkembangan biasanya ditampilkan dalam tiga bentuk, yaitu *flow sheet* berisi hasil observasi dan tindakan tertentu, catatan perawat/keterpaduan memberi tempat untuk evaluasi kondisi pasien dan kemajuan dalam mencapai tujuan, catatan pulang dan ringkasan asuhan dan memudahkan *follow up* waktu pasien pulang (Eriyani, 2020).

d) CBE (*Charting By Exception*)

CBE (*Charting By Exception*) adalah sistem dokumentasi yang hanya mencatat secara naratif dari hasil atau penemuan yang menyimpang dari keadaan normal atau standar (Eriyani, 2020).

e) PIE (*Problems Intervention & Evaluation*)

PIE adalah suatu singkatan dari (Identifikasi *Problem*, *Intervention* dan *Evaluation*). Sistem pencatatan adalah suatu pendekatan orientasi – proses pada dokumentasi dengan penekanan pada proses keperawatan dan diagnosa keperawatan. Format PIE tepat digunakan untuk sistem pemberian asuhan keperawatan primer. Pada keadaan klien yang akut, perawat primer dapat melaksanakan dan mencatat pengkajian waktu klien masuk dan pengkajian sistem tubuh dan diberi tanda PIE setiap hari. Setelah itu Perawat *Associate* (PA) akan melaksanakan tindakan sesuai yang telah direncanakan (Eriyani, 2020).

f) FOCUS/POS (*Process Oriented System*)

Pencatatan Focus adalah suatu proses orientasi dan klien fokus. Hal ini digunakan proses keperawatan untuk mengorganisir dokumentasi asuhan (Eriyani, 2020). Penulisan catatan perkembangan pasien dengan metode

pencatatan fokus menggunakan format DAR (*Data – Action – Response*), dengan uraian sebagai berikut :

Data : Berisi tentang data subyektif dan obyektif yang mengandung dokumentasi fokus.

Action : Merupakan tindakan keperawatan yang segera atau yang akan dilakukan berdasarkan pengkajian / evaluasi keadaan klien.

Response : Menyediakan keadaan respon klien terhadap tindakan medis atau keperawatan.

2.2.7 Tahap Tahap Proses Dokumentasi

Berikut ini merupakan tahap–tahap dari proses dokumentasi keperawatan yaitu sebagai berikut :

1. Pengkajian Keperawatan (*Assesment*)

Dokumentasi pengkajian keperawatan merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien. Masalah-masalah ini dengan menggunakan data pengkajian sebagai dasar formulasi yang dinyatakan sebagai diagnosa keperawatan. (Leniwita & Anggraini, 2019)

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang *actual* atau potensial. Diagnosa keperawatan

merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan. Diagnosa keperawatan sejalan dengan diagnosis medis sebab dalam mengumpulkan data-data saat melakukan pengkajian keperawatan yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosa keperawatan ditinjau dari keadaan penyakit dalam diagnosa medis (Leniwita & Anggraini, 2019).

3. Intervensi Keperawatan (Rencana Keperawatan)

Pada tahap ini perawat membuat rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan pasien. Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan masalah, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien/klien berdasarkan analisis data dan diagnose keperawatan (Leniwita & Anggraini, 2019).

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Leniwita & Anggraini, 2019).

5. Evaluasi Keperawatan

Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara

bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Leniwita & Anggraini, 2019).

2.2.8 Sistem Dokumentasi Manual dan Elektronik

1. Dokumentasi Secara Manual

Pendokumentasian asuhan keperawatan yang berlaku di beberapa rumah sakit di Indonesia umumnya masih menggunakan pendokumentasian tertulis. Pendokumentasian tertulis ini sering membebani perawat karena perawat harus menuliskan dokumentasi pada form yang telah tersedia dan membutuhkan waktu banyak untuk mengisinya. Permasalahan lain yang sering muncul adalah biaya pencetakan form mahal sehingga sering form pendokumentasian tidak tersedia. Pendokumentasian secara tertulis dan manual juga mempunyai kelemahan yaitu sering hilang. Pendokumentasian yang berupa lembaran-lembaran kertas sering terselip. Pendokumentasian secara tertulis juga memerlukan tempat penyimpanan dan menyulitkan untuk pencarian kembali jika sewaktu-waktu pendokumentasian tersebut diperlukan. Dokumentasi yang hilang atau terselip di ruang penyimpanan akan merugikan perawat. Hal ini karena tidak dapat menjadi bukti legal jika terjadi suatu gugatan hukum, sehingga perawat berada pada posisi yang lemah dan rentan terhadap gugatan hukum (Eriyani, 2020).

