

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Tinjauan Teori**

##### **1. Perawat**

###### **a. Definisi Perawat**

Perawat adalah orang yang telah lulus pendidikan keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri, sesuai ketentuan perundang-undangan yang berlaku seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi Keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan (Permenkes No 26, 2019).

###### **b. Tugas dan wewenang**

Peran perawat dapat diartikan sebagai tingkah laku dan gerak-gerik seseorang yang diharapkan oleh orang lain sesuai dengan kedudukan dalam sistem, tingkah laku dan gerak-gerik tersebut dapat dipengaruhi oleh keadaan sosial di dalam maupun di luar profesi perawat yang bersifat konstan (Potter & Perry, 2020).

Dalam menyelenggarakan praktik keperawatan, Perawat mempunyai peran sebagai berikut ( Undang - Undang No 38 tahun 2014) :

- 1) Pemberi Asuhan Keperawatan
- 2) Penyuluh dan konselor bagi klien
- 3) Pengelola Pelayanan Keperawatan

- 4) Peneliti Keperawatan
- 5) Pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang
- 6) Pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu .

Kegiatan keperawatan merupakan bagian tidak terpisahkan dari tugas perawat yang terdiri dari beberapa hal menurut Potter and Perry, (2017) sebagai berikut :

1) Pemberi asuhan keperawatan

Memberikan pelayanan asuhan keperawatan, menentukan diagnosa keperawatan, merencanakan tindakan keperawatan sesuai kebutuhan/masalah kesehatan pasien dan mengevaluasi perkembangan secara menyeluruh.

2) Advokat pasien

Membantu pasien dan keluarga dalam mempertahankan dan melindungi hak - hak pasien dalam memperoleh informasi tentang masalah kesehatannya, memberikan privasi terhadap pasien, mendapatkan hak ganti rugi akibat kelalaian, memberikan hak kepada pasien dalam memilih pengambilan keputusan atas tindakan keperawatan.

3) Koordinator

Mengarahkan dan merencanakan pelayanan kesehatan dari tim kesehatan lain agar pemberian asuhan keperawatan terarah dan sesuai kebutuhan pasien.

#### 4) Kolabolator

Berkolaborasi dengan tim kesehatan lain dengan mengidentifikasi pelayanan kesehatan ddengan berdiskusi tentang perawatan lanjutan..

#### 5) Motivator

Memotivasi dan mendorong pasien agar konsisten dalam hal melakukan perilaku positif dalam memperbaiki kesehatannya.

#### 6) Konselor

Memberikan kenyamanan kepada pasien selama dalam perawatan dan membantu pasien dalam masa penyembuhan khususnya terapi teurapetik.

#### c. Fungsi Perawat

Fungsi perawat merupakan pekerjaan atau kegiatan yang dilakukan perawat sesuai dengan perannya dan dapat berubah mengikuti keadaan yang ada (Hidayat, 2018). Tindakan perawat yang bersifat mandiri tanpa instruksi dokter dan dilakukan berdasarkan pada ilmu keperawatan termasuk dalam fungsi independen, dalam hal ini perawat bertanggung jawab terhadap tindakan dan akibat yang timbul pada klien yang menjadi tugas perawatannya, sedangkan tindakan perawat yang dilaksanakan dibawah pengawasan dan atas instruksi dokter, yang seharusnya tindakan tersebut dilakukan dan menjadi wewenang dokter termasuk dalam fungsi dependen (Hidayat, 2018). Menurut Kusnanto (2019), selain fungsi dependen dan independen, perawat memiliki fungsi interdependen yaitu

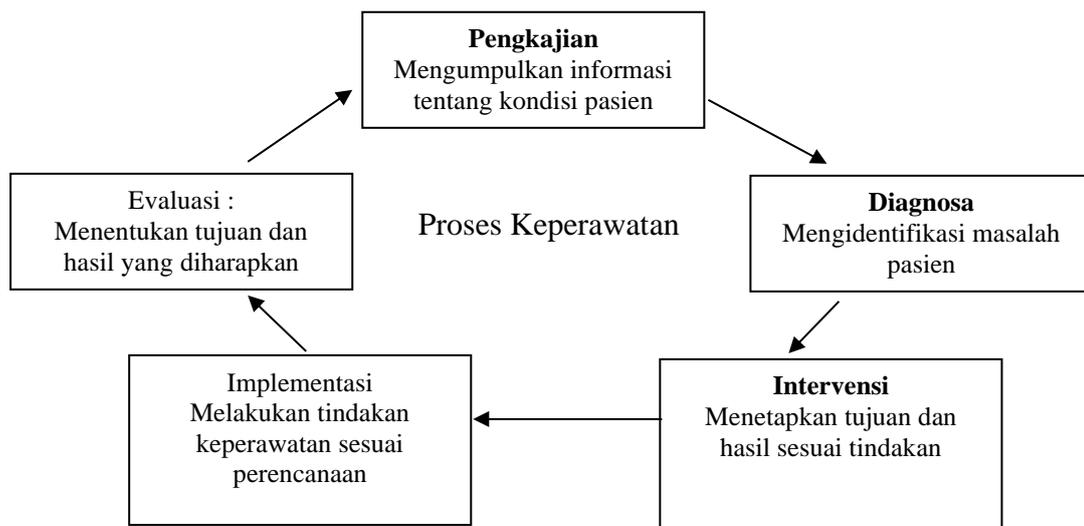
perawat melakukan aktifitas yang dilaksanakan dan berhubungan dengan pihak lain atau tenaga kesehatan lainnya.

## **2 . Proses keperawatan**

### **a. Pengertian Proses Keperawatan**

Proses keperawatan adalah aktivitas yang mempunyai maksud yaitu praktik keperawatan yang dilakukan dengan cara yang sistematis. Selama melaksanakan proses keperawatan, perawat menggunakan dasar pengetahuan yang komprehensif untuk mengkaji status kesehatan klien, membuat penilaian yang bijaksana dan mendiagnosa, mengidentifikasi hasil akhir kesehatan klien dan merencanakan, menerapkan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang tepat guna mencapai hasil akhir tersebut (Dermawan, 2019).

Proses keperawatan adalah salah satu metoda efektif pemecahan masalah yang dilakukan perawat terhadap klien dengan pendekatan metodologi ilmiah. Asuhan keperawatan dapat dipertanggungjawabkan berdasarkan substansi ilmiah yaitu logis, sistematis, dinamis dan terstruktur (Muhlisin, 2019). Proses keperawatan adalah suatu metode ilmiah yang sistematis dan terorganisir dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang berfokus pada respon individu terhadap gangguan kesehatan yang dialami (Manurung, 2019).



