

Analisis Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan di Ruang Rawat Inap Non Intensive Rumah Sakit X

Elon Kusnadi

Program Studi Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Respati Indonesia

Jl. Bambu Apus I No. 3 Cipayung, Jakarta Timur (13890)

Email : elonpengembangan@yahoo.co.id

Abstrak

Pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan memegang peranan penting dalam menentukan mutu pelayanan Rumah Sakit, merupakan bagian terdepan dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan karena pelayanan keperawatan diberikan secara berkesinambungan selama 24 jam dan berada dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Penelitian ini bertujuan menganalisis kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap non intensif Rumah Sakit X. Penelitian ini merupakan studi dokumentasi dengan jenis penelitian deskriptif kualitatif. Studi dokumentasi proses asuhan keperawatan yang dilakukan pada bagian administrasi Rumah Sakit X berdasarkan kunjungan pasien di ruang rawat inap non intensif pada bulan juli 2012. Hasil penelitian menunjukkan dokumentasi proses asuhan keperawatan terisi dengan lengkap sebanyak 87.84% dan 12.16% tidak terisi dengan lengkap. Kelengkapan dari tahapan proses asuhan keperawatan yaitu dokumentasi pengkajian keperawatan sebesar 78.27% , dokumentasi diagnosis keperawatan sebesar 78.27%, dokumentasi rencana keperawatan sebesar 78.65%, kelengkapan dokumentasi tindakan keperawatan sebesar 97.38% dan kelengkapan dokumentasi evaluasi keperawatani sebesar 91.93%. Format evaluasi berupa D.A.R tidak menggunakan S.O.A.P atau S.O.A.P.I.E.R. Kesimpulannya sistem dokumentasi keperawatan di ruang rawat inap non intensif rumah sakit Islam Sukapura Jakarta Utara sebagian besar terisi dengan baik. Saran bagi pihak Rumah Sakit agar selalu meningkatkan mutu keperawatan dengan memperhatikan aspek pendukung.

Kata kunci : Dokumentasi, Proses Keperawatan, Ruang Rawat Inap Non Intensive

Analysis of Nursing Documentation Completion at Non Intensive Inpatient Room in Sukapura Islamic Hospital Nort Jakarta

Abstract

Nursing service is an integral part of health services plays an important role in determining quality of Hospital services, as a front in achieving health development goals because nursing services are provided continuously for 24 hours and included in various health care settings. This study aims to analyze the completeness of nursing care documentation in non intensive inpatient rooms of Sukapura Islamic Hospital North Jakart. This research is a documentation study with qualitative descriptive research type. A study about documentation of the nursing care process conducted at the administrative section of Sukapura Islamic Hospital Jakarta based on the patient's visit in the non intensive inpatient room in July 2012. The result of research shows that the complete documentation of nursing care process is 87.84% complete and 12.16% is not filled completely. Completeness of nursing care process steps are assesment documentation 78,27% complete, nursing diagnosis documentation is 78,27% complete, nursing intervention documentation is 78,65% complete, nursing implementation documentation is 97,38% complete, evaluation documentation is 91,93% complete, The DAR format of evaluation does not use SOAP or SOAPIE. Conclusion, the nursing documentation system in the non intensive inpatient room of Sukapura Islamic Hospital North Jakarta is mostly well filled. Suggestions for the Hospital to always improve the quality of nursing by considering the supporting aspects.

Keywords : Documentation, Nursing Process, Non Intensive Inpatient Room

PENDAHULUAN

Rumah Sakit merupakan tempat rujukan medis dan kesehatan serta merupakan institusi yang padat ilmu, padat modal, padat karya dan padat teknologi, tempat berbagai profesi bekerja sama, seyogyanya menjadi pusat informasi bagi pasien dan masyarakat pada umumnya, sekaligus bagi pusat kesehatan sendiri (Departemen Kesehatan RI, 1997).