Komponen model dokumentasi keperawatan :

a. Komunikasi

Kapan saja perawat melihat pencatatan kesehatan, perawat memberi dan menerima pendapat dan pemikiran. Untuk lebih efektif penyaluran ide tersebut, perawat memerlukan ketrampilan dalam menulis. Ketrampilan dokumentasi yang efektif memungkinkan perawat untuk mengkomunikasikan kepada tenaga kesehatan lainnya dan menjelaskan apa yang sudah, sedang, dan yang akan dikerjakan oleh perawat (Eriyani, 2020).

Bentuk komunikasi, ada 2 yaitu:

- 1) Komunikasi verbal meliputi kata-kata yang diucapkan maupun yang ditulis. Kata-kata adalah media atau simbol yang digunakan untuk mengekspresikan ide atau perasaan, menimbulkan respons emosional, atau menggambarkan objek, observasi, kenangan atau kesimpulan
- 2) Komunikasi non verbal adalah transmisi pesan tanpa menggunakan kata-kata, dan merupakan salah satu cara yang terkuat bagi seseorang untuk mengirimkan pesan kepada orang lain.

b. Dokumentasi Proses Keperawatan

Dokumentasi adalah bagian integral proses, bukan sesuatu yang berbeda dari metode *problem-solving*. Dokumentasi proses keperawatan mencakup pengkajian, identifikasi masalah, perencanaan, tindakan. Perawat kemudian mengobservasi dan mengevaluasi respon pasien terhadap tindakan yang diberikan dan mengkomunikasikan informasi tersebut kepada tenaga kesehatan lainnya (Eriyani, 2020)

c. Standar Dokumentasi

Perawat memerlukan suatu ketrampilan untuk dapat memenuhi standar yang sesuai. Standar dokumentasi adalah suatu pernyataan tentang kualitas. Dengan adanya standar dokumentasi memberikan informasi bahwa adanya suatu ukuran terhadap kualitas dokumentasi keperawatan (Eriyani, 2020).

- 1) Kepatuhan terhadap aturan pendokumentasian yang ditetapkan oleh profesi atau pemerintah.
- 2) Standar profesional keperawatan dituliskan kedalam catatan kesehatan.
- 3) Peraturan tentang praktik keperawatan dapat dilihat pada catatan pelayanan kesehatan.
- 4) Pedoman akreditasi harus diikuti penekanan yang khusus pada tentang kegiatan observasi dan evaluasi.

2. Dokumentasi Keperawatan Elektronik

Dunia keperawatan di Indonesia terus berkembang, seiring dengan meningkatnya strata pendidikan keperawatan di Indonesia dan akses informasi yang sangat cepat di seluruh dunia. Hal itu membawa dampak pada kemajuan proses keperawatan, termasuk dalam dokumentasi keperawatan. Dokumentasi keperawatan yang sebelumnya manual, bergeser kearah komputerisasi. Komputerisasi bukan hanya membantu dalam dokumentasi keperawatan, tetapi digunakan juga untuk sistem informasi manajemen rumah sakit. Aktivitas asuhan keperawatan dapat termonitor dalam sebuah data base rumah sakit (Eriyani, 2020).

Dokumentasi keperawatan yang terkomputerisasi dibuat dalam rangka memudahkan dan mempercepat pendokumentasian asuhan keperawatan yang dibuat. Pencatatan dan pelaporan menjadi lebih akurat, lebih lengkap, lebih menghemat waktu dan perawat akan lebih sering berada di samping pasien (Eriyani, 2020).

Perawat merupakan salah satu tenaga yang mempunyai kontribusi besar bagi pelayanan kesehatan. Perawat mempunyai peran penting dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan. Perawat harus mampu melaksanakan asuhan keperawatan sesuai standar, yaitu mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi termasuk dokumentasinya (Eriyani, 2020).