**Bagan 2.1 Lima proses keperawatan Potter and Perry,(2017)**

b. Tujuan Proses Keperawatan

Tujuan proses keperawatan menurut Manurung (2019) adalah sebagai berikut:

- 1) Mempraktikkan metode pemecahan masalah dalam praktik keperawatan.
- 2) Menggunakan standar untuk praktik keperawatan.
- 3) Memperoleh metoda yang baku dan sesuai, rational dan sistematis dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien.
- 4) Memperoleh metoda yang dapat digunakan dalam segala situasi.
- 5) Memperoleh hasil asuhan keperawatan dengan kualitas tinggi.

c. Tahap proses keperawatan

1) Pengkajian

Pengkajian keperawatan adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam

pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien. Pengkajian keperawatan merupakan dasar pemikiran dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien. Pengkajian yang lengkap, dan sistematis sesuai dengan fakta atau kondisi yang ada pada klien sangat penting untuk merumuskan suatu diagnosa keperawatan dan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan respon individu (Olfah & Ghofur, 2016).

Pengkajian adalah pengumpulan data atau informasi pasien masuk institusi kesehatan, pengkajian secara lengkap dan akurat sesuai kondisi pasien melalui wawancara dan observasi secara langsung dengan melakukan pengkajian fisik, untuk mengidentifikasi masalah kesehatan pasien dan pemenuhan kebutuhannya (Potter and Perry, 2017). Penilaian klinis yakni mengambil kesimpulan tentang masalah kesehatan pasien dan memutuskan tindakan yang tepat dalam pemenuhan kebutuhan pasien. Pengkajian meliputi kumpulan data subjektif dan objektif seperti tanda - tanda vital, wawancara pasien dan keluarga, pemeriksaan fisik dan objektif, wawancara pasien dan keluarga, pemeriksaan fisik (Herman, 2018). fokus pengkajian adalah masalah utama pasien, fokus diagnostis dan proses diagnosis. Berdasarkan Kozier (2016) terdapat beberapa hal yang perlu dikaji

pada proses pengkajian yang tersusun dalam format pengkajian antara lain :

- a) Format pengkajian
- b) Format data dasar
- c) Flow sheet
- d) Format pengkajian

Adapun jenis data yang diperoleh pada proses pengkajian menurut Kozier (2010) yaitu :

- a) Identitas pasien

Nama pasien, no rekam medik, umur, suku bangsa, status perkawinan, agama, pendidikan, alamat, tanggal dan waktu datang, masuk rumah sakit (datang sendiri, rujukan, lewat poliklinik)

- b) Keluhan utama adalah gejala atau keluhan yang menyebabkan pasien masuk rumah sakit, gejala awal saat pasien dikaji.

- c) Data subjektif

Data berdasarkan pernyataan klien melalui wawancara keluarga, konsultasi, riwayat keperawatan, berupa keluhan atau persepsi subjektif pasien terhadap status kesehatannya.

- d) Data objektif

Data yang diperoleh dari hasil observasi pemeriksaan fisik, hasil laboratorium. Fokus objektif pada status kesehatan, pola koping, fungsi status pasien terhadap asuhan keperawatan dan

terapi medis, masalah potensial, dan dukungan terhadap klien.

Karakteristik data objektif: akurat, nyata, lengkap dan relevan.

- e) Riwayat keperawatan sekarang yaitu faktor- faktor yang penyebab masalah kesehatan pasien
- f) Riwayat keperawatan masa lalu antara lain: penggunaan obat, riwayat pernah masuk rumah sakit (diagnosa saat dirawat, riwayat pernah masuk rumah sakit.
- g) Riwayat keperawatan keluarga yaitu apakah penyakit yang dialami sama dengan salah satu anggota keluarga, apakah penyakit termasuk penyakit sejak lahir.

Jenis pengkajian, (Rahmi, 2019) meliputi :

a) Pengkajian Awal

Dokumentasi yang dibuat ketika pasien pertama kali masuk rumah sakit. Data yang dikaji pada pasien berupa data awal yang digunakan sebagai data dasar dalam memberikan asuhan keperawatan.

b) Pengkajian lanjutan

Data pada dokumentasi ini merupakan pengembangan data dasar yang digunakan untuk melengkapi pengkajian awal dengan tujuan semua data menjadi lengkap sehingga mendukung informasi tentang permasalahan kesehatan pasien.

c) Pengkajian ulang

Dokumentasi ini merupakan pencatatan terhadap hasil pengkajian yang didapat dari informasi selama evaluasi.

2.) Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respon klien terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016). Kategori diagnosa keperawatan berdasarkan NANDA - I terbagi 4 bagian yaitu :

a) Berfokus pada masalah

Masalah nyata dengan data klinik yang ditemukan dengan syarat *Problem, Etiologi, Symtom* (PES)

b) Risiko

Masalah kesehatan yang nyata akan terjadi jika tidak dilakukan intervensi dengan syarat adanya masalah dan etiologi dengan istilah resiko tinggi

c) Kemungkinan

Perlu adanya data tambahan karena belum adanya masalah dan faktor pendukung dengan syarat adanya unsur respon dan faktor penyebab yang dapat menimbulkan masalah dan;

d) Wellness

Keputusan klinis tentang keadaan individu, keluarga, atau masyarakat dari tingkat tertentu sampai yang lebih tinggi.

Diagnosa keperawatan menurut SDKI merupakan penilaian klinis tentang respon pasien terhadap masalah kesehatan yang dialaminya baik secara aktual maupun potensial, sedangkan tujuan diagnosa keperawatan adalah untuk mengidentifikasi respon pasien dan keluarga terkait masalah kesehatannya.

a) Klasifikasi

Untuk klasifikasi SDKI menggunakan pedoman dari International Classification of Nursing Practice (INCP), yaitu lima kategori: fisiologis, psikologis, perilaku, relasional, dan lingkungan.

b) Jenis Diagnosa

(1) Diagnosa negatif

Diagnosa negatif menandakan bahwa klien dalam kondisi sakit atau beresiko mengalami sakit sehingga diagnosa ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan.

(2) Diagnosa positif

Menunjukkan kondisi pasien sakit tetapi dapat mencegah masalah kesehatannya dengan pencegahan.

c) Komponen diagnosa keperawatan

(1) Masalah

Gambaran masalah kesehatan pasien yang utama, menjelaskan pernyataan yang menjadi fokus dalam menentukan diagnosa keperawatan

(3) Indikator diagnostik

Faktor penyebab masalah kesehatan pasien, terbagi menjadi empat kategori : Fisiologis, efek tindakan/terapi, situasional

(4) Tanda/gejala (symptom)

Tanda merupakan hasil bukti (objektif) dari masalah kesehatan yang dialami pasien melalui pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium. Gejala merupakan data subjektif dari hasil pengkajian yang terbagi menjadi dua kategori : mayor (terdapat tanda/gejala 80% - 90% dalam mengangakat diagnosa keperawatan, sedangkan minor (tidak terdapat tanda gejala, tetapi saat terjadi masalah kesehatan sehingga mendukung penegakkan diagnosa keperawatan.

