

ANALISIS KELENGKAPAN PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT TAMPAN PEKANBARU

Neneng Astuti, Yeni Yarnita, Eva Mayasari

ABSTRAK

Dokumentasi keperawatan merupakan suatu yang mutlak harus ada untuk perkembangan keperawatan khususnya proses profesionalisasi keperawatan serta mempertahankan keperawatan sebagai suatu profesi yang luhur dan terpadang di masyarakat. Dokumentasi keperawatan dalam bentuk dokumen asuhan keperawatan merupakan salah satu alat pembuktian atas tindakan perawat selama menjalankan tugas pelayanan keperawatan.

Penelitian ini dilakukan dengan cara mengambil seluruh sampel status pasien atau rekam medis pasien yang dirawat pada bulan Januari 2009, dengan jumlah sampel seluruhnya adalah 90 berkas, dengan syarat pasien bukan rawatan ulangan di bulan yang sama.

Hasil analisa data pendokumentasian pada tahap pengkajian mendapatkan skor 56,11% (kategori cukup), pendokumentasian pada tahap diagnosa keperawatan mendapatkan skor 36,67% (kategori kurang), pendokumentasian pada tahap perencanaan keperawatan mendapatkan skor 17,11% (kategori kurang), pendokumentasian pada tahap tindakan keperawatan mendapatkan skor 57,78% (kategori cukup), pendokumentasian pada tahap evaluasi keperawatan mendapatkan skor 52,78% (kategori kurang), dan pendokumentasian pada tahap catatan asuhan keperawatan mendapatkan skor 92,22% (kategori sangat baik). Sehingga diharapkan kepada pihak Rumah Sakit Tampian Pekanbaru untuk dapat meningkatkan mutu dokumentasi keperawatan dengan upaya mengadakan pelatihan yang berkaitan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan.

Key words: Dokumentasi, Asuhan Keperawatan

1. PENDAHULUAN

Keperawatan di Indonesia saat ini masih dalam suatu proses profesionalisasi, yaitu terjadinya suatu perubahan dan perkembangan karakteristik sesuai tuntutan secara global dan lokal. Untuk mewujudkannya maka perawat harus mampu memberikan asuhan keperawatan secara profesional kepada klien. Salah satu bukti asuhan keperawatan yang profesional tercermin dalam pendokumentasian proses keperawatan (Nursalam, 2001).

Dokumentasi keperawatan adalah bagian dari keseluruhan tanggung jawab perawatan pasien. Catatan klinis memfasilitasi pemberian perawatan, meningkatkan kontinuitas perawatan dan membantu mengkoordinasikan pengobatan dan evaluasi pasien (Iyer, 2004). Responsibilitas dan akuntabilitas profesional merupakan salah satu alasan penting dalam pendokumentasian asuhan keperawatan

yang akurat (Iyer, 2004). Dokumentasi keperawatan sangat penting bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan karena pelayanan keperawatan yang diberikan kepada klien membutuhkan catatan dan pelaporan yang dapat digunakan sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat dari berbagai kemungkinan masalah yang dialami klien baik masalah kepuasan maupun ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diberikan (Hidayat, 2001).

Dokumentasi keperawatan merupakan suatu yang mutlak harus ada untuk perkembangan keperawatan khususnya proses profesionalisasi keperawatan serta mempertahankan keperawatan sebagai suatu profesi yang luhur dan terpadang di masyarakat. Dokumentasi keperawatan dalam bentuk dokumen asuhan keperawatan merupakan salah satu alat pembuktian atas tindakan perawat selama menjalankan tugas pelayanan keperawatan. Penyelenggaraan

dokumentasi keperawatan telah ditetapkan dalam SK Menkes No. 436/Menkes/SK/VI/1993 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit dan SK Dirjen Yanmed No. YM. 00.03.2.6.7637 tahun 1993 tentang Standar Asuhan Keperawatan.

Rumah Sakit Tampan Pekanbaru merupakan rumah sakit Jiwa tipe A yang digunakan sebagai lahan praktek bagi mahasiswa DIII Keperawatan jalur umum maupun jalur khusus dan juga praktek mahasiswa SI Keperawatan, sehingga perbaikan dan peningkatan mutu asuhan keperawatan selalu dilakukan. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk meneliti tentang analisis kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan pasien di ruang rawat inap Rumah Sakit Tampan Pekanbaru.

