

Gambaran Kualitas Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Dr.Slamet Garut

¹Risma Juniarti, ²Irman Somantri, ³Furkon Nurhakim
¹Universitas Padjadjaran, risma15008@mail.unpad.ac.id
²Universitas Padjadjaran, irman.somantri@unpad.ac.id
³Universitas Padjadjaran, n_hakim019@yahoo.co.id

ABSTRAK

Dokumentasi asuhan keperawatan adalah suatu dokumen yang berisi tentang keadaan pasien mulai dari bio-psiko-sosial-spiritual dan seluruh kegiatan atau tindakan yang dilakukan oleh perawat terhadap pasien dari pasien datang di rumah sakit sampai pasien pulang. Dokumentasi asuhan keperawatan ini menjadi salah satu faktor yang sangat berpengaruh terhadap suatu pelayanan kesehatan khususnya di rumah sakit, karena apapun yang dilakukan ketika pasien di rawat sampai pasien pulang dapat dilihat dari kualitas dari dokumentasi asuhan keperawatan itu sendiri. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui kualitas dari dokumentasi asuhan keperawatan di RSUD dr.Slamet Garut. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan teknik pengambilan sampel *accidental sampling*. Sebanyak 100 dokumen dijadikan sample dan instrumen studi dokumentasi penerapan standar asuhan keperawatan di rumah sakit menurut Depkes, 1995 digunakan untuk mengukur kualitas dokumentasi. Analisa data yang digunakan yaitu analisa univariat untuk mengetahui distribusi frekuensi. Penelitian ini dilakukan pada bulan april-mei 2019. Hasil dari penelitian gambaran kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD dr.Slamet Garut yaitu 77,24% dokumentasi terisi lengkap lengkap. Dengan masing-masing aspek pengkajian 81,61%, diagnosa 82,17 %, perencanaan 61,96%, tindakan 64,80%, dan evaluasi 95,65%. Kesimpulan dari penelitian ini menunjukkan bahwa pada tahap evaluasi memiliki hasil yang tinggi dan untuk tahap perencanaan terkecil di banding dengan tahap yang lainnya yaitu pengkajian, diagnosa, dan tindakan. Diperlukan motivasi yang tinggi untuk perawat dalam mengisi dokumentasi asuhan keperawatan semaksimal mungkin berdasarkan standar asuhan keperawatan yang berlaku.

Kata kunci : Dokumentasi, Asuhan keperawatan, Rumah Sakit.

ABSTRACT

Documentation of nursing care is a document that contains the patient's condition starting from bio-psycho-social-spiritual and all activities or actions taken by nurses about patients from patients come to the hospital until the patient go back home. Documentation of nursing care is one of the factors that is very influential on a health service, especially in hospitals, because all the records when the patient is treated until the patient returns can be seen from the quality of documentation of nursing care itself. The purpose of this study was to determine the quality of nursing care documentation at RSUD Dr.Slamet Garut. This research was a descriptive study with accidental sampling technique. A total of 100 documents were used as samples and documentation for the study of the application of nursing care standards in hospitals according to the Ministry of Health, 1995 was used to measure the quality of documentation. Analysis of the data used was univariate analysis to determine the frequency distribution. This research was conducted in April-May 2019. The result of this research is the description of the quality of documentation of nursing care at inpatient room of Dr. Slamet Garut shows that as many as 77.24% document completed. With each aspect of assessment as many as 81.61%, diagnosis 82.17%, planning 61.96%, action 64.80%, and evaluation 95.65%. The conclusion of this study shows that the evaluation stage has high results and for the smallest result was planning stage compared

to the other stages which are assessment, diagnosis, and action. High motivation is needed for nurses in filling out the documentation of nursing care as much as possible based on applicable nursing care standards.

Keywords : Documentation, Nursing Care, Hospital.

Naskah diterima: 30 Juli 2020, direvisi: 20 Agustus 2020, diterbitkan: 30 September 2020

PENDAHULUAN

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (Menkes, 2010). Dengan meningkatnya kesadaran masyarakat akan mutu pelayanan kesehatan, rumah sakit harus bekerja ekstra dalam memberikan pelayanan yang baik untuk menghasilkan kepuasan bagi masyarakat itu sendiri.

RSUD dr Slamet Garut merupakan salah satu rumah sakit rujukan, serta dimiliki oleh daerah kabupaten Garut. Dengan meningkatnya intensitas kunjungan rawat inap rumah sakit, maka kualitas pelayanan rumah sakit pun perlu ditingkatkan salah satunya dengan peran perawat sebagai pemberi pelayanan.