(5) Faktor resiko

Merupakan kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan pasien mengalami masalah kesehatan.

e) Proses Penegakkan Diagnosa Keperawatan

Tiga tahap proses penegakkan diagnosa keperawatan :

(1) Analisa Data

Bandungkan data dengan nilai normal, Data yang didapatkan dari pengkajian dibandingkan dengan nilai normal dengan melihat tanda dan gejala yang ada, Kelompokkan data

(2) Identifikasi masalah

Setelah data dianalisa perawat dan pasien bersama-sama mengidentifikasi masalah aktual, risiko atau promosi kesehatan

(3) Perumusan Diagnosis Keperawatan

Diagnosis Aktual: penulisannya adalah masalah berhubungan dengan penyebab dibuktikan dengan tanda/gejala atau frase “berhubungan dengan“ dapat disingkat “b.d” dan “dibuktikan dengan” dapat disingkat “d.d”

Diagnosis Resiko: penulisannya adalah masalah dibuktikan dengan faktor resiko

Diagnosis Promosi Kesehatan: penulisannya adalah masalah dibuktikan dengan tanda/ gejala.

3) Intervensi Keperawatan

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan (SIKI PPNI, 2019). Perencanaan keperawatan merupakan langkah ke tiga dalam proses keperawatan yang menggambarkan hubungan masalah kesehatan pasien dengan mengutamakan masalah yang mengancam kehidupan pasien, setelah itu disusun perencanaan keperawatan yang aman dan efisien,

dilanjutkan dengan tindakan keperawatan secara kolaboratif dengan pasien, dengan keluarga pasien dan tim kesehatan lain (Potter dan Perry, 2017). Berbagai tindakan pasien sesuai penilaian klinis dan pengetahuan perawat dalam mengatasi masalah kesehatannya. Nursing intervention Classification (NIC) adalah tindakan berdasarkan bukti ilmiah tindakan perawat di fasilitas kesehatan dengan pengetahuan perawat baik secara mandiri dan kolaborasi (Shigemi, 2018).

Nursing Intervention Classification (NIC) adalah penanganan berdasarkan penilaian dan pengetahuan tindakan keperawatan dalam menentukan hasil dari tindakan keperawatan terhadap pasien, standar klasifikasi intervensi yang dilakukan perawat bermanfaat untuk perencanaan asuhan keperawatan, komunikasi antar profesi dan tim kesehatan lain, pengukuran produktifitas evaluasi kompetensi, penggantian biaya dll (Moorheas et al., 2018). Klasifikasi intervensi terbagi dua yaitu : mandiri dan kolaboratif, NIC meliputi : pengawasan intervensi, monitor , tanda - tanda vital.

NIC dapat digunakan dalam dokumentasi keperawatan secara komputerisasi yaitu dapat digunakan secara elektronik dengan memasukkan NIC ke dalam komputer, dan untuk manual dapat dilakukan dengan panduan buku NANDA - 1 sebagai dasar penyusunan diagnosa berdasarkan taksonomi, sedangkan untuk penentuan kriteria tujuan/outcome berdasarkan NOC kemudian pada implementasi dan intervensi berdasarkan pada panduan NIC.

Tahap - tahap perencanaan keperawatan (Potter and Perry 2017):

a) Menentukan prioritas masalah

Dalam prioritas masalah masalah pasien dilakukan secara hati - hati untuk memastikan perawatan yang aman tepat waktu dan efektif, dari penegakkan diagnosa keperawatan atau masalah kesehatan pasien sesuai dengan karakteristik NANDA, tujuan dari perencanaan memantau perubahan tanda dan gejala dari masalah pasien dengan memberikan pelayanan asuhan keperawatan yang dibutuhkan pasien dan mengatur asuhan keperawatan secara berkesinambungan

b) Memilih tujuan dan hasil yang diharapkan

Perencanaan disusun secara realistis berdasarkan kebutuhan, kemampuan dari pasien dengan melihat kondisi /keadaan pasien yang telah direncanakan.

c) Menulis tujuan dan hasil yang diharapkan

Menentukan tujuan yang fokus pada masalah kesehatan pasien pada diagnosa keperawatan dengan harapan memberikan hasil yang diinginkan seperti kebutuhan fisiologis, psikologis, sosial, perkembangan spiritual.

*Nursing outcome Classification* (NOC) adalah gambaran praktek keperawatan profesional dalam melaksanakan tindakan keperawatan dengan perencanaan secara rinci sesuai dengan pengetahuan keperawatan yang dapat mengatasi kesehatan pasien, perawat dalam melakukan praktik keperawatan mengetahui tentang toksonomi dan label (Herman, 2018)

Dalam menentukan outcome atau hal luaran maupun tujuan akhir dari asuhan keperawatan harus memenuhi syarat yaitu Spesifik, *Measurable, Achievable, reasonable* dan *time* (SMART) yang selanjutnya disebut bagian dari kriteria Nursing Outcome Criteria (NOC) sesuai dengan satandar pencapaian asuhan keperawatan, dengan kriteria sebagai berikut :

- S = Specific (tujuan harus spesifik dan tidak menimbulkan arti ganda);
- M = Measurable (tujuan keperawatan harus dapat diukur,khususnya tentang perilaku klien,dapat dilihat didengar diraba, dirasakan dan dibau);
- A = *Acheavable* ( tujuan harus dicapai);
- R = *Reasonable* (tujuan harus bisa dipertimbakan secara ilmiah);
- T = *Time* (tujuan keperawatan tercapai dalam waktu jangka waktu yang ditentukan.

Skala pengukuran pada outcome menggunakan dari angka 1 adalah angka yang kurang diinginkan dan angka 5 adalah angka yang paling diharapkan, sedangkan nilai indikator menggunakan 1 dan 2 tetapi menjelaskan dengan kata - kata seperti sangat terganggu (Moorheas et al, 2018). Evaluasi pada outcome untuk menilai manfaat yang didapatkan pasien setelah tindakan keperawatan yang sudah dilakukan apakah sudah maksimal, dan menilai tindakan keperawatan yang dilakukan apakah sama setiap pasien (Bulecheck et al, 2013)

Intervensi keperawatan adalah segala treatment yang dikerjakan perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang diharapkan (PPNI, 2018).

