

**EVALUASI STANDARISASI MUTU PENDOKUMENTASIAN ASUHAN  
KEPERAWATAN SETELAH MELALUI PROSES KREDENSIAL  
DI RUANG UTAMA RSUD Dr. TJITROWARDOJO PURWOREJO  
TAHUN 2017**

Turasno<sup>1</sup>, Anggi Napida Angraini<sup>2</sup>, Brune Indah Yulitasari<sup>3</sup>

**INTISARI**

**Latar Belakang** : Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan bukti dari pelaksanaan keperawatan yang menggunakan metode pendekatan proses keperawatan dan catatan tentang tanggapan atau respon pasien. Kredensial memberi keputusan dan menjamin apakah tenaga keperawatan yang bersangkutan kompeten dan layak diberi kewenangan klinis (*clinical privilege*) untuk melakukan asuhan keperawatan. Dokumentasi asuhan keperawatan yang bermutu merupakan standar asuhan keperawatan yang dapat dipertanggung jawabkan dan dapat melindungi keselamatan pasien. Untuk memenuhi kebutuhan tersebut diperlukan perawat yang kompeten dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan.

**Tujuan Penelitian** : Mengevaluasi Standarisasi Mutu Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Setelah Melalui Proses Kredensial di RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo. Mengetahui hambatan dan kendala perawat dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan.

**Metode Penelitian** : Penelitian ini merupakan penelitian *Mix Method* yaitu penelitian kuantitatif yang bersifat deskriptif dengan rancangan *cross sectional* . Jumlah sampel 80 rekam medis dan 3 perawat sebagai triangulasi sumber. Pengambilan sampel dengan triangulasi sumber menggunakan metode *analisis content*.

**Hasil** : Dari hasil observasi kelengkapan dan mutu pendokumentasian asuhan keperawatan hasilnya 72,7%, sehingga belum mencapai target yang diharapkan yaitu 100%. Hambatan dalam pendokumentasian banyak perawat yang bertugas ganda selain tugas utamanya sebagai perawat, tingkat kemampuan dan pengetahuan perawat belum sama.

**Kesimpulan** : Setelah melalui proses kredensial ada peningkatan mutu pendokumentasian asuhan keperawatan walaupun belum signifikan.

**Kata Kunci** : Kredensial, Mutu Dokumentasi Asuhan Keperawatan

---

<sup>1</sup> Mahasiswa Universitas Alma Ata Yogyakarta

<sup>2,3</sup> Dosen Universitas Alma Ata Yogyakarta

# EVALUATION OF QUALITY STANDARDIZATION OF NURSING CARE DOCUMENTATION AFTER GOING THROUGH CREDENTIAL PROCESS IN THE MAIN ROOM AT RSUD Dr. TJITROWARDOJO PURWOREJO IN 2017

Turasno<sup>1</sup>, Anggi Napida Angraini<sup>2</sup>, Brune Indah Yulitasari<sup>3</sup>

## ABSTRACT

**Background:** *Nursing care documentation is an evidence of nursing practice using nursing process approach and records on patient responses. Credential provides decisions and ensure whether the relevant nursing staff is competent and deserves to be granted a clinical privilege for nursing care. A quality nursing care documentation is a reliable standard of nursing care and can protect patient safety. To meet these needs, it requires competent nurses in documenting the nursing care.*

**Objective:** *The objective of this research were to evaluate quality standardization of nursing care documentation after going through credential process at RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo and to determine obstacles and constraints of nurses in documenting nursing care.*

**Method:** *This research was used Mix Method research, that was descriptive quantitative research with cross sectional design. Total sample was 80 medical records and 3 nurses as a triangulation source. Sampling was conducted by source triangulation using content analysis method.*

**Result:** *The result of this study was observation of completeness and quality of nursing care documentation showed 72.7%, so that it has not reached the expected target of 100%. The obstacles in documenting were that many nurses had double duties besides their primary duties as nurses, and the level of skill and knowledge of nurses has not been equal.*

**Conclusion:** *After going through credential process, there was improvement of quality of nursing care documentation although it was not significant.*