Perawat merupakan sebagian besar dari pemberi pelayanan kesehatan berupa layanan keperawatan di rumah sakit. Tujuan utama dari keperawatan adalah memberikan kebutuhan dasar pasien mulai sejak pasien datang sampai pulang. Perawat pun dituntut untuk berfikir cerdas, kritis serta memiliki kemampuan yang baik dalam memberikan asuhan diproses keperawatan. Oleh sebab itu perawat memegang peran penting dalam menentukan baik buruknya kualitas dari pelayanan kesehatan tersebut. Salah satunya dari pencatatan dokumentasi asuhan keperawatan. Peran perawat dalam hal ini adalah tidak hanya memberikan asuhan keperawatan berupa tindakan saja, akan tetapi perawat wajib mengisi dokumentasi asuhan keperawatan secara lengkap.

Dokumentasi asuhan keperawatan adalah suatu dokumen atau catatan yang berisi data tentang keadaan pasien yang dilihat tidak saja dari tingkat kesakitan akan tetapi dilihat dari jenis, kualitas dan kuantitas dari layanan yang telah diberikan

perawat dalam pemenuhan kebutuhan pasien (Ali, 2010). Dalam suatu hasil penelitian yang terkait dengan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan (Wulandari, 2016) menemukan bahwa kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan 64,29 %. Dari hasil tersebut masih dibawah standar ketetapan yang diatur oleh kemenkes di bawah 85, maka pendokumentasian asuhan keperawatan tersebut tidak lengkap. Begitupun penelitian yang dilakukan oleh (Hartati, 2010) dengan judul “Kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta”. Penelitian ini menggunakan metode penelitian deskriptif non eksperimental. Dengan instrumen penilaian evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan di Rumah Sakit Depkes RI, 2005. Dengan jumlah sample 297 dokumen. Dengan hasil kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap mempunyai kualitas sedang/cukup yaitu 63,85% , hasil pengkajian dengan kualitas cukup yaitu 55,81%, dan diagnosa keperawatan mempunyai kualitas cukup yaitu 53,65%.

Penelitian yang dilakukan mengenai dokumentasi asuhan keperawatan di RSUD Pandan Arang Boyolali (Nurjanah, Sudaryanto, Zulaicha, & Kp, 2013) menyimpulkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan dalam aspek pengkajian dihasilkan 63,2%, diagnosa 63,9%, perencanaan 70,2%, implementasi 66,1%, evaluasi 82,6%, catatan asuhan keperawatan 72,4%. Serta secara umum pendokumentasian asuhan keperawatan yang dilakukan dinyatakan tidak lengkap dengan nilai 69,0%.

Berdasarkan hasil study pendahuluan pada tanggal 26 Desember 2018 dengan cara wawancara kepala ruangan di beberapa ruang rawat inap RSUD dr. Slamet Garut , perawat melakukan pengkajian dan pendiagnosaan keperawatan pada saat pasien yang baru

datang dari poli maupun IGD (Instalasi Gawat Darurat) yaitu mengkaji *asesment* awal saja, untuk *assesment* tersebut dikerjakan sebagian besar oleh perawat yang berdinis pagi. Sedangkan dokumentasi asuhan keperawatan yang diisi oleh semua perawat yang berdinis pagi, siang, maupun malam. Diserahkan pada rekam medis pada saat pasien pulang dan dokumen harus dalam keadaan lengkap terlebih dahulu. Dokumentasi asuhan keperawatan dikatakan sudah lengkap apabila pemeriksaan awal perawat sudah lengkap, mengacu pada catatan perkembangan pasien terintegrasi rawat inap, adanya tanda tangan ahli rawat atau kepala ruangan, dan dalam segi administrasi *general consen*. Serta perawat pun tidak diberikan sosialisasi tentang tata cara pengisian dokumentasi asuhan keperawatan yang baik dan benar melainkan hanya ada diprogram kerja yang diberikan pada tiap kepala ruangan saja.

Tidak hanya wawancara saja, peneliti melakukan observasi sendiri tentang bagaimana isi dari dokumentasi asuhan keperawatan pasien dengan lama rawat minimal tiga hari dan pada pasien yang akan pulang banyak pengkajian perawat yang tidak diisi karena perawat tidak hanya mengisi dokumentasi asuhan keperawatan saja akan tetapi mengisi juga catatan profesi lain seperti farmasi dan ahli gizi, contoh dokumentasi asuhan keperawatan yang tidak diisi diantaranya pada riwayat penyakit sekarang yaitu lama keluhan, sifat keluhan, pengkajian pemeriksaan status nutrisi, data psikososial, data ekonomi, data spiritual, kebutuhan belajar / edukasi, dari 5 dokumentasi asuhan keperawatan pada catatan perkembangan pasien terintegrasi rawat inap perawat tidak mencantumkan waktu pada saat pendokumentasian serta dalam penulisan bahasa diagnosa belum ada keseragaman antara perawat yang dinas pagi, siang dan malam.