Sistem klasifikasi Standar Intervensi Keperawatan Indonesia lima kategori dan empat belas sub kategori sebagai berikut :

(1) Fisiologis

- (a) Respirasi, memuat kelompok intervensi yang memulihkan fungsi pernafasan
- (b) Sirkulasi, memuat kelompok intervensi yang memulihkan fungsi jantung dan pembuluh darah.
- (c) Nutrisi dan cairan, memuat intervensi yang memulihkan fungsi gastrointestinal, metabolisme dan regulasi cairan elektronik,
- (d) Eliminasi, memuat intervensi fungsi eliminasi fekal dan urinaria.
- (e) Aktifitas dan istirahat, memuat kelompok yang memulihkan fungsi muscoloskeletal, istirahat/tidur.
- (f) Nuurosensori, memuat kelompok fungsi otak dan syaraf
- (g) Reproduksi dan Seksualitas, yang memuat intervensi yang melibatkan fungsi reproduksi dan seksualitas.

(2) Psikologis

Kategori intervensi untuk mendukung fungsi dan proses mental terdiri dari

- (a) Nyeri dan kenyamanan, memuat intervensi yang meredakan nyeri dan meningkatkan kenyamanan.

(b) Integritas Ego, memuat intervensi yang memulihkan kesejahteraan diri sendiri secara emosional.

(c) Pertumbuhan dan perkembangan, memuat kelompok yang memulihkan fungsi pertumbuhan dan perkembangan.

(3) Perilaku

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

(a) Kebersihan diri, memuat intervensi yang memulihkan perilaku sehat dan merawat diri

(b) Penyuluhan dan pembelajaran, memuat intervensi yang meningkatkan pengetahuan dan perubahan perilaku

(4) Relasional

Kategori ditujukan untuk mendukung hubungan interpersonal atau interaksi sosial. Lingkungan kategori intervensi keperawatan untuk mendukung keamanan lingkungan dan menurunkan resiko gangguan kesehatan. Rangkaian tindakan atau aktifitas yang dilakukan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan terdiri atas :

(a) Tindakan Observasi

Tindakan yang bertujuan untuk mengumpulkan dan menganalisa data status kesehatan pasien. Tindakan ini menggunakan kata - kata “ periksa, “ indentifikasi” atau monitor.

(b) Tindakan Terapeutik

Tindakan yang secara langsung dapat berefek memulihkan status kesehatan pasien dan mencegah perburukan masalah kesehatan pasien. tindakan ini menggunakan kata - kata “ berikan”atau “ lakukan”

(c) Tindakan Edukasi

Tindakan ini untuk meningkatkan kemampuan pasien untuk mengatasi masalah . tindakan ini menggunakan kata, “ajarakan”, “anjurkan“ atau “latih”

(d) Tindakan Kolaborasi

Tindakan kerjasama dengan perawat lain atau profesi kesehatan lainnya. Tindakan ini dilakukan jika perawat memerlukan penanganan lebih lanjut. Tindakan ini menggunakan kata- kata “kolaborasi”, “rujuk” atau “konsultasikan”

4) Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter & Perry, 2019). Tindakan keperawatan berdasarkan penilaian klinis tentang respon manusia terhadap gangguan kesehatan kehidupan terhadap respon dari seorang individu, keluarga, kelompok dan komunitas (Shegemi, 2018), berdasarkan pada NIC yang telah ditetapkan oleh instansi pelayanan setempat. Jenis tindakan terdapat tiga komponen meliputi:

- 1) Diagnosa/observasi
- 2) Edukasi
- 3) Tindakan independent, dependen dan intedependen

Implementasi tindakan keperawatan menggambarkan tindakan mandiri, kolaborasi dan ketergantungan sesuai dengan rencana keperawatan, Observasi terhadap setiap respon pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan, Implementasi tindakan keperawatan bertujuan untuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan mekanisme coping, Implementasi tindakan keperawatan bersifat holistik dan menghargai hak-hak pasien, Implementasi tindakan keperawatan melibatkan partisipasi aktif pasien.

5) Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Dilakukan secara periodik sistematis dan berencana untuk menilai perkembangan pasien setelah tindakan keperawatan.

- a) Mencakup aspek kognitif, afektif, psikomotor, perubahan biologis yaitu
  - (1) Kognitif (pengetahuan tentang penyakit dan tindakan)
  - (2) Afektif (sikap) klien terhadap tindakan yang dilakukan
  - (3) Psikomotor klien dalam upaya penyembuhan
  - (4) Perubahan biologis

b) Keputusan dalam evaluasi:

- (1) Masalah teratasi
- (2) Masalah tidak teratasi harus dilakukan pengkajian dan perencanaan ulang
- (3) Masalah teratasi sebagian perlu modifikasi dari rencana tindakan.
- (4) Timbul masalah.

Type pernyataan evaluasi menurut Setiadi (2012) sebagai berikut:

- (1) Evaluasi formatif adalah evaluasi hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon pasien segera pada saat atau setelah dilakukan tindakan keperawatan dan ditulis pada catatan perawatan.
- (2) Evaluasi sumatif adalah evaluasi akhir. Rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan sesuai waktu pada tujuan dan ditulis pada catatan perkembangan

### **3. Dokumentasi Keperawatan**

a. Pengertian Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi didefinisikan sebagai segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang (Potter dan Perry, 2020). Dokumentasi merupakan catatan otentik dalam penerapan manajemen asuhan keperawatan profesional.

## b. Manfaat Dokumentasi Keperawatan

Adapun manfaat dari adanya dokumentasi keperawatan menurut beberapa pendapat, yaitu (Olfah & Ghofur, 2018):

### 1) Hukum

Semua catatan informasi tentang klien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum. Bila terjadi suatu masalah (misconduct) yang berhubungan dengan profesi keperawatan, dimana perawat sebagai pemberi jasa dan klien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi dapat dipergunakan sewaktu-waktu. Dokumentasi tersebut dapat dipergunakan sebagai barang bukti di pengadilan. Oleh karena itu, data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas, objektif, dan ditandatangani oleh tenaga kesehatan (perawat), diberi tanggal, dan perlu dihindari adanya penulisan yang dapat menimbulkan interpretasi yang salah.

### 2) Kualitas Pelayanan

Pendokumentasian data klien yang lengkap dan akurat akan memberi kemudahan bagi perawat dalam membantu menyelesaikan masalah klien. Untuk mengetahui sejauh mana masalah klien dapat teratasi dan seberapa jauh masalah dapat diidentifikasi dan dimonitor melalui dokumentasi yang akurat. Hal ini akan membantu meningkatkan kualitas (mutu) pelayanan keperawatan.

### 3) Komunikasi

Dokumentasi keadaan klien merupakan alat perekam terhadap masalah yang berkaitan dengan klien. Perawat atau profesi kesehatan lain dapat melihat dokumentasi yang ada dan sebagai alat komunikasi yang dijadikan pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan.