2.3 Dokumentasi Asuhan Keperawatan Perioperatif

Keperawatan perioperative merupakan istilah yang digunakan untuk menggambarkan keberagaman fungsi dari tindakan keperawatan yang dialami oleh pasien bedah. Keperawatan perioperatif memiliki tiga periode yaitu yang pertama pre operatif yang merupakan periode sebelum operasi, yang kedua yaitu intra operatif yang merupakan periode selama operasi berlangsung, dan yang terakhir post operatif merupakan periode setelah dilakukannya pembedahan yaitu mulai pasien dipindahkan ke *Recovery Room* sampai pasien dibawa kembali ke ruang rawat inap/pulang. (Yuniar *et al.*, 2019).

Berikut ini merupakan uraian 3 periode dari dokumentasi asuhan keperawatan perioperatif.

a. Dokumentasi Asuhan Keperawatan Pre Operatif

Dokumentasi pre operatif menggunakan pendekatan proses keperawatan, yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi, baik dokumentasi pada pasien yang menjalani pembedahan elektif maupun pembedahan darurat, jika waktu tidak memungkinkan dokumentasi darurat, maka perawat harus membuat catatan tentang sifat darurat pembedahan yang dijalani pasien (Yuniar et al., 2019)

Proses pra operatif dimulai dari adanya keputusan untuk dilakukan pembedahan hingga pasien ditransfer ke kamar operasi, fase ini dimulai dengan wawancara, melalui wawancara data yang dikumpulkan pada pasien pre operasi antara lain adalah informasi yang berkaitan tentang kondisi pasien, pengetahuan pasien tentang kondisinya, sistem pendukung pasien dan rencana untuk periode pemulihan, pengumpulan sampel untuk test diagnostik dan test laboratorium. Format pengkajian pre operatif mencantumkan daftar yang diperlukan individu untuk memfasilitasi dilakukannya pembedahan. Daftar tersebut antara lain mencakup hal-hal dasar seperti memverifikasi gelang identitas, memastikan bahwa pasien sudah dipuaskan, memastikan inform consent sudah ditanda tangani, melakukan persiapan pembedahan dan mengamankan barang-barang berharga yang dibawa ke rumah sakit. Sistem pendokumentasian yang juga digunakan pada pasien pre operasi adalah checklist. Checklist ini berfungsi untuk mengkomunikasikan informasi yang penting bagi perawat, seperti tingkat kesadaran, gangguan komunikasi, obat-obat yang digunakan dan lain-lain (Leniwita & Anggraini, 2019).

b. Dokumentasi Asuhan Keperawatan Intra Operatif

Fase intra operatif dimulai ketika pasien masuk atau dipindahkan ke kamar bedah dan berakhir saat pasien dipindahkan ke ruang pemulihan. Pada fase ini lingkup aktivitas keperawatan mencakup verifikasi identitas pasien dan data demografi seperti nama pasien, alamat, nomor rekam medis, usia, tanggal lahir, suku, jenis kelamin, agama, jenis asuransi dan nama dokter yang memeriksa (Leniwita & Anggraini, 2019).

Selain itu terdapat verifikasi lain berupa riwayat alergi obat-obatan yang dimiliki pasien, diagnosis pra bedah, prosedur antisipasi, ahli bedah, metode anestesi serta jenis anestesi dan anestetis, nama anggota tim bedah mulai dari perawat *scrub*, *circulating* dan *relief*. Termasuk juga waktu kedatangan pasien dikamar operasi, alat transportasi dan alat keamanan yang menyertainya, riwayat informasi fisik, hasil tes laboratorium, ketersediaan darah. Prosedur yang akan dilakukan, bagian tubuh yang akan dioperasi (Leniwita & Anggraini, 2019).

Perawat bedah bertanggung jawab untuk mencatat tingkat kesadaran pasien, terutama pada saat persetujuan ditanda tangani, sampai pasien berbicara pada ahli bedahnya. Adanya keterbatasan fisik, mental dan psikologis yang dimiliki oleh pasien juga harus dikomunikasikan antara perawat pra bedah dan perawat kamar operasi. Selain itu scrubbed nurse juga bertanggung jawab akan pemeliharaan sterilitas daerah pembedahan dan instrumen, dan menjamin ketersediaan peralatan ahli bedah untuk terlaksananya pembedahan yang direncanakan (Leniwita & Anggraini, 2019)