Dengan data yang ditemukan tentang dokumentasi asuhan keperawatan tersebut, penulis tertarik untuk mengetahui bagaimana kualitas dokumentasi keperawatan di RSUD dr.Slamet. Untuk

mengetahui bagai mana perawat mengisi dokumentasi dalam satu ruangan.

KAJIAN LITERATUR

Penelitian yang dilakukan mengenai dokumentasi asuhan keperawatan di RSUD Pandan Arang Boyolali Nurjanah et al (2013) menyimpulkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan dalam aspek pengkajian dihasilkan 63,2%, diagnosa 63,9%, perencanaan 70,2%, implementasi 66,1%, evaluasi 82,6%, catatan asuhan keperawatan 72,4%. Serta secara umum pendokumentasian asuhan keperawatan yang dilakukan dinyatakan tidak lengkap dengan nilai 69,0%.

Penelitian yang dilakukan oleh Yanti & Warsito (2013) menyebutkan bahwa kualitas dokumentasi asuhan keperawatan, pada pengkajian menunjukkan bahwa sebagian besar responden mengisi data sesuai pedoman (71,7%), dikelompokan (bio-psiko-sosial-spiritual) dalam format yang berlaku (54%), dan masalah tidak dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan keadaan normal (79,2%). Dalam diagnosa tidak dilakukannya perumusan keperawatan aktual/potensial (51,0%). Pada tahap perencanaan tidak disusun menurut urutan prioritas (95,3%), tahap implementasi perawat mengobservasi respons pasien (58,5%), revisi tindakan tidak berdasarkan hasil evaluasi (56,6%). Dan yang terakhir pada tahap evaluasi tidak mengacu pada tujuan (70,8%) dan hasil evaluasi tidak dicatat (51,9%).

Penelitian yang dilakukan oleh Kusnadi (2017) menyatakan bahwa asuhan keperawatan pada aspek pengkajian di temukan hasil tidak lengkap (10,90%), lengkap (89,10%), dalam aspek diagnosa hasil tidak lengkap (21,73%), lengkap (78,27%), dalam aspek perencanaan hasil tidak lengkap (21,35%), lengkap (78,65%), dalam aspek tindakan hasil tidak lengkap (2,62%), lengkap (97,38%), dalam aspek evaluasi hasil tidak lengkap (8,07%), lengkap (91,93%).

Penelitian yang dilakukan oleh Prakosa (2016) menyatakan bahwa rekapitulasi observasi keakuratan dokumentasi keperawatan yang dilakukan

oleh 14 perawat yaitu sebanyak 3 (21,4%) dan cukup akurat 11 (78%), perawat dengan beban kerja tinggi melakukan dokumentasi keperawatan cukup lengkap sebanyak 1 (7,15%), perawat dengan beban kerja rendah mengisi dengan lengkap sebanyak 1 (7,15%), dan sebanyak 12 (92,85%) mengisi dengan cukup lengkap.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini yaitu penelitian deskriptif, dengan variabel dalam penelitian ini yaitu variabel tunggu yaitu dokumentasi asuhan keperawatan dan terdapat beberapa sub variabel yaitu, pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi asuhan keperawatan. Populasi dalam penelitian ini adalah semua perawat ruang rawat inap di RSUD dr.Slamet Garut yang terdiri dari 24 ruang rawat inap untuk teknik pengambilan

sampel yaitu menggunakan teknik *accidental sampling*

Dalam pengumpulan data peneliti mengumpulkan data dengan menggunakan lembar observasi intrumen dan jenis data yang digunakan yaitu data sekunder yaitu pada lebar observasi dokumentasi asuhan keperawatan. Intrumen yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan instrumen studi dokumentasi penerapan standar asuhan keperawatan di rumah sakit dari depkes (1995, dalam Nursalam, 2013). Untuk uji validitas intrumen ini peneliti melakukan uji konten yang dilakukan kepada pakar yaitu kepada dosen keperawatan dasar dan manajemen keperawatan di Universitas Padjadjaran serta untuk melakukan uji reliabilitas yaitu setelah peneliti memahami cara pengisian intrumen yang akan di pakai setelah dilakukan uji konten.

PEMBAHASAN

Tabel 1.