### 4) Keuangan

Dokumentasi dapat bernilai ekonomi, semua asuhan keperawatan yang belum, sedang, dan telah diberikan dan didokumentasikan dengan lengkap dapat dipergunakan sebagai acuan atau pertimbangan dalam perhitungan biaya keperawatan bagi klien.

### 5) Pendidikan

Dokumentasi mempunyai nilai pendidikan, karena dokumentasi menyangkut kronologis dari kegiatan asuhan keperawatan yang dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pembelajaran bagi peserta didik atau profesi keperawatan

### 6) Penelitian

Dokumentasi keperawatan mempunyai nilai penelitian. Data yang terdapat didalamnya mengandung informasi yang dapat dijadikan sebagai bahan atau objek riset dan pengembangan profesi keperawatan.

## 7) Akreditasi

Melalui dokumentasi keperawatan akan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Dengan demikian dapat diambil kesimpulan mengenai tingkat keberhasilan pemberian asuhan keperawatan yang diberikan guna pembinaan dan pengembangan tingkat lanjut. Hal ini selain bermanfaat bagi peningkatan mutu kualitas pelayanan juga bagi individu perawat dalam mencapai tingkat kepangkatan yang lebih tinggi

### c. Prinsip Dokumentasi Keperawatan

Dalam membuat dokumentasi harus memperhatikan aspek-aspek keakuratan data, *brevity* (ringkas), dan *legality* (mudah dibaca) (Azwar, 2018). Adapun prinsip dalam melakukan dokumentasi yaitu:

- 1) Dokumen merupakan suatu bagian integral dari pemberian asuhan keperawatan.
- 2) Praktik dokumentasi bersifat konsisten
- 3) Tersedianya format dalam praktik dokumentasi.
- 4) Dokumentasi hanya dibuat oleh orang yang melakukan tindakan atau mengobservasi langsung klien
- 5) Dokumentasi harus dibuat sesegera mungkin.
- 6) Catatan harus dibuat secara kronologis.

- 7) Penulisan singkatan harus menggunakan istilah yang sudah berlaku umum dan seragam.
- 8) Tuliskan tanggal, jam, tanda tangan, dan inisial penulis.
- 9) Catatan harus akurat, benar, komplit, jelas, ringkas, dapat dibaca, dan ditulis dengan tinta.
- 10) Dokumentasi adalah rahasia dan harus disimpan dengan benar

d. Tujuan Dokumentasi Keperawatan

Menurut Nursalam (2020), tujuan utama dari dokumentasi keperawatan adalah:

- 1) Mengkonfirmasi data pada semua anggota tim kesehatan.
- 2) Memberikan bukti untuk tujuan evaluasi asuhan keperawatan.
- 3) Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat.
- 4) Sebagai metode pengembangan ilmu keperawatan.
- 5) Sebagai bukti kualitas asuhan keperawatan.
- 6) Bukti legal dokumentasi sebagai pertanggungjawaban perawat kepada klien.
- 7) Menjadi sumber informasi terhadap perlindungan individu.
- 8) Sebagai bukti aplikasi standar praktik keperawatan.
- 9) Sebagai sumber informasi statistik untuk standar dan riset keperawatan.

10) Dapat mengurangi biaya informasi terhadap pelayanan kesehatan.

11) Sumber informasi untuk data yang harus dimasukkan dalam dokumen keperawatan yang lain sesuai dengan data yang dibutuhkan.

12) Komunikasi konsep risiko asuhan keperawatan.

13) Informasi untuk peserta didik keperawatan.

14) Menjaga kerahasiaan informasi klien.

15) Sebagai sumber data perencanaan pelayanan kesehatan di masa yang akan datang.

e. Kegunaan Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan mempunyai beberapa kegunaan bagi perawat dan klien Hidayat (2018) dalam (Olfah & Ghofur, 2019), antara lain:

1) Sebagai alat komunikasi

Dokumentasi dalam memberikan asuhan keperawatan yang terkoordinasi dengan baik akan menghindari atau mencegah informasi yang berulang. Kesalahan juga akan berkurang sehingga dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.

Di samping itu, komunikasi juga dapat dilakukan secara efektif dan efisien.

2) Sebagai mekanisme pertanggungjawaban

Standar dokumentasi memuat aturan atau ketentuan tentang pelaksanaan pendokumentasian. Kualitas kebenaran standar pendokumentasian akan mudah dipertanggungjawabkan dan dapat digunakan sebagai perlindungan atas gugatan karena sudah memiliki standar hukum.

3) Metode pengumpulan data.

Dokumentasi dapat digunakan untuk melihat data-data pasien tentang kemajuan atau perkembangan dari pasien secara objektif dan mendeteksi kecenderungan yang mungkin terjadi. Dokumentasi dapat digunakan juga sebagai bahan penelitian, karena data-datanya otentik dan dapat dibuktikan kebenarannya. Selain itu, dokumentasi dapat digunakan sebagai data statistik.

4) Sarana pelayanan keperawatan secara individual.

Tujuan ini merupakan integrasi dan berbagai aspek klien tentang kebutuhan terhadap pelayanan keperawatan yang meliputi kebutuhan biologi, psikologi, sosial, dan spiritual sehingga individu dapat merasakan manfaat dari pelayanan keperawatan.

5) Sarana evaluasi.

Hasil akhir dari asuhan keperawatan yang telah didokumentasikan adalah evaluasi tentang hal-hal yang

berkaitan dengan tindakan keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan

- 6) Sarana meningkatkan kerjasama antar tim kesehatan. Melalui dokumentasi, tenaga dokter, ahli gizi, fisioterapi, dan tenaga kesehatan akan saling berkerjasama dalam memberikan tindakan yang berhubungan dengan klien. Karena hanya lewat bukti-bukti otentik dari tindakan yang telah dilaksanakan, kegiatan tersebut berjalan secara professional.

- 7) Sarana pendidikan lanjutan.

Bukti yang telah ada menuntut adanya sistem pendidikan yang lebih baik dan terarah sesuai dengan program yang diinginkan klien. Khusus bagi tenaga perawat, bukti tersebut dapat digunakan sebagai alat untuk meningkatkan pendidikan lanjutan tentang layanan keperawatan.

- 8) Digunakan sebagai audit pelayanan keperawatan.

Dokumentasi berguna untuk memantau kualitas layanan keperawatan yang telah diberikan sehubungan dengan kompetensi dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

f. Model Dokumentasi Keperawatan

Model pendokumentasian adalah merupakan cara menggunakan dokumentasi dalam penerapan proses asuhan.

Ada 6 (enam) model dokumentasi yang dapat digunakan di

dalam sistem pelayanan kesehatan di Indonesia yaitu (Dermawan, 2017).