**Keywords:** *Credential, Quality of Nursing Care Documentation*

---

<sup>1</sup>Student of Alma Ata University, Yogyakarta

<sup>2,3</sup>Lecturer of Alma Ata University, Yogyakarta

## PENDAHULUAN

Semakin pesatnya perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi semakin mudah informasi dan pengetahuan didapat oleh masyarakat melalui berbagai media, sehingga kesadaran masyarakat akan pentingnya perawatan kesehatan meningkat dengan pesat. Maka tuntutan masyarakat terhadap pelayanan perawatan kesehatan yang berkualitas menjadi meningkat, oleh karena itu untuk mengimbangi perkembangan, tuntutan dan kebutuhan pelayanan yang diberikan kepada pasien juga harus diperhatikan(1). Upaya untuk memenuhi kebutuhan tersebut diperlukan pencatatan dan dokumentasi dalam pelayanan perawatan kesehatan menjadi sangat penting diperhatikan, karena mutu suatu pelayanan dapat dilihat dari catatan dan dokumentasi.

Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat humanistik, dan berdasarkan pada kebutuhan objektif pasien untuk mengatasi masalah yang dihadapi pasien. Salah satu bagian yang terpenting dari asuhan

keperawatan ialah dokumentasi. Dokumentasi merupakan tanggung jawab dan tugas perawat setelah melakukan intervensi keperawatan. Tetapi akhir-akhir ini tanggung jawab perawat terhadap dokumentasi sudah berubah. Oleh karena perubahan tersebut, maka perawat perlu menyusun suatu dokumentasi yang efisien dan lebih bermakna dalam pencatatannya dan penyimpanannya(2). Permasalahan yang muncul sekarang ini dalam pelaksanaan asuhan keperawatan adalah masih banyaknya perawat yang belum melakukan pelayanan keperawatan sesuai standard asuhan keperawatan dan tidak disertai dengan dokumentasi yang lengkap(3). Dokumentasi sangat penting karena pelayanan keperawatan yang diberikan pada pasien membutuhkan catatan pelaporan yang dapat dijadikan sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat dari berbagai kemungkinan permasalahan yang dihadapi pasien baik permasalahan kepuasan maupun ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diberikan. *Statistics from the Health Claim Arbitration Office* mengemukakan bahwa diperkirakan sebanyak 650 sampai 700 kasus malpraktik terjadi pada tahun 1997 dan 1998 dan di 50 negara, terjadi sekitar 32.500 kasus baru untuk setiap tahunnya(3). Diera masyarakat yang paham dan sadar

akan hukum maka diperlukan pendokumentasian asuhan keperawatan yang lengkap, bermutu dan dapat dipertanggung jawabkan secara moral dan hukum(3).

Standar akreditasi tahun 2012 sudah tidak menerapkan standar pada provider tetapi sudah beralih menjadi standar pelayanan yang berfokus pada pasien. Standar akreditasi Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) 2012 terbagi menjadi 4 kelompok, yaitu kelompok standard pelayanan yang berfokus pada pasien, kelompok standard pelayanan manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien, dan sasaran *Millennium Development Goals (MDG's)*. Pengkajian awal pasien adalah salah satu unsur yang harus terpenuhi dalam standard akreditasi KARS 2012 khususnya standard pelayanan yang berfokus pada pasien. Survei tersebut menjadi dasar KARS untuk memberikan rekomendasi bahwa semua pemberi pelayanan dan tenaga fungsional untuk dilakukan kredensial (4). Perawat merupakan salah satu tenaga fungsional yang memberikan asuhan kepada pasien dan harus dilakukan kredensial guna meningkatkan standard mutu asuhan keperawatan untuk melindungi keselamatan pasien dengan menjamin bahwa tenaga keperawatan yang memberikan asuhan keperawatan

berkompeten di RSUD Dr.Tjitrowardojo Purworejo

RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo merupakan salah satu rumah sakit milik pemerintah yang sudah terakreditasi paripurna tapi disisi lain hasil survei pendokumentasian keperawatan belum memperoleh hasil yang memuaskan. Perawat lebih banyak menghabiskan waktunya untuk melakukan tindakan pada pasien dan kurang memperhatikan aspek dokumentasi. Survei akreditasi Desember 2015, dalam telusur 5 rekam medik tertutup masih ada temuan oleh surveyor KARS bahwa 3 rekam medik pendokumentasiannya belum terisi lengkap. Berdasarkan hasil studi pendahuluan menunjukkan bahwa 10 rekam medis pasien masih terdapat 6 rekam medis yang belum terisi sesuai standard pendokumentasian yang ada, terutama pada lembar *Intervensi Keperawatan, Implementasi* dan *Evaluasi*