Distribusi Frekuensi Gambaran Umum Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD dr. Slamet Garut

No	Asepek yang dinilai	%
1	Pengkajian	81,61%
2	Diagnosa	82,17%
3	Perencanaan	61,96%
4	Tindakan	64,80%
5	Evaluasi	95,65%
	Hasil	77,24%

Berdasarkan tabel 1. dapat terlihat dengan jelas dokumentasi asuhan keperawatan di RSUD dr.Slamet Garut pada aspek evaluasi mencapai nilai persentasi tertinggi yaitu 95,65%, dan pada aspek perencanaan menjadikannya terendah yaitu 61,96%.

Dokumentasi Asuhan keperawatan adalah suatu dokumen atau catatan yang berisi data tentang keadaan pasien yang dilihat tidak saja dari tingkat kesakitan akan tetapi dilihat dari jenis pemenuhan kebutuhan pasien (Ali, 2010) . Hal ini tidak terlepas dari peran perawat sebagai pemberi layanan asuhan keperawatan yang mendominasi di rumah sakit tak hanya itu perawat harus bisa berfikir cerdas dan kritis dalam pemberian asuhan keperawatan dan

pendokumentasian asuhan keperawatan karena memegang peran penting dalam menentukan baik buruknya kualitas pelayanan kesehatan. Dalam hal ini rumah sakit sebagai instansi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (Menkes, 2010) harus memperhatikan juga tentang dokumentasi pasien terutama dalam asuhan keperawatan.

Pada penelitian ini, berdasarkan tabel 1 diketahui bahwa hasil penelitian gambaran kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD dr.Slamet Garut menunjukkan bahwa dari aspek evaluasi (95,65%) mendapat hasil

tertinggi sedangkan pada aspek perencanaan (61,96%) terendah dibandingkan aspek yang lainnya, sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Kusnadi, 2017) bahwa aspek evaluasi mencapai nilai tertinggi yaitu 91,93%. Hal ini menunjukkan bahwa dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD dr. Slamet masih belum mencapai 100%, berdasarkan tujuan dari dokumentasi asuhan keperawatan menurut (Nursalam,2008) menyediakan bukti kualitas asuhan keperawatan, bukti legal dokumentasi sebagai pertanggung jawaban kepada klien, informasi terhadap perlindungan individu, bukti aplikasi standar praktek keperawatan, komunikasi

konsep resiko asuhan keperawatan, suatu data untuk keuangan sesuai, dan perencanaan pelayanan kesehatan dimasa yang akan datang.

Efek belum tercapainya standar asuhan keperawatan, bisa menjadikan kualitas asuhan keperawatan kurang baik, kurangnya pertanggung jawaban kepada klien, tidak adanya informasi terhadap perlindungan individu, tidak adanya bukti praktek keperawatan, dan komunikasi konsep resiko asuhan keperawatan menjadi kurang, dari segi keuangan tidak akan menjadi sesuai, dan kurangnya perencanaan pelayanan kesehatan keperawatan dimasa yang akan datang.

Tabel 2.

Distribusi Frekuensi Gambaran Kelengkapan Pengkajian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD dr. Slamet Garut

No	Aspek yang Dinilai	Data yang terisi (%)
1	Mencatat data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengujian.	85 %
2	Data dikelompokan (bio-psiko-sosial-spiritual).	65 %
3	Data dikaji sejak pasien masuk sampai pulang.	92 %
4	Masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan.	82 %

Berdasarkan tabel 2 dapat dilihat dari 100 dokumentasi asuhan keperawatan yang telah diberserasi pada bagian pengkajian didapatkan hasil tertinggi di aspek data dikaji sejak pasien masuk sampai pulang dengan data yang diisi sebanyak 92 dokumentasi (92%), sedangkan hasil terendah pada aspek data dikelompokan (bio-psiko-sosial-spiritual) dengan data yang diisi 65 berkas (65%).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan dari tabel 2 di dapatkan nilai tertinggi pada aspek data dikaji sejak pasien masuk pulang yaitu 92% dan terendah pada aspek data di kelompokan (bio-psiko-sosial-spiritual) yaitu 65%. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Yanti dan Warsito,2013) yang menyatakan bahwa data di kelompokan (bio-psiko-sosial-spiritual) di hasilkan hanya 54% hasil ini adalah hasil terkecil dalam aspek pengkajian yang dilakukannya.

Pengkajian ini merupakan langkah awal dari proses keperawatan, dimana dari data pengkajian ini perawat bisa mengetahui masalah dan dapat merencanakan tindakan yang akan dilakukan pada pasien yang akan diberikan asuhan keperawatan. menurut Nursalam (2013), tujuan dari pengkajian ini salahsatunya untuk mengidentifikasi respon dan kebutuhan pasien dan memberikan dasar guna penulisan rencana asuhan yang efektif.