Beberapa aktivitas keperawatan lain yang dilakukan pada fase intra operatif yaitu sebagai berikut:

- 1). Perlindungan terhadap injury
- 2). Monitoring pasien

Hal - hal yang diperhatikan oleh perawat saat melakukan monitoring pasien selama operasi berlangsung yaitu sebagai berikut:

a. *Safety Management*

Safety management atau manajemen keselamatan merupakan suatu bentuk jaminan keamanan bagi pasien selama prosedur pembedahan berlangsung. Berikut ini merupakan *Safety Management* menurut Rachmawati & Harigustian (2019) yang diterapkan ketika di ruang operasi diantaranya adalah:

1). Pengaturan posisi pasien

Pengaturan posisi pasien bertujuan untuk memberikan kenyamanan pada pasien dan memudahkan pembedahan. Perawat perioperatif harus memahami berbagai posisi operasi yang berkaitan dengan perubahan dan perubahan fisiologis yang timbul pada pasien.

2). Pemantauan fisiologis

Pemantauan fisiologis yang dilakukan oleh perawat meliputi hal-hal sebagai berikut:

a) Melakukan *balance* cairan

Penghitungan *balance* cairan bertujuan untuk memenuhi kebutuhan cairan pasien selama operasi. Pemenuhan *balance* cairan dilakukan dengan cara menghitung jumlah cairan yang

masuk dan yang keluar pada proses pembedahan contohnya perawat mengecek kantong kateter urine pasien, kemudian melakukan koreksi terhadap *imbalance* cairan yang terjadi.

b) Memantau Kondisi *Cardiopulmonal*

Pemantaun kondisi *cardiopulmonal* dilakukan secara berkala untuk melihat apakah kondisi pasien normal atau tidak. Pemantauan yang dilakukan meliputi fungsi pernafasan, nadi dan tekanan darah, saturasi oksigen, perdarahan dan lain - lain.

c) Pemantauan *Vital Sign*

Pemantauan tanda tanda vital pada layar monitor secara berkala dilakukan untuk memastikan bahwa kondisi pasien selama proses pembedahan berlangsung masih dalam batas normal. Hal tersebut penting dilakukan supaya apabila terjadi gangguan dalam proses pembedahan perawat perioperatif dapat melakukan intervensi secepatnya.

c. Dokumentasi Asuhan Keperawatan Post Operatif

Keperawatan Post operatif merupakan tahap lanjutan dari perawatan pre operatif dan intra operatif, dimulai ketika klien diterima di ruang pemulihan atau *Recovery Room* (RR) pasca pembedahan dan anastesi kemudian berakhir hingga evaluasi tindak lanjut pada tatanan rumah sakit.

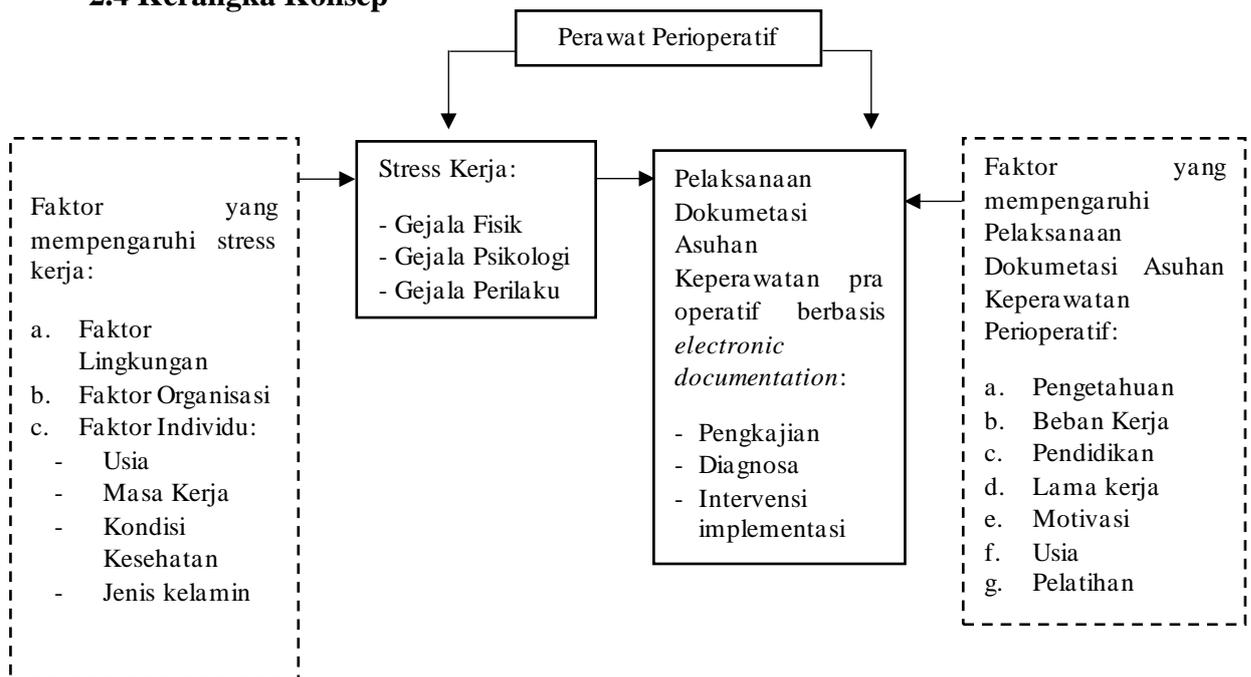
Pada periode keperawatan post operatif fokus pengkajian meliputi monitoring efek agen anastesi terhadap fisiologis dan kesadaran pasien, pemantauan drainase, serta pemantauan tanda tanda vital seperti kadar oksigenasi dan sirkulasi darah untuk mencegah komplikasi. Aktivitas

keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan edukasi atau penyuluhan pasca bedah kepada pasien, perawatan tindak lanjut dan rujukan yang penting untuk penyembuhan dan rehabilitasi. Pasien harus dirawat sementara di ruang pulih sadar *Recovery Room (RR)* atau unit perawatan pasca anestesi atau post anesthesia care unit sampai kondisi pasien stabil, tidak mengalami komplikasi pasca operasi dan pasien

Pada periode keperawatan post operatif fokus pengkajian meliputi monitoring efek agen anestesi terhadap fisiologis dan kesadaran pasien, pemantauan drainase, serta pemantauan tanda tanda vital seperti kadar oksigenasi dan sirkulasi darah untuk mencegah komplikasi. Aktivitas keperawatan kemudian berfokus pada peningkatan penyembuhan pasien dan melakukan edukasi atau penyuluhan pasca bedah kepada pasien, perawatan tindak lanjut dan rujukan yang penting untuk penyembuhan dan rehabilitasi. Pasien harus dirawat sementara di ruang pulih sadar *Recovery Room (RR)* atau unit perawatan pasca anestesi atau post anesthesia care unit sampai kondisi pasien stabil, tidak mengalami komplikasi pasca operasi dan pasien memenuhi syarat untuk dipindahkan ke ruang perawatan bangsal perawatan (Asimah Ackah & Adzo Kwashie, 2023). Perawatan post operatif meliputi beberapa tahapan, diantaranya adalah:

1. Pemindahan pasien dari kamar operasi ke unit perawatan pasca anestesi atau *Recovery Room (RR)*
2. Perawatan post anestesi di ruang pemulihan *Recovery Room (RR)*.
3. Transportasi pasien ke ruang rawat
4. Perawatan di ruang rawat.

2.4 Kerangka Konsep



Keterangan:

- : variabel yang diteliti
 : variabel yang tidak diteliti

Gambar 2. 1 Kerangka Konsep Hubungan Tingkat Stres Kerja Perawat dengan Pelaksanaan Dokumentasi Keperawatan Pra Operatif Berbasis Electronic Documentation di Instalasi Bedah Sentral RSUD Jombang

2.5 Hipotesis

Pada penelitian ini setelah dilakukan pengumpulan data maka akan dilakukan uji sehingga kemungkinan hipotesis yang muncul meliputi:

- H₀ : Tidak terdapat hubungan antara tingkat stres kerja perawat dengan pelaksanaan dokumentasi keperawatan pra operatif di Instalasi Bedah Sentral RSUD Jombang.
- H₁ : Terdapat hubungan antara tingkat stres kerja perawat dengan pelaksanaan dokumentasi keperawatan pra operatif di Instalasi Bedah Sentral RSUD Jombang.