.KARS merekomendasikan untuk dilakukannya evaluasi terhadap mutu pendokumentasian asuhan keperawatan, hal ini bertujuan supaya mutu pendokumentasian tetap berkualitas. Berdasarkan pemaparan diatas peneliti tertarik untuk mengadakan penelitian Evaluasi standarisasi mutu pendokumentasian asuhan keperawatan setelah melalui

proses kredensial di ruang Utama RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo.

### METODE DAN BAHAN

Penelitian ini merupakan penelitian *Mix Method* yaitu penelitian kuantitatif yang bersifat deskriptif dengan rancangan *cross sectional survey* yang ditekankan pada mutu pendokumentasian asuhan keperawatan pada status rawat inap. dan di dukung dengan pendekatan kualitatif dengan *analisis content* untuk menjelaskan mutu pendokumentasian asuhan keperawatan serta kendala yang dihadapi dalam meningkatkan standarisasi mutu pendokumentasian melalui pendekatan sistem dan wawancara mendalam dengan menggunakan *triangulasi* sumber(19). Penelitian ini dilakukan di Ruang Utama dan Ruang Rekam Medik RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo pada bulan 18 Mei - 3 Juni 2017. Sampel yang digunakan daam penelitian ini 80 rekam medis rawat inap dan 3 responden dalam wawancara mendalam yaitu Kepala Ruang, Perawat Primer dengan pendidikan S1 dan Perawat Associate. Teknik pengumpulan data menggunakan ceklis observasi dan panduan wawancara terstruktur, data kemudian diolah dan dianalisis kuantitatif dengan distribusi frekuensi dan analisis konten untuk kuantitatif.

### HASIL DAN BAHASAN

Hasil penelitian disajikan dalam bentuk kuantitatif dan kualitatif yang disesuaikan dengan tujuan penelitan.

#### Observasi Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan (Kuantitatif)

Hasil penelitian yang dilakukan di Ruang Utama untuk hasil observasi kelengkapan dan mutu pendokumentasian ditampilkan dalam bentuk tabel 1

**Tabel 1 Distribusi dan Frekuensi Rekapitulasi Mutu Pendokumentasian**

Mutu Pendokumentasian Asuhan Keperawatan	Lengkap		Kurang Lengkap	
	f	%	f	%
Identitas dan Peanggung jawab Pasien	80	100	0	0
Pengkajian	64	80	16	20,0
Diagnosa	59	73,8	21	26,2
Perencanaan	78	97,5	2	2,5
Implementasi	34	42,5	46	57,5
Evaluasi	32	40,0	48	60,0

Berdasarkan tabel 1 Menunjukkan bahwa kelengkapan dan mutu pendokumentasian yang sesuai dengan variabel penelitian diketahui mutu pendokumentasian identitas dan penanggungjawab pasien 100% terisi lengkap dan baik, pengkajian mencapai 80% terisi lengkap dan baik , diagnosa mencapai 73,8% terisi lengkap dan baik, perencanaan mencapai 97,5% terisi lengkap dan baik, implementasi 42,5%

terisi lengkap dan baik, dan evaluasi 40% terisi lengkap dan baik . Dari hasil tersebut dapat disimpulkan bahwa mutu pendokumentasian asuhan keperawatan baru mencapai 72,7% sehingga belum sesuai standar kelengkapan dan mutu asuhan keperawatan RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo sebesar 100%.