1) SOR (*Source- Oriented Record*)

Model dokumentasi SOR (*source-oriented-record*) merupakan model dokumentasi yang berorientasi pada sumber informasi. Model ini menempatkan catatan atas dasar disiplin orang atau sumber yang mengelola pencatatan. Dokumentasi dibuat dengan cara setiap anggota tim kesehatan membuat catatan sendiri dari hasil observasi. Kemudian, semua hasil dokumentasi dikumpulkan menjadi satu. Sehingga masing-masing anggota tim kesehatan melaksanakan kegiatan sendiri tanpa bergantung dengan anggota tim kesehatan yang lain.

2) POR (*Problem-Oriented Record*)

Model dokumentasi POR (*Problem-Oriented-Record*) merupakan model dokumentasi yang berorientasi pada masalah. Dimana model ini berpusat pada data pasien yang didokumentasikan dan disusun menurut masalah pasien. 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.

3) *Discharge Notes*

*Discharge notes* ini akan lebih sesuai untuk pasien yang akan dipulangkan atau dipindahkan pada ruang perawatan lainnya untuk perawatan lanjutan. Catatan ini juga ditujukan bagi tenaga kesehatan yang akan melanjutkan perawatan dengan home care dan informasi untuk lanjutan

4) *CBE (Charting by Exception)*

Model dokumentasi CBE (*charting by exception*) adalah sistem dokumentasi yang hanya mencatat hasil atau penemuan yang menyimpang dari keadaan normal tubuh. Penyimpangan yang dimaksud dalam hal ini menyangkut keadaan yang tidak sehat yang mengganggu kesehatan pasien

5) *PIE (Problems Intervention and Evaluation)*

Model dokumentasi PIE (*problem-intervention-evaluation*) merupakan suatu pendekatan orientasi – proses pada dokumentasi keperawatan dengan penekanan pada masalah keperawatan, intervensi dan evaluasi keperawatan

## 6) Focus

Model dokumentasi POS (*Process-Oriented-System*) yang disebut juga dengan model dokumentasi fokus adalah suatu model dokumentasi yang berorientasi pada proses keperawatan mulai dari pengumpulan data pasien, diagnosis keperawatan (masalah yang muncul), penyebab masalah, atau definisi karakteristik yang dinyatakan sesuai dengan keadaan pasien

## g. Jenis Dokumentasi Keperawatan

Dunia keperawatan di Indonesia terus berkembang, seiring dengan meningkatnya strata pendidikan keperawatan di Indonesia, disamping akses informasi yang sangat cepat di seluruh dunia. Hal itu membawa efek pada kemajuan yang cukup berarti di keperawatan, termasuk dalam dokumentasi proses keperawatan. Dari yang sebelumnya manual, bergeser ke arah komputerasi. Adapun jenis dokumentasi keperawatan, yaitu (Dinarti & Mulyanti, 2020):

### 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 lembaranlembaran 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.

## 2) Dokumentasi Keperawatan Elektronik

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.

## 3) Dokumentasi Keperawatan Berbasis Teknologi Komputer

Suatu kombinasi antara sistem komputer rumah sakit dengan dokumentasi Keperawatan yang diisi oleh staf perawat. Perawat dengan sistem yang terkomputerisasi ini, dapat melakukan akses ke laboratorium, radiologi, dan disiplin ilmu lain seperti ahli gizi, fisioterapis, occupational therapies. 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

#### h. Komponen Standar Dokumentasi

Standar dokumentasi yang lengkap menunjukkan tiga komponen dimana setiap komponen disertai indikator. Komponen standar dokumentasi terdiri dari (Olfah & Ghofur, 2016):

- 1) Standar 1: Komunikasi Perawat melakukan dokumentasi yang berisi informasi yang akurat, relevan dan komprehensif mengenai kondisi klien, kebutuhan klien, intervensi keperawatan dan hasil kesehatan klien. Indikator Perawat
  - a) Memberikan tanda tangan lengkap atau inisial, dan gelar profesional dengan semua dokumentasi;

- b) Memberikan tanda tangan lengkap, dan inisial pada data base saat initialling dokumentasi;
- c) Memastikan bahwa dokumentasi tulisan tangan terbaca dan menggunakan tinta permanen
- d) Menggunakan singkatan dan simbol yang masing-masing singkatan dan simbol tersebut memiliki interpretasi berbeda dan telah disepakati dan diterima dalam bidang pelayanan dan profesi kesehatan;
- e) Mendokumentasikan saran, perawatan atau layanan yang diberikan kepada individu dalam kelompok, kelompok khusus, komunitas atau populasi (misalnya: sesi pendidikan kelompok);
- f) Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang diberikan teknologi informasi dan telekomunikasi (misalnya: memberikan terapi melalui telepon)
- g) Mendokumentasikan inform consent ketika perawat memberikan pengobatan atau intervensi tertentu dan advokasi kebijakan dokumentasi yang jelas dan prosedur yang konsisten dengan Standar Asuhan Keperawatan (SAK). Seorang perawat dapat memenuhi standar dokumentasi keperawatan dengan cara
- h) Memastikan dokumentasi yang merupakan catatan lengkap tentang asuhan keperawatan tersedia dan

mencerminkan semua aspek proses keperawatan, termasuk penilaian, perencanaan, intervensi (independen dan kolaboratif) dan evaluasi;

- i) Mendokumentasikan informasi baik berupa data objektif maupun data subjektif;
- j) Memastikan bahwa rencana perawatan jelas, terkini, relevan dan individual untuk memenuhi kebutuhan dan keinginan klien;
- k) Meminimalkan duplikasi informasi dalam catatan kesehatan
- l) Mendokumentasikan komunikasi yang signifikan dengan anggota keluarga/orang lain yang signifikan, pengganti pengambil keputusan dan penyedia perawatan lainnya
- m) Memastikan bahwa data informasi perawatan klien telah disimpan dalam dokumen hard copy sementara (seperti KARDEX, laporan shift atau buku komunikasi) serta disimpan dalam catatan kesehatan permanen. Sebagai contoh, jika sistem elektronik tidak tersedia, perawat harus memastikan bahwa informasi yang disimpan dalam dokumen sementara dimasukkan dalam sistem elektronik bila telah tersedia lagi.