Tenaga perawat yang merupakan "*The caring profession*" mempunyai kedudukan penting dalam menghasilkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit, karena pelayanan yang diberikannya berdasarkan pendekatan bio-psiko-sosial-spiritual merupakan pelayanan yang unik dilaksanakan selama 24 jam dan berkesinambungan merupakan kelebihan tersendiri dibanding pelayanan lainnya (Departemen Kesehatan RI, 2001).

Pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan memegang peranan penting dalam menentukan mutu pelayanan Rumah Sakit, tulang punggung dalam mencapai tujuan pembangunan kesehatan karena pelayanan keperawatan diberikan secara berkesinambungan selama 24 jam dan berada dalam berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Berdasarkan hal tersebut pelayanan keperawatan mempunyai kontribusi yang cukup besar untuk mewujudkan terlaksananya program-program yang telah ditetapkan oleh menteri kesehatan (Departemen Kesehatan RI, 2008).

Rumah Sakit X didirikan pada tahun 1992 yang merupakan Rumah Sakit tipe C, pada saat ini menginjak usia yang ke 20 tahun dengan kapasitas 160 tempat tidur, jumlah ketenagaan berdasarkan tingkat pendidikan sampai dengan bulan April 2012 terdiri dari : tenaga dokter tetap 16 orang (4,07%), jumlah tenaga perawat sebanyak 154 orang (39,18%) dan tenaga bidan 21 orang (5,34%), dengan dukungan fasilitas penunjang yang profesional. Situasi sumber daya manusia berdasarkan tingkat pendidikan perawat baik yang terlibat langsung maupun tidak langsung dalam pelayanan pemberian asuhan keperawatan adalah sebagai berikut; jumlah perawat sebanyak 154 orang yang terdiri dari 139 orang lulusan AKPER, delapan orang lulusan S1 dengan program Ners, Lulusan

SPK dengan tambahan keahlian sebanyak satu orang, D3 perawat gigi sebanyak dua orang, sekolah perawat gigi sebanyak satu orang, sedang menempuh S2 Keperawatan *Medical Bedah* satu orang. Dari sejumlah perawat yang ada di Rumah Sakit X ini terdistribusi baik di rawat jalan maupun rawat inap dan ruang rawat intensif maupun non intensif.

Sistem manajemen mutu di Rumah Sakit X mencakup dokumentasi, penerapan, pemeliharaan dan perbaikan yang berkesinambungan atas seluruh proses yang terkait dengan semua aktivitas Rumah Sakit, termasuk proses dan pengendalian pelayanan yang dilakukan oleh rekanan/pemasok (Buku Pedoman mutu RS Islam Jakarta Sukapura. Tahun 2012).

Berdasarkan data tersebut di atas mendorong keinginan penulis melakukan penelitian tentang Analisis kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap non intensif Rumah Sakit X

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian non eksperimen yaitu dengan penelitian deskriptif. Penelitian deskriptif merupakan penelitian yang dimaksudkan untuk mengumpulkan informasi mengenai status suatu gejala yang ada, yaitu keadaan gejala menurut apa adanya pada saat penelitian dilakukan (Arikunto, Suharsimi, 2010). Adapun yang menjadi unit analisis dalam penelitian ini adalah dokumentasi catatan hasil asuhan keperawatan pada pasien yang telah mendapatkan perawatan di unit rawat inap non intensif Rumah Sakit X pada periode Juli 2012. Dokumentasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah dokumentasi yang ada di unit RMK Rumah Sakit X.

Untuk mendapatkan data yang diperlukan guna menunjang penelitian ini maka teknik pengumpulan data dilakukan dengan cara-cara Studi dokumentasi dan Studi pustaka. Data yang terkumpul berdasarkan kajian studi dokumentasi kemudian akan dianalisa melalui proses penganalisaan data secara deskriptif baik dengan dukungan data kuantitatif ataupun data kualitatif.

