

THE IMPLEMENTATION OF NURSING CARE DOCUMENTATION IN INPATIENT WARD OF RSUD WATES KULON PROGO

Erna Kurniawandari¹, Fatma Siti Fatimah², Mutiara Dewi Listiyanawati³

ABSTRACT

Background : the documentation of nursing care is the important part nurse duty, the best documentation of nursing care process that sees best and have a certain quality should be accurate, complete, and standard. Curently documenting of nursing care in Wates Hospital is practically not yet done according to Standard Operational Procedure.

Objective Of Study : this study aims to know the description of the nursing care of documentation in Inpatient Room of Wates Hospital.

Method of Research : this research is *descriptive quantitativ* which take the sample from inpatient documentation of nursing care in March 2017. The population was about 1106 documents of medical records which the sample about 111 documents. The technique to take the sample was using *cluster random*. The research was held on June 2017. The data collection used medical record of patient. The univariat of data analysis used frequency distribution.

Result of Research : this research showd that the completeness os documenting of nursing care in assessment aspect (77,5%), diagnosis (93,7%), planning (73,9%), action (45,9%), evaluation (76,6%), nursing care note (45%).

Conclusion : the completeness of documentation of nursing care in Inpatient Room of Wates Hospital Kulon Progo is claimed complete (27,9%).

Keywords : the documentation of nursing, the process of nursing

-
1. The student of bachelor degree of nursing Alma Ata University
 - 2.3. The lecturer of bachelor degree of nursing Alma Ata University

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Profesi perawat saat ini merupakan profesi yang memiliki risiko hukum. Kesalahan perawat yang mengakibatkan kecacatan atau kematian bagi pasien dapat menyeret perawat ke pengadilan. Oleh karena itu segala aktivitas yang dilakukan terhadap pasien harus didokumentasikan dengan baik dan jelas. Dokumentasi merupakan komunikasi secara tertulis sehingga perawat dituntut dapat mendokumentasikan secara benar, dokumentasi yang efektif memungkinkan perawat untuk mengkomunikasikan kepada tenaga lainnya (1).

Pendokumentasian merupakan sarana komunikasi antara petugas kesehatan dalam rangka pemulihan kesehatan pasien, tanpa dokumentasi yang benar dan jelas kegiatan pelayanan keperawatan berupa asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan oleh perawat profesional tidak dapat dipertanggungjawabkan. Dokumentasi dapat digunakan sebagai barang bukti di pengadilan, oleh karena itu data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas, obyektif, dan ditandatangani oleh perawat pelaksana, tanggal dan perlunya dihindari adanya penulisan yang menimbulkan interpretasi yang salah (1, 2).

PERMENKES No. 269/MENKES/PER/11/2008 tentang Rekam Medis (*Meical Record*) menyebutkan rekam medis adalah berkas berisikan catatan, dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain pada pasien pada sarana pelayanan kesehatan.

PERMENKES No 148 tahun 2010 dan Undang- Undang keperawatan 38 tahun 2014 menyebutkan bahwa perawat berwenang melakukan asuhan keperawatan dan wajib untuk melakukan pencatatan asuhan keperawatan secara sistematis dan sesuai standar.

Standar asuhan keperawatan yang diberlakukan melalui SK Dirjen YanMed No.YM.00.03.26.7637 tahun 1993. Standar asuhan keperawatan merupakan alat ukur untuk mempertahankan dan meningkatkan kualitas asuhan keperawatan. Standar pelayanan dan standar asuhan keperawatan tersebut harus diterapkan secara bertahap. Standar pelayanan dan standar asuhan keperawatan tersebut berfungsi sebagai alat ukur untuk mengetahui, memantau, dan menyimpulkan apakah pelayanan asuhan keperawatan yang diselenggarakan di rumah sakit sudah mengikuti dan memenuhi syarat yang ditetapkan dengan standar tersebut.

Realita di Indonesia pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan belum dilakukan dengan optimal, penelitian- penelitian tentang gambaran pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan menunjukkan bahwa rata-rata kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan 50,77% - 71,6%. Faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan antara lain beban kerja yang tinggi, motivasi perawat dalam melakukan dokumentasi, sumber daya manusia (SDM), pelatihan dan penjelasan tentang pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan, waktu pelaksanaan, format dokumentasi yang rumit (3 - 6).