### **Hasil Wawancara (Kualitatif)**

Evaluasi Standarisasi mutu pendokumentasian asuhan keperawatan dilakukan dengan dengan metode wawancara mendalam (*In depth Interview*) sebagai cara untuk memperoleh informasi dan sumber data pokok dalam penelitian. Peneliti melakukan wawancara dengan pedoman wawancara terstruktur yang sudah di susun untuk mencapai hasil sesuai dengan tujuan penelitian.

### **Hasil Wawancara Terhadap Pentingnya Proses Kredensial Untuk Meningkatkan Mutu Pendokumentasian Asuhan Keperawatan.**

Berdasarkan hasil wawancara dengan 3 responden di Ruang Utama terhadap pentingnya proses kredensial untuk meningkatkan mutu pendokumentasian asuhan keperawatan dapat diperoleh hasil sebagai berikut:

*“ Proses kredensial itu sangat penting karena untuk*

*meningkatkan kompetensi perawat serta meningkatkan jenjang karir perawa. eee kredensial itu juga sangat penting untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan karena disitu perawat dilakukan uji, eee atau assesment kompetensi mengenai asuhan keperawatan (Responden 1)*

Dalam proses kredensial perawat dievaluasi tingkat kompetensinya berdasarkan jenjang karir yang dimiliki, perawat dilakukan evaluasi apakah masih layak memberikan asuhan keperawatan sesuai kewenangan kliniknya. Perawat harus mampu melakukan assesment mandiri untuk mengukur kompetensinya dalam memberikan asuhan yang sesuai standar. Hal ini sesuai pendapat Responden 2 yang menyatakan bahwa:

*“ Iya betul, kredensial sangat penting sekali karena dengan kredensial itu kita akan mengetahui, heemm sejauh mana layanan asuhan keperawatan itu sudah diberikan sesuai standar yang sudah ada. Iyaa..dengan adanya proses kredensial itu kita akan bisa menilai apakah asuhan sudah dilakukan sesuai standar atau belum, dan dari proses kredensial itu sendiri bisa meningkatkan mutu layanan asuhan keperawatan,*

*karena di situ kaan diuji kompetensi dan lain sebagainya.”*

Pernyataan Responden 1 dan Responden 2 dapat diperkuat dengan pernyataan yang disampaikan oleh Responden 3 yang mengatakan bahwa proses kredensial itu penting untuk meningkatkan asuhan keperawatan yang lebih bermutu serta meningkatkan kompetensi perawat, sebagaimana diungkapkan dalam pernyataannya sebagai berikut:

*“Iya Penting, alasannya yaaa supaya asuhan keperawatan lebih eee, lebih bermutu yaaa...meningkatkan kompetensi dan setelah proses kredensial saya perhatikan mutu asuhan keperawatannya juga lebih baik dari sebelumnya.”*

Berdasarkan pernyataan yang disampaikan oleh Responden 1, Responden 2 dan Responden 3 dapat disimpulkan bahwa proses kredensial itu penting untuk meningkatkan kompetensi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan karena didalamnya terdapat uji kompetensi pendokumentasian asuhan keperawatan yang sesuai dengan standar asuhan keperawatan (SAK) yang diberlakukan di RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo. Proses kredensial sangat penting sekali untuk meningkatkan kompetensi asuhan keperawatan khususnya dalam

pendokumentasian sebagaimana diamanahkan oleh Peraturan Menteri Kesehatan No. 49 Tahun 2013 dan Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) versi 2012.

### **Hasil Wawancara Masalah dan Hambatan Yang Dialami Dalam Melakukan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Utama RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo**

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden terhadap masalah dan hambatan yang dialami dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang Utama RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo sebagai berikut :

#### **Manajemen**

Hambatan yang terkait dengan manajemen yang ditemukan dalam wawancara adalah sebagai berikut:

*“ Setiap perawat kan di doktrin sebagai perawat untuk pelayanan ke pasien tapi mereka-mereka yang mengikuti pokja-pokja akreditasi, tugas tambahan di IPCLN, mungkin untuk pembagian waktunya antara yang untuk pelayanan dan untuk tugas tambahan masih mengalami kendala (Responden 1)*

Pernyataan diatas diperkuat dengan pernyataan yang disampaikan oleh

responden 2 dengan kutipan wawancara sebagai berikut:

*“ Naa...iya waktu, beban kerja, kita banyak mengurus administrasi mas yang kadang-kadang menyita waktu kita, sehingga kadang-kadang untuk pengkajian ke pasien dan pendokumentasian ada kendala.*

Berdasarkan kutipan wawancara diatas dapat diperoleh bahwa hambatan ditemukan dalam pemaparan responden adalah masih banyak perawat yang mempunyai peran penting di ruangan seperti kepala ruang merangkap jabatan sebagai assesor kompetensi, perawat primer yang merangkap sebagai anggota Pokja Akreditasi serta jabatan *Infection Prevention and Control Link Nurse* (IPCLN ), dan perawat *assosiate* yang merangkap jabatan di pokja-pokja akreditasi sehingga perawat merasa beban kerja yang diterima terlalu banyak, perawat yang mendapat tugas tambahan sering meninggalkan pelayanan diruangan untuk menyelesaikan tugas tambahan di manajemen. Selain itu perawat juga terlalu banyak mngurusi tugas yang sifatnya administratif yang banyak menyita waktu layanan asuhan keperawatan.

Bedasarkan kutipan-kutipan diatas peneliti menilai perlu adanya evaluasi terkait dengan pembagian peran dan tugas yang sesuai dengan tupoksi,

kompetensi dan tanggung jawab masing-masing. Berdasarkan observasi peneliti terhadap pembagian tugas diruangan terkesan bahwa pemberian tugas-tugas tambahan hanya berfokus pada perawat-perawat tertentu saja, sehingga terkesan sistem pembagian tugas perawat belum sesuai harapan perawat ruang utama. Selain itu pengawasan dan evaluasi dokumentasi harus dilakukan secara berkala oleh bagian keperawatan dan komite keperawatan berupa audit mutu pendokumentasian asuhan keperawatan.

### **Sarana Dokumentasi**

Berdasarkan hasil wawancara terhadap permasalahan sarana dokumentasi diperoleh data sebagai berikut:

*“ Iya mas itu perlu melengkapi lembar-lembar dokumentasi yang kita perlukan karena ada beberapa askep yang sering muncul tapi sampai sekarang ini belum dimasukkan di NCP yang sudah disepakati, banyak masalah askep yang mestinya bisa kita masukkan tapi nyatanya tidak ada di NCP yang kita buat, sehingga kadang-kadang diagnosa yang harusnya bisa ditegakkan tidak ada di askep.*

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan terkait dengan masalah dan hambatan mengenai sarana pendokumentasian, dapat diperoleh data bahwa belum lengkapnya lembar-lembar dokumentasi yang diperlukan untuk dokumentasi khususnya lembar dokumentasi *Nursing Care Planning* (NCP), masih banyak NCP yang belum tersedia berdasarkan kelompok masalah yang muncul setelah melalui analisa masalah pasien. Masih ada format-format pendokumentasian yang kurang sesuai dengan keluhan dan hasil pengkajian serta masih ada format yang diulang-ulang dalam pengisian dokumentasiannya. Format pengkajian maternitas dan kebidanan terlalu banyak sehingga banyak waktu yang digunakan untuk pendokumentasian sehingga pendokumentasian medikal bedah kurang optimal.

### **Sumber Daya Manusia**

Berdasarkan hasil wawancara terkait sumber daya manusia (SDM) dengan masalah dan hambatan dalam pendokumentasian antara lain :

*“Gini mas SDM yang ada berbeda-beda tingkat kemampuannya dalam menganalisa, kemampuan untuk mengambil keputusan dalam menegakkan masalah asuhan keperawatan, kalau jumlah perawat di ruang utaman siii*

*sudah seimbang menurut rumus gillies, sudah cukup 1 shift 5 orang (Responden 1)”*

Hal tersebut sesuai dengan pernyataan yang disampaikan oleh Responden 2 dan Responden 3 sebagai berikut :