HASIL PENELITIAN

Dari hasil studi dokumentasi penilaian catatan keperawatan maka didapatkan hasil

penatalaksanaan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan sebagai berikut:

Tabel 1. Distribusi kelengkapan data tentang dokumentasi pengkajian asuhan keperawatan

No	ASPEK YANG DINILAI	Tidak Lengkap	Lengkap	Jumlah
1	Mencatat data yang dikaji sesuai dengan pedoman Pengkajian	23 (4,82%)	454 (95,18%)	477 (100%)
2	Data dikelompokkan (bio-psiko-sosial-spiritual)	25 (5,24%)	452 (94,76%)	477 (100%)
3	Data dikaji sejak pasien masuk sampai pulang	3 (0,63%)	474 (99,37%)	477 (100%)
4	Masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan	157 (32,91%)	320 (67,09%)	477 (100%)

Tabel 2. Frekwensi rata-rata Kelengkapan pengkajian Asuhan Keperawatan

Katagori dokumentasi	Jumlah	Presentase (%)
Tidak Lengkap	52	10,90%
Lengkap	425	89,10%
Jumlah	477	100%

Tabel 3. Distribusi kelengkapan data tentang dokumentasi Diagnosis keperawatan

No	ASPEK YANG DINILAI	Tidak Lengkap	Lengkap	Jumlah
1	Diagnosis keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan.	83 (17,40%)	394 (82,60%)	477 (100%)
2	Diagnosis keperawatan mencerminkan PE/PES	105 (22,01%)	372 (77,99%)	477 (100%)
3	Merumuskan diagnosis keperawatan aktual / potensial	123 (25,79%)	354 (74,21%)	477 (100%)

Tabel 4. Distribusi frekwensi Kelengkapan Diagnosis Keperawatan

Katagori dokumentasi	Jumlah	Presentase (%)
Tidak Lengkap	104	21,73%
Lengkap	373	78,27%
Jumlah	477	100%

Tabel 5. Distribusi kelengkapan data tentang dokumentasi perencanaan asuhan keperawatan

No	ASPEK YANG DINILAI	Tidak Lengkap	Lengkap	Jumlah
1	Berdasarkan diagnosis keperawatan	96 (20,13%)	381 (79,87)	477 (100%)
2	Disusun menurut urutan prioritas	165 (34,59%)	312 (65,41%)	477 (100%)
3	Rumusan tujuan mengandung komponen pasien / subyek, perubahan, perilaku, kondisi pasien dan atau kriteria waktu	109 (22,85%)	368 (77,15%)	477 (100%)
4	Rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas	51 (10,69%)	426 (89,31%)	477 (100%)
5	Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien/ keluarga	33 (6,92%)	444 (93,08%)	477 (100%)
6	Rencana tindakan menggambarkan kerjasama dengan tim kesehatan lain	157 (32,91%)	320 (67,09%)	477 (100%)

Tabel 6. Distribusi frekwensi rata-rata Kelengkapan perencanaan Asuhan Keperawatan

Katagori dokumentasi	Jumlah	Presentase (%)
Tidak Lengkap	102	21,35%
Lengkap	375	78,65%
Jumlah	477	100%

Tabel 7. Distribusi kelengkapan data tentang dokumentasi tindakan keperawatan

No	ASPEK YANG DINILAI	Tidak Lengkap	Lengkap	Jumlah
1	Tindakan dilaksanakan mengacu pada rencana perawatan	17 (3,56%)	460 (96,44%)	477 (100%)
2	Perawat mengobservasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan	10 (2,10%)	467 (97,90%)	477 (100%)
3	Revisi tindakan berdasarkan hasil evaluasi	19 (3,98%)	458 (96,02%)	477 (100%)
4	Semua tindakan yang telah dilaksanakan dicatat ringkas dan jelas	4 (0,84%)	473 (99,16%)	477 (100%)

Tabel 8. Distribusi frekwensi Kelengkapan tindakan Asuhan Keperawatan

Katagori dokumentasi	Jumlah	Presentase (%)
Tidak Lengkap	13	2,62%
Lengkap	465	97,38%
Jumlah	477	100%

Tabel 9. Distribusi kelengkapan data tentang dokumentasi evaluasi asuhan keperawatan