Hasil penelitian yang dilakukan melihat dari aspek yang lebih rendah dari aspek yang lainnya pada domain pengkajian, perawat jarang mengisi aspek bio-psiko-sosial-spiritual padahal dalam format sudah ada di kelompokan. Apabila hal ini terjadi secara terus menerus akan mengakibatkan pemberian asuhan keperawatan tidak akan menyeluruh dan efektif diberikan pada pasien. Dari hasil penelitian didapatkan dari tiap aspek belum mencapai persentase 100% itu diartikan

dalam pengkajian masih ada aspek yang tidak terisi diantaranya mencatat data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian, bila aspek ini tidak terisi maka pengkajian tersebut tidak dapat mengidentifikasi respon dan kebutuhan pasien yang unik terhadap masalah-masalah yang akan ditegakan untuk dijadikan diagnosa dan akan berpengaruh terhadap perencanaan, tindakan, dan sampai evaluasi (Nursalam,2013).

Selanjutnya aspek data di kelompokan (bio-psiko-sos-spiritual) ini paling rendah didomain pengkajian, peneliti menemukan format ada dikelompokan tetapi tidak dichecklist dengan hasil 35% ini berakibat tidak teridentifikasinya karakteristik respon dan kondisi kesehatan pada pasien (Nursalam, 2013) serta dapat dipermasalahkan juga dalam segi pertanggungjawaban dari perawat, dikawatirkan adanya ketidak benaran dalam pengisian yang akan mengakibatkan salah dalam diagnosa, perencanaan, tindakan dan sampai evaluasi.

Aspek data dikaji sejak klien masuk sampai pulang, peneliti menemukan dengan hasil yang telah disebutkan bahwa sekitar 18% aspek ini tidak diisi, artinya masih ada perawat yang selama hari rawat ada satu hari tanpa data ini mengakibatkan akan adanya tidak tercukupinya sumber data guna memberikan implementasi sesuai kebutuhan klien (Nursalam 2013). Kemudian yang terakhir aspek masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan antar status kesehatan dengan norma dan fungsi kehidupan, peneliti menemukan tidak ada daftar masalah dan masalah tidak sesuai dengan data. Ini sangat jelas menunjukkan bahwa apabila aspek ini tidak terisi mengakibatkan kurangnya garis dasar informasi yang ada untuk bertindak sebagai poin referensi (Nursalam, 2013).

Menurut observasi yang saya lakukan ketika meneliti, format pengkajian untuk keperawatan di tempatkan pada akhir halaman atau ada juga di tengah halaman, ini memungkinkan perawat bisa saja lupa mengisi dengan lengkap bagian dari pengkajian ini.

Tabel 3.
Distribusi Frekuensi Gambaran Kelengkapan Diagnosa Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD dr. Slamet Garut

No	Aspek yang Dinilai	Data yang terisi(%)
1	Diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang telah di rumuskan	82 %
2	Diagnosa keperawatan mencerminkan PE/PES	82 %
3	Merumuskan diagnosa keperawatan aktual/risiko	82 %

Berdasarkan tabel 3 dapat dilihat dari 100 dokumentasi asuhan keperawatan yang telah diobservasi pada bagian diagnosa didapatkan 82 berkas yang terisi (82 %) dari ke ketiga aspek.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan dari tabel 4.3 di dapatkan nilai 82% dari ketiga aspek yang berada pada domain diagnosa. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Hartati,2010) yang menyatakan bahwa kualitas dari aspek diagnosa nya memiliki hasil salahsatunya 75,42% dikategorikan dengan kualitas baik, akan tetapi penelitian yang dilakukan oleh saya menitikberatkan bahwa kualitas dokumentasi keperawatan harus 100% terutama dalam pendiagnosaan.

Diagnosa ini merupakan langkah untuk mengidentifikasi masalah yang dialami oleh pasien agar dapat teratasi, tujuan dari diagnosa mengenali masalah-masalah utama yang dialami pasien pada pengkajian data. Dalam merumuskan diagnosa secara aktual/resiko dan mencerminkan PE/PES serta di rumuskan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan perawat jarang ada yang tidak menuliskan masalah yang di rumuskan sehingga untuk menentukan diagnosa pun tidak sesuai dengan masalah yang di rumuskan, penelitipun menemukan diagnosa yang tidak dirumuskan aktual atau resiko dengan teori petunjuk untuk penulisan diagnosa keperawatan Dinarti

et.al (2009) diagnosa harus dinyatakan aktual.