*“SDM yang ada kadang-kadang , ehem..disamping itu SDMnya tidak mempunyai kemampuan yang sama dalam mendokumentasikan askep, jadi ada yang mungkin pasif ada yang aktif ada yang Cuma ngisi rutinitas itu-ituu saja. kira-kira itu mas.” (Responden 2)*

*“ Terkadang kita satu shift itu kan tidak mesti sama kemampuannya, kadang ada pasien yang jelak, yaitu waktunya kurang kalau dokumentasi.”(Responden 3)*

Berdasarkan pernyataan Responden 1 dan Responden 2 bahwa tingkat kemampuan SDM dalam menganalisa masalah, serta mengambil keputusan dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan tidak sama. Untuk kebutuhan tenaga perawat di Ruang Utama sudah sesuai dengan kebutuhan pasien. Hal tersebut sudah disesuaikan dengan rumus Gillies yang sebagai acuan dalam pemenuhan kebutuhan tenaga perawat di RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo. Berdasarkan observasi peneliti dari hasil pendokumentasian asuhan keperawatan

sudah sesuai dengan pernyataan Responden bahwa masing-masing perawat mempunyai kemampuan yang berbeda dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan, hal tersebut dapat diperkuat dengan hasil analisis deskripsi frekuensi yang sudah dipaparkan peneliti sebelumnya. Dari hambatan dan permasalahan yang dialami, peneliti menilai perlu adanya peningkatan kompetensi dan kemampuan dalam pendokumentasian baik melalui pelatihan, workshop, dan seminar-seminar tentang pendokumentasian asuhan keperawatan. Terkait dengan masih adanya perawat yang pasif perlu adanya stimulus yang memangun serta bimbingan dari manajemen khususnya kepala ruang terkait. Dalam pembagian waktu satu shift perlu dimanajemen pembagian tugas dan perannya sesuai dengan kewenangan yang dimiliki.

Berdasarkan hasil wawancara dapat diambil kesimpulan bahwa hambatan dan permasalahan yang dialami dalam pendokumentasian asuhan keperawatan adalah permasalahan manajemen, sarana dokumentasi dan kemampuan sumber daya manusia (SDM) yang tidak merata. Hal tersebut sesuai dengan kesimpulan hasil wawancara bahwa banyak perawat yang mempunyai fungsi ganda, selain sebagai pejabat fungsional dan perawat fungsional diruangan masih mempunyai

tugas dan tanggung jawab diluar tugas pokoknya sebagai seorang perawat, sehingga layanan asuhan keperawatan di ruangan kurang maksimal disaat ada tambahan tugas lain yang harus dikerjakan saat itu. Dari sarana dokumentasi perawat mengeluhkan banyaknya formulir yang harus di isi sedangkan kebutuhan pasien juga sangat banyak yang harus dikerjakan saat itu juga. Masih banyak *Nursing Care Planning* (NCP) yang belum lengkap sesuai kelompok penyakit dan masalah keperawatan sehingga perawat mengalami kesulitan dalam menentukan rencana keperawatan yang sesuai dengan masalah pasien.

### **Hasil Wawancara Terkait Saran dan Harapan Untuk Meningkatkan Standarisasi Mutu Pendokumentasian Asuhan Keperawatan. Manajemen**

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden terkait saran dan harapan untuk meningkatkan standarisasi mutu pendokumentasian asuhan keperawatan adalah sebagai berikut :

*“Saran saya sebagai kepala ruang kita perawat yaa harus meningkatkan mutu asuhan keperawatan, dan sering dilakukan*

*ini mas, eee..refres-refres ilmu-ilmu terbaru untuk perawat biar lebih update, serta bisa dengan meningkatkan dengan pada kuliah S1.”(Responden 1).*

*Hal senada di ungkapkan oleh Responden 3 yaitu : “Perlu ada refres mungkin nggih.”*

Pernyataan tersebut diperkuat dengan pernyataan yang disampaikan oleh responden 3 sebagai berikut :

*pelatihan dan seminar-seminar pendokumentasian itu perlu juga.”*

Berdasarkan pernyataan diatas perlu disampaikan kepada manajemen khususnya bidang Diklat untuk menyelenggarakan kegiatan baik berupa pelatihan, workshp dan seminar pendokumentasian asuhan keperawatan. Menurut peneliti selain itu pihak manajemen juga perlu memperhatikan kesejahteraan perawat baik melalui sistem remunerasi maupun pembagian jasa pelayanan yang sesuai dengan tugas dan perannya guna meningkatkan motivasi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan. Tim sub mutu komite keperawatan perlu mengadakan audit secara berkala dan mengevaluasi formulir asuhan keperawatan.