Dokumentasi proses keperawatan yang baik dan berkualitas haruslah akurat, lengkap dan sesuai standar, jika kegiatan keperawatan tidak didokumentasi dengan akurat dan lengkap maka sulit untuk membuktikan bahwa tindakan keperawatan telah dilakukan dengan benar. Hal tersebut memungkinkan profesi lain mengkritisi catatan pasien yang ditulis perawat. Standar keperawatan bertujuan untuk menentukan tanggung jawab dan akuntabilitas keperawatan, melindungi pasien dari tindakan keperawatan yang tidak kompeten dan melindungi perawat dari kelalaian. Hal ini dapat diukur dari kualitas pelayanan dan asuhan keperawatan dengan nilai indikatornya adalah nilai dokumentasi keperawatan. Setiap tindakan yang dilakukan kepada pasien harus terhindar dari kesalahan dengan cara menggunakan pendekatan proses keperawatan dan pendokumentasian yang akurat (7).

Hasil studi pendahuluan di RSUD Wates Kulon Progo terhadap 15 rekam medis rawat inap yang diobservasi kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan, didapatkan hasil pada tahap pengkajian, sebanyak 7 (42%) pengkajian lengkap, dan 8 (58%) tidak lengkap, hal ini dikarenakan pencatatan belum sesuai dengan pedoman pengkajian. Tahap diagnosa keperawatan, sebanyak 11 (70%) diagnosa lengkap dan 4 (30%) tidak lengkap, terdapat diagnosa keperawatan yang tidak terdiri dari komponen problem, etiologi, dan simtom. Tahap perencanaan didapatkan sebanyak 8 (53%) lengkap dan 7 (47%) perencanaan tidak lengkap, perencanaan perawat tidak disusun sesuai prioritas, rencana tidak mengacu pada tujuan. Tahap pelaksanaan didapatkan 11 (70%) lengkap dan 4 (30%) tidak lengkap,

perawat tidak menulis semua tindakan yang dilakukan. Tahap evaluasi didapatkan 11 (70%) lengkap dan 4 (30%) tidak lengkap, terdapat evaluasi yang tidak mengacu pada tujuan. Wawancara dengan 3 kepala ruang di ruang komite keperawatan RSUD Wates Kulon Progo, pencatatan pendokumentasian secara keseluruhan belum terlaksana dengan optimal oleh perawat diruangan. Pendokumentasian keperawatan yang diisi berupa data umum dan keluhan pasien. Evaluasi terhadap pelaksanaan standar asuhan keperawatan belum dilaksanakan dalam lima tahun terakhir. Berdasarkan latar belakang diatas peneliti tertarik meneliti lebih lanjut tentang pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Wates Kulon Progo.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana gambaran pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Wates Kulon Progo?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Mengetahui gambaran pelaksanaan pada pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Wates Kulon Progo

2. Tujuan khusus

a. Mengetahui kelengkapan dokumentasi pengkajian keperawatan pada pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Wates Kulon Progo

- b. Mengetahui kelengkapan dokumentasi diagnosa keperawatan pada pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Wates Kulon Progo
- c. Mengetahui kelengkapan dokumentasi rencana keperawatan pada pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Wates Kulon Progo
- d. Mengetahui kelengkapan dokumentasi implementasi keperawatan pada pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Wates Kulon Progo
- e. Mengetahui kelengkapan dokumentasi evaluasi keperawatan pada pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Wates Kulon Progo
- f. Mengetahui kelengkapan dokumentasi catatan asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Wates Kulon Progo.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat teoritik

Penelitian ini dapat menjadi bahan informasi dan pengembangan keilmuan tentang pendokumentasian asuhan keperawatan.

2. Manfaat praktis

a. Bagi peneliti

Menerapkan ilmu yang didapatkan di bangku kuliah dan menambah wawasan mengenai pendokumentasian asuhan keperawatan.

b. Bagi perawat di fasilitas kesehatan

Mengetahui data tentang kelengkapan pendokumentasian keperawatan di RSUD Wates Kulon Progo.

c. Bagi Rumah Sakit

Bahan evaluasi bagi pengelola rumah sakit terkait pendokumentasian asuhan keperawatan rawat inap di RSUD Wates Kulon Progo.

E. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

Peneliti tahun	Judul	Metode	Hasil	Pesamaan	Perbedaan
Triyoga (2015)	Pelaksanaan Pendokumen asian keperawatan di instalasi rawat inap Rumah Sakit Babtis Kediri	Peneliti an deskript if	Penelitian ini menunjukkan; pengkajian tidak lengkap pada ruang 3A sebanyak(48,3%), diagnosa lengkap pada ruang 3A (55,2%) perencanaan lengkap pada ruang 3B sebanyak (62,5%), implementasi lengkap pada ruang kelas 1 dan ruang 3b sebanyak (100%)., evaluasi lengkap pada ruang kelas 1 sebanyak (92,3%). Dapat disimpulkan dokumentasi keperawatan yang lengkap meliputi diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Sedangkan yang tidak lengkap adalah pengkajian	a. jenis rancangan pebelitian diskriptif b. alat ukur menggunakan <i>ceklist</i> c.variabel penelitian pelaksanaan dokumentasi keperawatan d.pengambilan sampel <i>proportionat e random sampling</i>	a. waktu dan tempat penelitian
Mira (2015)	Hubungan motivasi perawat dengan pendokumen asian di ruang rawat inap l RSUD Pasar Rebo	Observa sional analitik dengan pendekat an cros sectiona l	Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara motivasi dengan pendokumentasian.	a. teknik pengambilan sampel proponational sampling	a. jenis penelitian menggunakan desain observasio nal analitik b. sampel penelitian perawat