No	ASPEK YANG DINILAI	Tidak Lengkap	Lengkap	Jumlah
1	Evaluasi keperawatan mengacu pada tujuan	59 (12,37%)	418 (87,63%)	477 (100%)
2	Hasil evaluasi dicatat	18 (3,77%)	459 (96,23%)	477 (100%)

Tabel 10. Distribusi frekwensi Kelengkapan evaluasi Asuhan Keperawatan

Katagori dokumentasi	Jumlah	Presentase (%)
Tidak Lengkap	38	8,07%
Lengkap	439	91,93%
Jumlah	477	100%

Tabel 11. Distribusi kelengkapan data tentang dokumentasi catatan asuhan keperawatan

No	ASPEK YANG DINILAI	Tidak Lengkap	Lengkap	Jumlah
1	Menulis pada format yang baku	3 (0,63%)	474 (99,37)	477 (100%)
2	Pencatatan dilakukan sesuai dengan tindakan yang dilaksanakan	7 (1,47%)	470 (98,53%)	477 (100%)
3	Pencatatan ditulis dengan jelas, ringkas, istilah yang baku dan benar	48 (10,06%)	429 (89,94%)	477 (100%)
4	Setiap melakukan tindakan/kegiatan perawat mencantumkan paraf/ nama jelas, dan tanggal jam dilakukannya tindakan	75 (15,72%)	402 (84,28%)	477 (100%)
5	Berkas catatan keperawatan disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku	2 (0,42%)	475 (99,58%)	477 (100%)

Tabel 12. Distribusi frekwensi Kelengkapan catatan keperawatan

Katagori dokumentasi	Jumlah	Presentase (%)
Tidak Lengkap	27	5,66%
Lengkap	450	94,34%
Jumlah	477	100%

PEMBAHASAN

a) Dokumentasi Pengkajian Keperawatan

Hasil penelitian studi dokumentasi tentang kelengkapan pengkajian keperawatan secara kumulatif didapatkan hasil sebagian besar format pengkajian terisi dengan lengkap sebanyak 89.10% dan format pengkajian yang tidak terisi dengan lengkap sebanyak 10.90%. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Siti Nurjanah (2012) di RSUD Pandan Arang didapat hasil format pengkajian yang terisi lengkap sebanyak 57,9 %.

Dalam melakukan pengkajian keperawatan, kegiatan pengumpulan data pasien di Rumah Sakit X dilakukan sejak pasien masuk dan secara terus menerus sampai pasien keluar dari ruang perawatan. Pengkajian yang dilakukan menggunakan format yang dibakukan di Rumah Sakit X dengan tehnik wawancara, pengamatan, dan pemeriksaan fisik. Pengkajian

dilakukan oleh perawat pelaksana maupun ketua tim sehingga didapatkan data sesuai dengan kebutuhan pasien yang dituangkan dalam format pengkajian.

Komunitas perawat Rumah Sakit X mempunyai *Standar Asuhan Keperawatan yang disebut SAK* yang merupakan bahan atau sumber serta pedoman untuk melaksanakan proses asuhan keperawatan secara profesional dan bermutu. SAK tersebut semestinya disosialisasikan secara terprogram dalam seri waktu tertentu, akan tetapi pada kenyataannya SAK tersebut disosialisasikan pada awal akan diberlakukan. SAK yang di susun di Rumah Sakit X berdasarkan 15 kasus penyakit yang sering muncul di setiap bagiannya, sehingga setelah disusun didapatkan ada sekitar 75 kasus penyakit, hal ini merupakan representatif asuhan keperawatan di Rumah Sakit X Jakarta Utara.

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dengan kegiatan pengumpulan data, memvalidasi data pengorganisasian data dan mencatat data yang diperoleh. Langkah ini merupakan dasar untuk perumusan diagnosis keperawatan dan mengembangkan rencana keperawatan sesuai kebutuhan pasien serta melakukan implementasi keperawatan (Abd Wahid & Imam Suprpto, 2012) dan (Potter dan Perry, 2005).