### **Sarana Pendokumentasian**

Dari hasil wawancara dengan Responden/informan menunjukkan bahwa sarana pendokumentasian perlu

dilengkapi sesuai standard yang sudah diberlakukan dan formulir yang tidak sesuai dan berulang-ulang perlu direvisi. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan Responden 3 sebagai berikut :

*“ Mungkin format-format dokumentasi perlu direvisi lagi lebih ringkas sesuai dengan kebutuhan pasien.”*

### **Sumber Daya Manusia**

Dari hasil wawancara dengan responden bahwa Sumber Daya Manusianya perlu ditingkatkan pengetahuannya. Menurut peneliti motivasi juga perlu ditingkatkan sehingga tidak ada perawat yang pasif dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan, pada prinsipnya “ Apa yang kita kerjakan kita tulis dan apa yang kita tulis kita kerjakan”. Pernyataan tersebut sesuai dengan kutipan wawancara sebagai berikut

*“ SDM sendiri perlu di apa yaa..perlu ditingkatkan istilahnya laa mas..bagaimana menentukan aspek dari proses pengkajian, menganalisa, menentukan diagnosa keperawatan yang akan kita munculkan perlu ditingkatkan sehingga dalam menganalisa dan mendiagnosa keperawatan kita bisa lebih baik.”*

Dari hasil uraian saran serta harapan diatas dapat disimpulkan bahwa perawat harus ditingkatkan ilmu pengetahuannya mengenai asuhan keperawatan terutama pengetahuan pendokumentasian, karena pendokumentasian merupakan aspek legal formal secara hukum dalam memberikan asuhan keperawatan.

Berdasarkan hasil wawancara mengenai saran dan harapan untuk meningkatkan standarisasi mutu pendokumentasian asuhan keperawatan dapat diambil kesimpulan bahwa perawat perlu meningkatkan kemampuan dan kompetensinya dalam pendokumentasian asuhan keperawatan baik dengan mengikuti seminar, workshop dan pelatihan. Kerana dokumentasi keperawatan hal yang sangat penting dan mendasar dalam proses asuhan keperawatan. Hal tersebut sesuai dengan teori bahwa pendokumentasian memberikan peran penting karena dokumentasi merupakan satu-satunya sumber tertulis yang menjelaskan rangkaian perawatan pasien, sumber utama untuk referensi dan komunikasi antar perawat dan tenaga kesehatan lain, sebagai bukti dan landasan dasar untuk membuat keputusan perawatan pasien dan sebagai satu-satunya catatan legal formal bagi perawat(4).

## **SIMPULAN DAN SARAN**

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan di Ruang Utama RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo dapat disimpulkan bahwa:

Kelengkapan dan mutu dokumentasi sudah lebih baik setelah prose kredensial walaupun peningkatannya belum signifikan. Proses kredensial sangat penting untuk meningkatkan kompetensi perawat serta meningkatkan mutu layanan asuhan keperawatan. Permasalahan yang dialami dalam layanan serta pendokumentasian asuhan keperawatan yaitu banyaknya perawat yang mempunyai peran dan tugas tambahan selain tugas pokok sebagai perawat, sehingga kurang fokus dalam memberikan layanan keperawatan disaat harus mengerjakan tugas tambahan diluar pekerjaannya sebagai perawat.