2. METODOLOGI PENELITIAN

Jenis penelitian ini bersifat *deskriptif* yaitu untuk mengetahui gambaran kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan pasien di ruang rawat inap Rumah Sakit Tampan Pekanbaru, dengan melakukan studi dokumentasi asuhan keperawatan pasien yang telah menjalani rawatan selama bulan Januari 2009. Penelitian ini dilakukan dengan cara mengambil seluruh sampel status pasien atau rekam medis pasien yang dirawat pada bulan Januari 2009, dengan jumlah sampel seluruhnya adalah 90 berkas, dengan syarat pasien bukan rawatan ulangan di bulan yang sama. Alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah Standar Asuhan Keperawatan Depkes RI tahun 1997. Adapun cara penilaian penggunaan instrumen dalam penelitian ini adalah bila aspek yang dinilai sesuai dengan Standar Asuhan keperawatan maka diberi tanda “V” dan apabila aspek yang dinilai tidak sesuai dengan Standar Asuhan keperawatan maka diberi tanda “C”.

Analisis data dilakukan secara manual yaitu berdasarkan skore atau hasil

penjumlahan jawaban nilai “V” yang didapat dengan perhitungan rumus sebagai berikut:

$$\text{Persentase} = \left(\frac{\text{Jumlah berkas}}{\text{Jumlah Total}} \right) \times 100\%$$

Hasil akhir dari score disajikan dalam bentuk tabel dan dihitung prosentasenya untuk masing-masing aspek sesuai kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan pada status pasien, dengan kriteria sebagai berikut:

- a. Sangat baik bila 76-100% proses keperawatan (pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi) didokumentasikan secara lengkap sesuai standar asuhan keperawatan
- b. Baik bila 65-75% proses keperawatan (pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi) didokumentasikan secara lengkap sesuai standar asuhan keperawatan
- c. Cukup bila 55-64% proses keperawatan (pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi) didokumentasikan secara lengkap sesuai standar asuhan keperawatan
- D. Kurang bila <55% proses keperawatan (pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi) didokumentasikan secara lengkap sesuai standar asuhan

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dan berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Iyer, 2004)

Tabel 1. Data pendokumentasian tahap pengkajian keperawatan

No	Aspek yang dinilai	f	%
----	--------------------	---	---

1	Mencatat data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian	41	45.56
2	Data dikelompokkan (bio-psiko-sosial-siritual)	41	45.56
3	Data dikaji sejak pasien masuk sampai pulang	85	94.44
4	Masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dan norma serta pola fungsi kehidupan	35	38.89
Total		202	56.11

Dari data hasil tahap pengkajian pada tabel 1 didapatkan skor 56,11 % dengan kategori cukup. Pengkajian yang dilakukan oleh perawat di RS Tampan Pekanbaru menggunakan format yang telah disediakan dalam bentuk chek list dan isian singkat. Sebenarnya hal ini memudahkan perawat untuk melakukan pengkajian secara urut, sistematis dan lengkap karena perawat sudah diatahkan sesuai dalam format. Perawat tidak perlu lagi mengingat-ingat atau berpikir terlalu lama untuk menanyakan hal-hal yang ingin dikaji kepada pasien.

Tabel 2. Data pendokumentasian tahap diagnosakeperawatan

No	Aspek yang dinilai	f	%
1	Diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan	33	36.67
2	Diagnosa keperawatan mencerminkan PE/PS	33	36.67
3	Merumuskan diagnosa keperawatan aktual/resiko	33	36.67
Total		99	36.67