2) Standar 2: Akuntabilitas dan Kewajiban Perawat mendokumentasikan asuhan keperawatan sesuai dengan standar profesional dan etika, peraturan dan kebijakan yang relevan dari rumah sakit. Indikator Perawat:

- a) Pendokumentasian perawatan dilakukan sesegara mungkin setelah tindakan perawatan dilakukan.
- b) Penulisan tanggal dan waktu pelaksanaan tindakan perawatan.
- c) Dokumentasi di buat berdasarkan urutan kronologis kejadian.
- d) Pendokumentasian tidak boleh meninggalkan baris kosong pada lembar dokumentasi perawat harus menutup bagian yang kosong itu dengan garis yang memenuhi lembar dokumentasi. Bilamana dokumentasi menggunakan sistem elektronik perawat harus menahan diri sampai koreksi entri data yang keliru sambil memastikan bahwa informasi asli tetap terlihat sesuai dengan kebijakan aturan rumah sakit.
- e) Mengoreksi entri data yang keliru sambil memastikan bahwa informasi asli tetap terlihat.
- f) Dilarang menghapus, mengubah atau memodifikasi dokumentasi orang lain

- g) Dokumen apapun yang tak terduga, kejadian tak terduga atau abnormal untuk klien, harus di rekam berdasarkan fakta kejadian dengan berkaitan dengan proses perawatan.
- 3) Standar 3: Keamanan Perawat melindungi informasi kesehatan klien dengan menjaga kerahasiaan dan menyimpan informasi sesuai dengan prosedur yang konsisten sesuai dengan standar profesional dan etika berdasarkan peraturan perundangundangan yang relevan.

#### Indikator Perawat

- a) Memastikan bahwa informasi perawatan klien yang relevan diambil dalam catatan kesehatan klien, seperti yang didefinisikan oleh kebijakan rumah sakit.
- b) Mempertahankan kerahasiaan informasi kesehatan klien, termasuk password atau informasi yang diperlukan untuk mengakses catatan kesehatan klien.
- c) Memahami dan mematuhi kebijakan, standar dan peraturan perundangundangan yang berkaitan dengan kerahasiaan, privasi dan keamanan
- d) Mengakses informasi hanya dapat dilakukan oleh perawat yang memiliki kebutuhan profesional untuk memberikan perawatan.

- e) Menjaga kerahasiaan klien lain dengan menggunakan inisial atau kode ketika mengacu pada klien lain dalam catatan kesehatan klien (misalnya, menggunakan inisial ketika mengutip teman sekamar klien)
- f) Memfasilitasi hak-hak klien untuk mengakses informasi kesehatan tentang dirinya.
- g) Memeriksa dan mendapatkan salinan catatan kesehatan, seperti yang didefinisikan oleh kebijakan rumah sakit.
- h) Memperoleh persetujuan dari klien atau pengganti pengambil keputusan untuk menggunakan dan mengungkapkan informasi kepada orang lain di luar lingkaran perawatan, sesuai dengan peraturan yang relevan.
- i) Menggunakan metode yang aman untuk mengirimkan informasi kesehatan klien (misalnya, menggunakan garis aman untuk fax atau e-mail).
- j) Mempertahankan catatan kesehatan sesuai dengan kebijakan dan peraturan organisasi dan melakukannya sebagai bagian dari tanggungjawab perawat.
- k) Memastikan penghancuran dokumen yang sudah tidak diperlukan dengan aman dan menjaga rahasia dokumen tetap terjaga

i. Hal - hal yang mempengaruhi kelengkapan data.

Ketidaklengkapan pengisian berkas rekam medis yaitu karena kurangnya kesadaran perawat dalam melengkapi dokumentasi keperawatan dan setiap pencatatan rekam medik harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan perawat dan tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung. Dampak dari dokumentasi keperawatan tidak lengkap akan mengganggu pelayanan, mengakibatkan kesulitan dalam identifikasi kondisi pasien/riwayat penyakit pasien terdahulu dan resiko salah pengobatan (Selvia, 2019)

Faktor yang mempengaruhi ketidaklengkapan dokumentasi keperawatan:

1) *Man*

Ketrampilan pengetahuan dan sikap dalam melaksanakan sistem pelayanan kesehatan di rumah sakit.

2) *Material*

Bahan adalah suatu produk yang digunakan dalam pelaksanaan sistem pelayanan kesehatan yang ada di rumah sakit.

3) *Machine*

Alat yang digunakan untuk mengerjakan sesuatu agar lebih cepat dan efisien.

4) *Method*

Metode yang tepat akan membantu tugas seseorang akan lebih cepat dan ringan dalam pelaksanaan sistem kesehatan di rumah sakit

5) *Money*

Yang paling berperan dalam mencapai pelaksanaan suatu sistem di rumah sakit agar pelayanan berjalan dengan cepat sesuai kebutuhan pasien.

#### **4. Pengetahuan**

a. Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah suatu istilah yang dipergunakan untuk menuturkan apabila seseorang mengenal tentang sesuatu. Suatu hal yang menjadi pengetahuannya adalah selalu terdiri atas unsur yang mengetahui dan yang diketahui serta kesadaran mengenai hal yang ingin diketahui. Oleh karena itu pengetahuan selalu menuntut adanya subjek yang mempunyai kesadaran untuk mengetahui tentang sesuatu dan objek yang merupakan sesuatu yang dihadapi. Jadi bisa dikatakan pengetahuan adalah hasil tahu manusia terhadap sesuatu, atau segala perbuatan manusia untuk memahami suatu objek tertentu (Chusniah, 2019).

Pengetahuan adalah merupakan hasil “tahu” dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan ini terjadi melalui panca indra manusia.

Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting bagi terbentuknya tindakan seseorang. Perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Chusniah, 2019). Sebagian besar, pengetahuan manusia diperoleh dari mata dan telinga (Notoatmodjo, 2018).

b. Tahapan Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo, (2018) pengetahuan mempunyai enam tingkatan, yaitu:

1) Tahu (*Know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Termasuk ke dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Oleh sebab itu, tahu ini merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah.

2) Memahami (*Comprehension*)

Memahami diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Orang yang telah paham terhadap objek atau materi harus dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan, meramalkan, dan sebagainya terhadap objek yang dipelajari.

### 3) Aplikasi (*Application*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi real (sebenarnya). Aplikasi di sini dapat diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum– hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi yang lain.

### 4) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu objek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan masih ada kaitannya satu sama lain. Kemampuan analisis ini dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan, dan sebagainya.

### 5) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk meletakkan atau menghubungkan bagian – bagian di dalam suatu bentuk keseluruhan yang baru. Dengan kata lain, sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada.

### 6) Evaluasi (*Evaluation*)

Evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek. Penilaian-penilaian itu didasarkan pada suatu kriteria yang

ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria – kriteria yang ada).

c. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pengetahuan menurut Notoatmodjo (2018) antara lain:

1) Pendidikan

Pendidikan adalah suatu kegiatan atau proses pembelajaran untuk mengembangkan atau meningkatkan kemampuan tertentu sehingga sasaran pendidikan itu dapat berdiri sendiri. Pendidikan formal maupun pendidikan non formal, sistem pendidikan berjenjang diharapkan mampu meningkatkan pengetahuan melalui pola tertentu

2) Usia

Usia individu berkaitan erat dengan pengetahuan individu. Semakin bertambah usia seseorang maka akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya, sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik (Notoatmodjo, 2018).