Tingkat pengetahuan perawat dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan belum merata sehingga masih ada beberapa perawat yang pasif dalam melakukan dokumentasi asuhan keperawatan. Sarana dokumentasi sudah tersedia yang berupa formulir asuhan keperawatan, akan tetapi perawat merasa masih terlalu banyak formulir asuhan keperawatan yang harus di isikan, masih ada formulir yang pengisiannya sering diulang-ulang

sehingga memerlukan banyak waktu untuk pendokumentasian. Masih adanya formulir NCP yang belum tersedia sesuai kelompok penyakit dan masalah keperawatannya. Sumber daya manusia khususnya perawat perlu meningkatkan pengetahuan dan kompetensinya dalam melakukan asuhan keperawatan sehingga dapat mandiri dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya proses dokumentasi sehingga proses pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan belum semuanya sesuai dengan standar asuhan keperawatan (SAK) yang berlaku di RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo.

Saran dan harapan untuk meningkatkan mutu pendokumentasian dan menyelesaikan hambatan serta permasalahan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di RSUD Dr. Tjitrowardojo Purworejo khususnya di Ruang Utama yaitu Melakukan re-kredensial bagi perawat yang ingin mengajukan kenaikan jenjang karir dan meningkatkan kompetensinya. Perlu diadakan seminar, workshop dan pelatihan pendokumentasian asuhan keperawatan secara kontinue dan berkelanjutan untuk meningkatkan pengetahuan, kemampuan serta mampu meningkatkan kesadaran perawat untuk meningkatkan kelengkapan dan mutu

pendokumentasian asuhan keperawatan.

Melakukan evaluasi, audit, dan pengawasan terhadap kelengkapan dan mutu pendokumentasian asuhan keperawatan secara rutin dan berkesinambungan. *Reward* dan *punishment* kepada perawat fungsional atau tim yang paling disiplin dan melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan paling lengkap dan baik. *Reward* tersebut bisa berupa bingkisan, piala atau piagam yang dapat dipasang diruang perawatan. Sedangkan *punishment* misalnya dengan memanggil perawat/ ketua tim yang sering melakukan ketidaksesuaian hasil pekerjaan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan untuk diadakan konseling mengenai permasalahan yang dialami dalam pendokumentasian asuhan keperawatan serta Mengevaluasi dan meninjau kembali formulir yang ganda dalam pendokumentasian asuhan keperawatan

## RUJUKAN

1. Ina Yuniati. *Catatan dan Dokumentasi Pelayanan Kebidanan*. Jakarta : CV Sugeng Seto; 2010.
2. Nursalam. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep Dan Praktik*. Jakarta: Salemba Medika ; 2008.

3. Marrelli. T.M. *Buku Saku Dokumentasi Keperawatan Edisi 3*. Jakarta : EGC ; 2008
4. Komisi Akreditasi Rumah Sakit . *Standar Akreditasi Rumah Sakit* . Jakarta. KARS ; 2012
5. Peraturan Menteri Kesehatan RI. Nomor :775/MENKES/PER/IV/2011. *Tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit*. Jakarta. Kementrian Kesehatan R.I : 2011.
6. Komite Keperawatan. *Laporan Pelaksanaan Survei Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan*, Purworejo: RSUD Dr. Tjitrowradojo; 2015..
7. Suarli & Bahtiar. *Manajemen Keperawatan Dengan Pendekatan Praktis*. Jakarta. Erlangga; 2009.
8. Handayaningsih. *Dokumentasi Keperawatan "DAR" Panduan, Konsep, dan Aplikasi*. Jogjakarta : Mitra Cendikia Pres ; 2007.
9. *Tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit*. Jakarta. Kementrian Kesehatan R.I : 2011.
10. Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) RI. Nomor 49. *Tentang Komite Keperawatan Rumah Sakit*. Jakarta. Kementrian Kesehatan R.I : 2013..
11. Sugiyono. *Metode Penelitian Kuantitatif Kualitatif dan R&D*. Bandung: CV. Alvabeta; 2011.
12. Machfoedz, I. *Metode Penelitian Kuantitatif dan kualitatif Bidang Kesehatan, Keperawatan, Kebidanan, Kedokteran*. Yogyakarta : Fitramaya ; 2016.
13. Sugiyono. *Motode penelitian pendidikan*. Bandung: CV. Alfabeta; 2012.
14. Saryono & Anggraeni. (2013). *Metodologi Penelitian Kulitatif dan Kuantitatif*. Yogyakarta: Nuha