Perumusan diagnosa keperawatan yang baik harus menggambarkan komponen *problem, etiologi, symptom dan sign* serta berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan normal dengan pola fungsi kebutuhan pasien (Effendy, 1995). Untuk dapat merumuskan diagnosa keperawatan dibutuhkan kemampuan analisis yang tinggi sehingga diperlukan sumber daya manusia

yang *capable* dan mempunyai motivasi kuat untuk maju serta berpandangan maju (*futuristic*). Dari data hasil tahap pengkajian pada tabel 1 didapatkan skor 36,67 %, dengan kategori kurang. Pada status pasien yang telah dikaji terlihat bahwa perawat hanya memilih saja diagnosa keperawatan yang telah disediakan di bagian samping format pengkajian. Hal ini memang lebih memudahkan perawat akan tetapi juga dapat menyebabkan perawat menjadi malas dan kurang inisiatif untuk menganalisa data lalu merumuskan diagnosa keperawatan sendiri apabila ditemukan data yang berbeda. Kondisi demikian juga menimbulkan kualitas pendokumentasian diagnosa keperawatan menjadi monoton. Disamping itu pada perumusan diagnosa aktual masih ada beberapa yang tidak mencantumkan sign atau symptom yang menjadi persyaratan utama bahwa diagnosa itu dikatakan aktual.

Tabel 3. Data pendokumentasian tahap perencanaan keperawatan

No	Aspek yang dinilai	f	%
1	Rencana tindakan berdasarkan diagnosa keperawatan	12	13.33
2	Rencana tindakan disusun menurut urutan prioritas	12	13.33
3	Rumusan tujuan mengandung komponen pasien/subjek, perubahan perilaku, kondisi pasien, dan atau kriteria	19	21.11
4	Rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas	15	16.67
5	Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien/keluarga	15	16.67
6	Rencana tindakan menggambarkan kerjasama dengan tim kesehatan lain	19	21.11
Total		77	17.11

Perencanaan merupakan tahap selanjutnya setelah pengkajian dan penentuan diagnosa keperawatan. Perencanaan juga merupakan petunjuk

tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang dilakukan terhadap pasien sesuai dengan tingkat kebutuhan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul. Untuk itu rencana tindakan yang baik tentunya harus berdasarkan pada diagnosa keperawatan yang telah dirumuskan. Pada status pasien yang telah dikaji terlihat pendokumentasian tahap perencanaan mendapat skor 17,11 % (kategori kurang). Dari tabel perencanaan yang dibuat oleh perawat masih banyak beberapa aspek yang belum memenuhi standar asuhan keperawatan.

Penentuan prioritas masalah juga terdapat dalam tahap perencanaan ini. prioritas tertinggi diberikan kepada masalah atau diagnosa keperawatan yang, bersifat mengancam kehidupan atau keselamatan pasien Effendy (1995). Penentuan prioritas dilakukan karena tidak semua masalah dapat diatasi secara bersamaan. Oleh karena itu hirarki Maslow tentang kebutuhan dasar manusia merupakan pedoman dalam menentukan prioritas dengan memperhatikan keluhan utama pasien. Selain itu juga masih terlihat penulisan rencana tindakan keperawatan yang tidak teratur dan kurang mengacu pada diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan. Di dalam perencanaan juga perlu diperhatikan perumusan tujuan yang hendak dicapai dari intervensi yang telah diberikan. Dengan adanya tujuan ini akan mempermudah perawat di dalam melakukan evaluasi. Adanya perolehan skor yang masih kurang dari standar tersebut menyebabkan perawat mengalami kesulitan di dalam melakukan evaluasi.

Keterlibatan pasien dan keluarga juga harus diikutsertakan di dalam penetapan rencana keperawatan. Karena antara perawat, pasien dan keluarga harus bekerjasama di dalam intervensi agar dapat mencapai tujuan dengan baik. Begitu juga

kerjasama dengan tim kesehatan lain juga sangat dibutuhkan untuk mengatasi masalah medis secara kolaborasi

Tabel 4. Data pendokumentasian tahap tindakan keperawatan

No	Aspek yang dinilai	f	%
1	Tindakan yang dilaksanakan mengacu pada rencana keperawatan	15	16.67
2	Perawat mengobservasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan	82	91.11
3	Revisi tindakan berdasarkan hasil evaluasi	43	47.78
4	Semua tindakan yang telah dilaksanakan dicatat ringkas dan jelas	68	75.56
Total		208	57.7

Pelaksanaan atau tindakan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada tahap pelaksanaan ini dokumentasi menjadi sangat penting karena merupakan pernyataan dari kegiatan atau aktivitas yang otentik dari perawat. Dokumentasi tentang pasien memberi bukti tindakan mandiri dan kolaboratif yang dilakukan perawat, respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan perubahan-perubahan yang terjadi, Carrol (1998).