Menurut analisis peneliti ada beberapa faktor yang dapat menunjang terjadinya ketidaklengkapan dokumentasi pengkajian keperawatan adalah : 1) karakteristik perawat pelaksana didominasi oleh perawat yang berumur muda yang belum lama memiliki pengalaman bekerja, 2) pengkajian, diagnosis, dan perencanaan keperawatan semestinya dilakukan oleh ketua Tim yang mempunyai kompetensi baik dalam hal proses asuhan keperawatan akan tetapi di ruang rawat inap non intensif Rumah Sakit X pengkajian sampai evaluasi dilakukan oleh semua perawat walupun perawat itu masih miskin pengalaman, 3) Supervisi terhadap dokumentasi pengkajian oleh atasan langsung tidak maksimal dilakukan yang ditunjukkan dengan tidak adanya bukti dokumen dimaksud telah disupervisi (seperti paraf, komentar, ataupun jenis koreksi lainnya), 4) Pelatihan tentang sistem dokumentasi ini tidak pernah dilakukan dalam lima tahun terakhir ini, 5) Baik Uraian tugas perawat pelaksana maupun Ketua Tim tidak menyebutkan secara rinci perintah atau petunjuk tentang bagaimana membuat dokumentasi asuhan keperawatan yang baik dan benar, 6).Audit keperawatan yang berkaitan dengan dokumentasi proses asuhan keperawatan tidak pernah dilakukan dalam dua tahun terakhir ini.

Format pengkajian keperawatan yang digunakan di Rumah Sakit X tidak mencantumkan kolom pengelompokan data dan analisis data akan tetapi langsung menuliskan masalah sehingga menimbulkan variasi dalam penulisan masalah sesuai dengan pengetahuan dan kemampuan perawat.

b) Diagnosis Keperawatan

Hasil penelitian studi dokumentasi tentang kelengkapan diagnosis keperawatan secara kumulatif didapatkan hasil 78.27% format diagnosis terisi dengan lengkap, 21.73%

format diagnosis tidak terisi dengan lengkap. Hal ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan Siti Nurjanah (2012) di RSUD Pandan Arang didapatkan hasil sebagian besar format diagnosis tidak terisi lengkap 70,5 %.

Diagnosis keperawatan merupakan hasil akhir dari pengkajian yang dirumuskan atas dasar interpretasi data yang tersedia. Diagnosis keperawatan menggambarkan respon manusia pada diri pasien terhadap perubahan-perubahan dalam dimensi bio-psiko-sosio-spiritual. Diagnosis keperawatan dapat mengkomunikasikan kepada rekan sejawat atau tenaga kesehatan lainnya, dimana perawatan yang diberikan perawat kepada pasien berfokus pada kebutuhan individual pasien. Sebuah diagnosis keperawatan dapat berupa masalah kesehatan yang bersifat aktual yang secara klinis jelas atau masalah kesehatan potensial dimana faktor-faktor resiko dapat mengancam kesehatan pasien secara umum. Kedua jenis diagnosis keperawatan tersebut harus diintervensi untuk memecahkan masalah atau mengurangi atau mencegah timbulnya masalah (Sumijatun, 2009).

Diagnosis keperawatan dibuat berdasarkan hasil pengkajian yang dilakukan oleh perawat sesuai dengan apa yang tertuang pada format pengkajian. Diagnosis keperawatan aktual adalah diagnosis keperawatan yang menjelaskan masalah nyata yang ada pada saat pengkajian dilakukan. Diagnosis keperawatan potensial adalah diagnosis keperawatan yang menjelaskan masalah nyata yang akan terjadi jika tindakan keperawatan tidak dilakukan. Jadi masalahnya belum ada tapi penyebabnya sudah ada. Kekurangan dalam melakukan diagnosis keperawatan harus secepatnya dikoreksi karena akan menentukan dalam rencana tindakan sehingga pencapaian tujuan utama keperawatan akan mengalami hambatan (Patricia W Ilyer. Nancy H camp, 2001).