Dengan kata lain, ada 18 % dari aspek aspek yang berada didomain diagnosa tidak terisi diantaranya ada diagnosa tapi tidak ada masalah, tidak ada

diagnosa, tidak ada unsur P,E,S, dan tidak ada hubungan sebab akibat P dan E. Meskipun diisi akan tetapi bahasa yang diisi tidak sesuai dengan standar yang mengakibatkan ke arah perencanaan, rencana tidak sesuai.

Tabel 4.
Distribusi Frekuensi Gambaran Kelengkapan Perencanaan Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD dr. Slamet Garut

No	Aspek yang Dinilai	Data yang terisi(%)
1	Rencana tindakan berdasarkan Dx. Keperawatan.	98%
2	Rencana tindakan disusun berdasarkan urutan prioritas.	17%
3	Rumusan tujuan mengandung komponen pasien/subyek, perubahan perilaku, kondisi pasiendan atau kriteria.	52%
4	Rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas.	93%
5	Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien/keluarga.	10%
6	Rencana tindakan menggambarkan kerjasama dengan tim kesehatan lain.	98%

Berdasarkan tabel 4 dapat dilihat dari 100 dokumentasi asuhan keperawatan yang telah diobservasi pada bagian perencanaan didapatkan hasil tertinggi pada aspek rencana tindakan berdasarkan Dx keperawatan terisi dari 98 berkas (98%), sedangkan hasil terendah pada aspek rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien/keluarga hanya 10 berkas (10%).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan dari tabel 4.4 didapatkan hasil terendah pada aspek rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien/keluarga dengan persentasi 10% dengan hasil keseluruhan domain perencanaan yaitu 61,33%. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Noorkasiani, Gustiana & Maryam, 2015) yang menyatakan bahwa pendokumentasian keperawatan terutama dalam perencanaan dokumentasi dan pelaksan pendokumentasian oleh perawat. Perencanaan ini dilakukan guna merencanakan hal apa saja yang akan dilakukan perawat berdasarkan rumusan masalah dan diagnosa yang telah dilaksanakan perawat terhadap pasiennya.

Dalam hasil penelitian ini perawat jarang menuliskan keterlibatan pasien/keluarga dalam pelaksanaan keperawatan, akan tetapi peneliti mengobservasi bahwa tindakan menerlibatkan pasien/keluarga sangat banyak dilakukan contohnya di ruang anak Nusa Indah orang tua ataupun keluarga dilibatkan dalam pemenuhan kebutuhan dasar seperti makan dan mandi. Serta tidak adanya pengurutan prioritas rencana sesuai dengan teori yang disebutkan bahwa prioritas harus diurutkan berdasarkan hirarki kebutuhan dasar dari Maslow, kegawatan dari masalah itu sendiri, masalah aktual dan resiko, dan keinginan dari pasien (Dinarti et al, 2009) Ini mengakibatkan akan ada kesalahan dalam komunikasi non verbal via catatan antar perawat dan mengakibatkan pemberian asuhan kurang maksimal dan tidak akan maksimalnya pemberian tindakan yang akan diberikan. Sejatinya rencana asuhan keperawatan ditulis dengan tangan dan dikembangkan oleh perawat dan memiliki standarisasi penanganan pasien terhadap masalah yang terjadi (Nursalam, 2013).

Untuk aspek lain masih ada yang tidak diisi meskipun hasil keseluruhan

menunjukkan bahwa sebagian besar aspek diisi dan memiliki nilai tertinggi dibanding aspek yang telah dibahas di atas. Diantaranya rencana tindakan berdasarkan dx keperawatan bila hal ini tidak diisi maka mengakibatkan perencanaan tidak akan sejalan dengan diagnosa yang sudah ditegakan sampai ke tindakan dan evaluasi. Dari aspek selanjutnya didalam domain

perencanaan rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas sejalan dengan teori yang dikemukakan Dinarti (2009) bila hal ini tidak terisi maka mengakibatkan komunikasi antar perawat kurang dan berdampak pada tindakan yang akan dilakukan.