3) Minat dan kreativitas

Minat sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu objek atau dalam melakukan suatu kegiatan (perbuatan), yang didasari oleh rasa tertarik, senang, yang muncul dalam diri bukan tekanan dari luar (Notoatmodjo, 2005). Adanya perasaan tertarik dan perasaan senang menimbulkan adanya minat,

maka minat ini merupakan kondisi psikologis yang dapat mendorong (memotivasi) munculnya kreativitas.

#### 4) Pengalaman

Pengalaman adalah suatu kejadian yang dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Teori determinan menganalisa yang menyebabkan seseorang berperilaku tertentu karena adanya pemikiran dan perasaan dalam diri seseorang yang terbentuk dalam pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan, seseorang terhadap objek tersebut, dimana seseorang mendapatkan pengetahuan baik dari pengalaman pribadi maupun pengalaman orang lain

#### 5) Kebudayaan lingkungan sekitar

Lingkungan sosial budaya yang mempengaruhi pengetahuan seseorang dapat bersumber dari pandangan agama, kelompok etnis yang mempengaruhi proses memperoleh informasi atau pengetahuan khususnya dalam penerapan nilai-nilai keagamaan. Kebudayaan dimana kita hidup dan dibesarkan mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan sikap seseorang

#### 6) Informasi

Informasi yang didapatkan dari media massa mempengaruhi fungsi kognitif dan afektif. Fungsi kognitif diantaranya berfungsi untuk menciptakan atau menghilangkan, pembentukan sikap, perluasan sistem, keyakinan masyarakat dan penegasan atau penjelasan nilai-nilai tertentu.

## 7) Motivasi

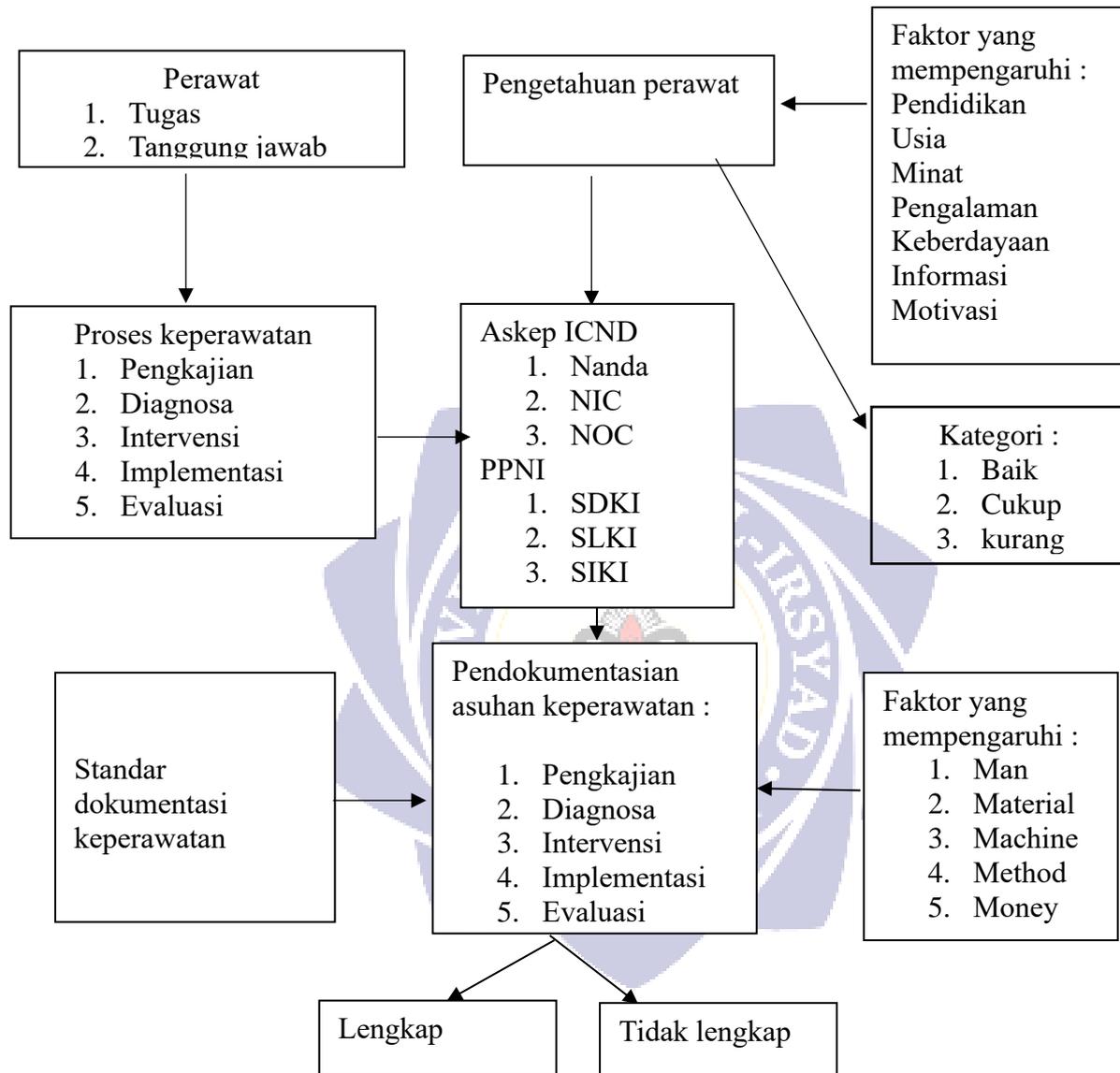
Motivasi merupakan dorongan, keinginan dan tenaga penggerak yang berasal dari dalam diri seseorang untuk melakukan sesuatu dengan menyampingkan hal-hal yang dianggap kurang bermanfaat. Dalam mencapai tujuan dan munculnya motivasi memerlukan rangsangan dari dalam diri individu (biasanya timbul dari perilaku yang dapat memenuhi kebutuhan sehingga menjadi puas) maupun dari luar (merupakan pengaruh dari orang lain/lingkungan).

### d. Cara Mengukur Pengetahuan

Menurut Notoatmodjo, 2018 Cara Mengukur Pengetahuan. Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang akan diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat disesuaikan dengan tingkatan pengetahuan. Adapun beberapa tingkatan kedalaman pengetahuan, yakni (Notoatmodjo, 2018)

- 1) Pengetahuan baik, apabila responden berpengetahuan 76% -100%.
- 2) Pengetahuan cukup, apabila responden berpengetahuan 60% -75%.
- 3) Pengetahuan kurang, apabila responden berpengetahuan <60%.

## B. Kerangka Teori



**Bagan 2.2 Kerangka Teori**

**Sumber : Notoatmodjo (2018), Olfah dan Ghofur (2019)**