Peneliti tahun	Judul	Metode	Hasil	Pesamaan	Perbedaan	
Nurjana h (2013)	Gambaran Kelengkapan Pendokumen tasan Askep di RSUD Pandanarang Boyolali	Kuantitatif dengan rancangan peneliti an deskript if.	Penelitian bahwa pendokumentasian pada aspek perencanaan tindakan (82,6%) dan keperawatan (72,4%)	menunjukkan kelengkapan aspek pengkajian (63,9%) evaluasi tindakan (70,2%) dan catatan asuhan (66,1%) (72,4%)	a.alat ukur menggunakan ceklist penelitian b.sampel penelitian pendokumen tasanaskep. c. jenis rancangan penelitian diskriptif	a. waktu dan tempat penelitian berbeda b.teknik pengambilan sampling total semua dokumen
Azizah (2012)	Gambaran Kelengkapan Pendokumen tasan Askep di ruang rawat pelayanan jantung terpadu RSCM Jakarta	Kuantitatif dengan desain diskriptif sederhana yang melibatkan 35 perawat dan 11 dokumen keperawatan	Hasil uji statistik menunjukkan kelengkapan dokumentasi keperawatan 100% tidak lengkap	Jenis variabel terikatnya dokumentasi keperawatan	a. waktu dan tempat penelitian b. jenis rancangan penelitian kuantitatif c. objek yang diteliti melibatkan perawat	

Sumber: (3,8-10)

DAFTAR PUSTAKA

1. Handayaningsih, Dokumentasi keperawatan, Yogyakarta: Mitra Cendikia Press ; 2009.
2. Nursalam, Proses dan dokumentasi proses keperawatan, Jakarta: Salemba Medika ; 2008.
3. Nurjanah, Siti, et al. *Gambaran Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di RSUD Pandan Arang Boyolali*. Diss. Universitas Muhammadiyah Surakarta, 2013.
4. Siswanto, LM Harmain, Rr Tutik Sri Hariyati, and Sukihananto Sukihananto. "Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan." *Jurnal Keperawatan Indonesia* 16.2 (2013): 77-84.
5. Kimalaha, Hubungan pengetahuan dan beban kerja perawat dengan kelengkapan aspek dibangsal penyakit dalam dan bedah RSUD Djitro Wardoyo; 2017
6. Wuryantoro, hubungan antara pendidikan, pelatihan, motivasi, dan waktu dalam pendokumentasian aspek dengan kelengkapan dokumentasi di RSUD Saras Husada Purworejo ; 2013
7. Hutahean,S, Konsep Dokumentasi Proses Keperawatan, Jakarta : Trans info media ; 2010
8. Triyoga, Akde, and Prita Ayu Kusumadewi. "Pelaksanaan Baptis Kediri." *Jurnal Penelitian Keperawatan* 1.2 (2015). Dokumentasi Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit
9. Bara, M., and B. Suryati. "Hubungan Motivasi Perawat dengan Pelaksanaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Pasar Rebo." *Jurnal Health Quality* 5.1 (2014): 1-66.
10. Azizah , Gambaran pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di RSCM Jakarata; 2012 di akses dari : [http/ lib.ui.ac.id](http://lib.ui.ac.id). di akses tanggal 12 April 2017.
11. Setiadi. Konsep & Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan , jilid1. Yogyakarta: Graha ilmu; 2012.

12. Nursalam, M.Nur. Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam praktik keperawatan professional, edisi 3. Jakarta: Salemba Medika; 2011.
13. Diyanto, Yahyo. *Analisis Faktor–Faktor Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang*. Diss. program Pascasarjana Universitas Diponegoro, 2007.
14. Nursalam. Konsep dan Penerapan metodeologi penelitian ilmu keperawatan : pedoman skripsi, tesis, dan instrument penelitian keperawatan, edisi 2. Jakarta: Salemba Medika; 2008.
15. Arikunto, S. prosedur penelitian suatu pendekatan praktik, Rineka Cipta, Jakarta: Rineka Cipta; 2010.