Tabel 5.
Distribusi Frekuensi Gambaran Kelengkapan Implementasi Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD dr. Slamet Garut

No	Aspek yang Dinilai	Data yang terisi
1	Tindakan dilaksanakan mengacu pada rencana keperawatan.	91%
2	Perawat mengobservasi respons pasien terhadap tindakan keperawatan	39%
3	Revisi tindakan berdasarkan hasil evaluasi	26%
4	Semua tindakan yang telah dilaksanakan dicatat ringkas dan jelas.	97%

Berdasarkan tabel 5 dapat dilihat dari 100 dokumentasi asuhan keperawatan yang telah diobservasi pada bagian tindakan didapatkan hasil tertinggi di aspek semua tindakan yang telah dilaksanakan dicatat ringkas dan jelas dengan 97 berkas yang terisi pada aspek ini (97%), sedangkan hasil terendah pada aspek revisi tindakan berdasarkan hasil evaluasi dengan 39 berkas (39%).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan dari tabel 4.5 di dapatkan nilai tertinggi pada aspek rencana Implementasi atau tindakan semua tindakan yang telah dilaksanakan dicatat ringkas dan jelas sebesar 97%, sedangkan hasil terendah pada aspek revisi tindakan berdasarkan hasil evaluasi dengan persentasi 39%. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian (Nurjanah, Sudaryanto, Zulaicha & Kp,2013) bahwa aspek keseluruhan dari evaluasi di hasilkan 82,6%, ini menjadi hasil terbesar dibandingkan dengan aspek yang lainnya.

Teori yang menyebutkan bahwa sangat penting bagi perawat menuliskan atau mencatat pada *flow sheet* spesifik yang di maksud untuk observasi spesifik

(Dinarti et al. 2009) bahwa untuk mengobservasi klien perlu dicatat dan itu menunjukkan hasil revisi setiap tindakan yang dilakukan perawat terhadap hasil observasinya. Akan tetapi peneliti mengobservasi perawat dalam pergantian dinas selalu menanyakan respon pasien, dapat disimpulkan perawat tidak mencatatnya dalam dokumen asuhan keperawatan meskipun aspek tersebut dilakukan. Pada aspek yang selanjutnya yaitu perawat menuliskan respon klien setelah diberikannya tindakan perawat pun jarang bahkan ada yang tidak menuliskan hal itu padahal ketika peneliti mengikuti perawat ketika tindakan perawat selalu menanyakan respon yang dirasakan pasien setelah diberikan tindakan sambil berkomunikasi teurapetik, Tidak hanya itu akibat tidak sempurnanya pencatatan tindakan perawat akan kehilangan *coast* dan untuk masalah tanggung gugat pun akan dipermasalahkan dalam setiap apa yang dilakukan dan dicatat oleh perawat dalam lembar tindakan dan dapat mengurangi efisiensi dan efektivitas tenaga keperawatan. (Ali, 2009)

Tabel 6.

Distribusi Frekuensi Gambaran Kelengkapan Evaluasi Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD dr. Slamet Garut

No	Aspek yang Dinilai	Data yang terisi(%)
1	Evaluasi mengacu pada tujuan.	96%
2	Hasil evaluasi dicatat	96%

Berdasarkan tabel 6 dapat dilihat dari 100 dokumentasi asuhan keperawatan yang telah diobservasi pada bagian evaluasi didapatkan 96 berkas yang di isi (96%) dari setiap aspek pada evaluasi.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan didapatkan nilai tertinggi pada aspek hasil 96% dari setiap aspek pada evaluasi. Hasil penelitian ini sejalan dengan Nurjanah et.al (2013) menyatakan bahwa hasil evaluasi 82,6%. Ini mengartikan bahwa sebagian besar perawat sudah menuliskan aspek pada bagian evaluasi, meskipun ada sekitar 14% aspek tidak terisi dalam beberapa dokumen. Ini mengakibatkan asuhan yang diberikan karena perawat tidak akan tahu bagaimana hasil dari rencana dan tindakan yang dilakukan pada pasien.

Dilihat dari hasil penelitian evaluasi aspek evaluasi ini menentukan bagaimana efektifitas suatu asuhan keperawatan untuk mencegah ataupun mengobati pada respon pasien terhadap prosedur atau tindakan yang telah dilakukan atau diberikan (Nursalam, 2013). Peneliti menemukan bahwa da satu ruanagna yang tidak menuliskan evaluasi pada seluruh dokumen yang diobservasi oleh peneliti terdapat di ruang Safir. Ini sangat dikhawatirkan sekali akibat dari tidak adanya catatan evaluasi ini tidak akan bisa menjaga kesehatan pasien itu sendiri dari tindakan yang telah di lakukan oleh perawat.