Skore yang didapat secara keseluruhan pada tahap pelaksanaan ini adalah 57,78 % (kategori cukup). Namun pada aspek pelaksanaan evaluasi tiap tindakan yang telah dilakukan hanya mendapat skor 16,67 % (kategori kurang). Dan perolehan skor ini akhirnya mempengaruhi aspek yang lain yaitu pelaksanaan revisi tindakan hanya mendapat skor 47,78 %, (kategori kurang).

Tabel 5. Data pendokumentasian tahap evaluasi keperawatan

No	Aspek yang dinilai	f	%
1	Evaluasi mengacu pada tujuan	47	52.22
2	Hasil evaluasi dicatat	48	53.33
Total		95	52.78

Evaluasi adalah mengkaji respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat dengan mengacu pada standar atau kriteria hasil yang telah ditetapkan pada rumusan tujuan. Terlihat pada status pasien yang telah dikaji bahwa kriteria keberhasilan yang dapat digunakan sebagai dasar evaluasi ini tidak selalu dicantumkan sehingga evaluasi yang dilakukan kurang mengacu pada tujuan. Skore yang didapat adalah 52,78% (kategori kurang) dan perolehan skore ini dipengaruhi oleh aspek perumusan tujuan dalam perencanaan sebelumnya.

Tabel 6. Data pendokumentasian catatan asuhan keperawatan

No	Aspek yang dinilai	f	%
1	Ditulis pada format yang baku	90	100
2	Pencatatan dilakukan sesuai dengan tindakan yang dilaksanakan	89	98.89
3	Pencatatan ditulis dengan jelas, ringkas, istilah yang baku dan benar	89	98.89
4	Setiap melakukan tindakan/kegiatan, perawat mencantumkan nama jelas/paraf, tanggal dan jam tindakan	57	63.33
5	Berkas catatan keperawatan disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku	90	100
TOTAL		415	92.22

Pendokumentasian catatan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien secara keseluruhan mendapat skore 92.22 % (kategori sangat baik). Faktor yang dapat mempengaruhi hal tersebut adalah perawat telah aktif dalam pencatatan dengan mencantumkan paraf atau nama terang pada

catatan tindakan keperawatan serta menyimpan semua berkas pasien yang sudah pulang dengan baik dan rapi di rekam medis.

4. DAFTAR PUSTAKA

- Burley, J.T.; Doenges, M.E.; Moorhouse, M.F. (1998). *Penerapan proses keperawatan dan diagnosa keperawatan*. Edisi 2. Jakarta: EGC
- Carrol. (1998). *Approach of nursing process*. St. Louis: Mosby
- Carpenito, L.J. (1999). *Rencana asuhan keperawatan dan dokumentasi keperawatan*. Edisi 2. Jakarta: EGC
- Effendy N. (1995). *Pengantar proses keperawatan*. Jakarta: EGC
- Helena, N.; Keliat, B.A.; Pandjaitan, R.U. (2005). *Proses keperawatan kesehatan jiwa*. Edisi 2. Jakarta: EGC
- Hidayat, A.A.A. (2004). *Pengantar konsep dasar keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Hartati; Handoyo; Anis, M.M. (2008). *Analisis kelengkapan dokumentasi proses keperawatan pasien rawat inap di RSUD PKU Muhammadiyah Gombang Jawa Tengah*. Di buka pada tanggal 31 Oktober 2008. Di: <http://info.stikesmuhgombang.ac.id/edi2handoyo1.doc>
- Iyer, P.W.; Camp, N.H. (2004). *Dokumentasi keperawatan suatu pendekatan proses keperawatan*. Edisi 3. Jakarta: EGC
- Nursalam. (2001). *Proses dan dokumentasi konsep dan praktik*. Jakarta: Salemba Medika
- Notoatmodjo, S. (2002). *Metodologi penelitian kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Wartonah, T. (2006). *Kebutuhan dasar manusia dan proses keperawatan*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Med