PENUTUP

Hasil dari penelitian gambaran kualitas dokumentasi asuhan keperawatan berdasarkan kelengkapan di ruang rawat inap RSUD dr.Slamet Garut yaitu 77,24% yang dapat diartikan belum optimal karena belum mencapai hasil optimal yaitu 100%, dengan hasil nilai paling tinggi pada tahap evaluasi 95,65% dan untuk paling rendah pada tahap perencanaan 61,9%. Pada aspek pengkajian didapatkan yang sudah terisi

81%. Dengan aspek yang paling besar yaitu mencatat yang dikaji sesuai dengan pedoman pengujian. Sedangkan untuk data pengelompokan (bio-psiko-sos-spiritual) masih banyak yang tidak terisi. Aspek diagnosa di dapatkan yang sudah terisi 82% dengan rata-rata ketiga aspek. Aspek perencanaan didapatkan yang sudah terisi 61,33% . Dengan aspek yang paling besar yaitu rencana menggambarkan kerjasama dengan tim kesehatan lain. Sedangkan untuk aspek rencana menggambarkan keterlibatan pasien/keluarga masih banyak yang tidak terisi. Aspek tindakan di dapatkan 63,25%. Dengan aspek yang paling besar yaitu semua tindakan yang telah dilaksanakan di catat ringkas dan jelas. Sedangkan untuk aspek revisi tindakan berdasarkan hasil evaluasi masih banyak yang tidak terisi. Dari evaluasi di dapatkan 96% dengan rata-rata dari kedua aspek. Ada beberapa saran yang dapat diberikan yaitu sebagai berikut :

1. Bagi Pendidikan Keperawatan

Bagi Pendidikan keperawatan diharapkan skripsi yang dibuat oleh peneliti bisa menjadi referensi bagi mahasiswa lainnya terkait dengan judul dokumentasi asuhan keperawatan.

2. Bagi Praktis Rumah Sakit

Kelengkapan penulisan dokumentasi asuhan keperawatan belum mencapai 100%. Disarankan untuk rumah sakit memberikan motivasi pada perawat untuk lebih di perhatikan lagi dalam pengisian dokumentasi asuhan keperawatan berdasarkan SAK dari mulai pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

3. Bagi Profesi Keperawatan

Profesi keperawatan mengupayakan melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan semaksimal mungkin dengan petunjuk dan teknis yang diberlakukan sesuai standar.

4. Bagi Peneliti Selanjutnya
Bagi penelitian selanjutnya diharapkan penelitian ini menjadi dasar bagi penelitian yang akan dilakukan di masa yang akan datang terkait dengan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap rumah sakit.

REFESENSI

- Ali, Z. (2009). Penelitian Hukum.
Ali, Z. (2010). *Dasar-dasar dokumentasi keperawatan*. Jakarta : EGC.
Depkes RI. (2005). Instrumen Evaluasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit. Jakarta: *Departemen Kesehatan Republik Indonesia*.
Dinarti, Aryani Ratna, Nurhaeni Heni, Chairani Reni, Tutiany (2009). *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta : Trans Info Media.
Hartati, S. (2010). *Kualitas Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. STIKES' Aisyiyah Yogyakarta.
Kusnadi, E. (2017). Analisis Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan di Ruang Rawat Inap Non Intensive Rumah Sakit X. *Jurnal Bidang Ilmu Kesehatan*, 9(1).
Menkes RI. 2010 Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 340 Tahun 2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit.
Noorkasiani, N., Gustina, R., & Maryam, S. (2015). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 18(1), 1–8.
Nurjanah, S., Sudaryanto, A., Zulaicha, E., & Kp, S. (2013). *Gambaran Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di RSUD Pandan Arang Boyolali*. Universitas Muhammadiyah Surakarta.
Nursalam. (2008). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan : Konsep dan Praktik*. Jakarta : Salemba Medika.
Nursalam. (2013). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan : Konsep dan Praktik*. Jakarta : Salemba Medika.

- Prakosa, M. M. (2016). *Hubunga Beban Kerja Obyektif Perawat Berdasarkan Tim and Motion Study (TMS) dengan Kualitas Dokumentasi Keperawatan Di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya*. Universitas Airlangga.

- Wulandari, R. I. (2016). Hubungan Beberapa Faktor Determinan dengan Kualitas Data Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kota Bekasi Tahun 2015. *Jurnal Kesehatan Masyarakat (E-Journal)*, 4(1), 92–99.

- Yanti, R. I., & Warsito, B. E. (2013). Hubungan karakteristik perawat, motivasi, dan supervisi dengan kualitas dokumentasi proses asuhan keperawatan. *Jurnal Manajemen Keperawatan*, 1(2).

BIODATA PENULIS

Nama lengkap Risma Juniarti, lahir di Bandung pada tanggal 30 Juni 1997. Tamat sekolah dasar pada tahun 2009 di SDN Karanganyar III, tahun 2012 tamat sekolah di MTs. Bhakti Muslimin dan pada tahun 2015 tamat sekolah di SMKN 1 Garut.