Menurut analisis peneliti bahwa tidak lengkapnya merumuskan diagnosis aktual dan potensial dimungkinkan oleh ketidaklengkapan dari bagian pengkajian terutama yang ditunjukkan pada aspek "*masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan pola fungsi kehidupan*" sebagaimana yang telah diuraikan di atas. Selain itu kemungkinan lain terjadinya ketidaklengkapan dokumentasi keperawatan terutama pada perumusan diagnosis yang

bersifat aktual dan potensial adalah: Format diagnosis keperawatan yang digunakan di ruang rawat inap non intensif Rumah Sakit X tidak mencantumkan atau menggunakan kolom khusus diagnosis keperawatan yang mengandung unsur P.E.S. akan tetapi langsung disatukan/bersama dalam perencanaan keperawatan. Sedangkan pada instrumen studi dokumentasi penelitian ini ada aspek pertanyaan yang merupakan bagian tentang diagnosis keperawatan yaitu diagnosis mencerminkan PE/PES, hal ini akan menjadikan kendala perawat dalam memilah diagnosis mana yang harus dimunculkan karena formatnya tidak disediakan, pelatihan khusus tentang cara dan tehknis pembuatan diagnosis perawatan dalam lima tahun terakhir ini tidak pernah dilakukan di Rumah Sakit X yang ditandai dengan tidak adanya program pelatihan (program Diklat RSIJS) yang berhubungan dengan dokumentasi keperawatan.

c) Dokumentasi Rencana Keperawatan

Hasil penelitian studi dokumentasi tentang kelengkapan rencana asuhan keperawatan secara kumulatif didapatkan hasil 78.65% format rencana keperawatan terisi dengan lengkap, 21.35% format rencana tindakan keperawatan tidak terisi dengan lengkap. Hal ini tidak sesuai dengan penelitian yang dilakukan Siti Nurjanah (2012) di RSUD Pandan Arang didapatkan hasil format rencana keperawatan yang terisi lengkap sebanyak 42,1 %.

Format rencana keperawatan di ruang rawat inap Rumah Sakit X yang digunakan terdiri dari diagnosis keperawatan, tujuan dengan kriteria hasil, rencana tindakan dan nama jelas perawat. Format rencana keperawatan di ruang rawat inap Rumah Sakit X tidak menggunakan kolom rasionalisasi.

Proses perencanaan meliputi perumusan tujuan dan menentukan intervensi-intervensi yang tepat. Proses ini dimulai dengan membuat daftar semua masalah-masalah pasien dan mencari masukan dari pasien atau keluarganya tentang penentuan tujuan akhir yang dapat diterima dan dapat dicapai secara rasional. Pernyataan tujuan akhir harus dinyatakan dalam bentuk pernyataan yang dapat diukur, yang secara obyektif menunjukkann perkembangan terhadap

pemecahan masalah yang ditemukan. Bagian lain dari perencanaan keperawatan adalah menentukan intervensi yang digunakan perawat dengan melibatkan pasien dan keluarga untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Nursalam, 2007).

Rencana asuhan keperawatan dibuat secara spesifik, jelas, jangka waktu ditentukan, dapat diukur baik kognitif, afektif, dan psikomotor. Jenis intervensi keperawatan harus mencantumkan terapi keperawatan, pendidikan kesehatan, kolaborasi dengan Tim kesehatan lain, observasi dan monitoring.

Pada penelitian studi dokumentasi perencanaan asuhan keperawatan aspek yang dinilai adalah: a) rencana tindakan Berdasarkan diagnosis keperawatan, b) rencana tindakan disusun menurut urutan prioritas, c) Rumusan tujuan mengandung komponen pasien / subyek, perubahan, perilaku, kondisi pasien dan atau kriteria waktu, d) Rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas, e).Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien/ keluarga, f).Rencana tindakan menggambarkan kerjasama dengan tim kesehatan lain (H Zaidin Ali, 2010) .

Menurut analisa peneliti bahwa Ketidaklengkapan dalam dokumentasi rencana asuhan keperawatan ini dimungkinkan oleh hal-hal sebagai berikut: a) rencana tindakan merupakan kelanjutan dari diagnosis keperawatan sebelumnya yang semestinya harus terprioritas secara rinci baik diagnosis aktual maupun otensial, b) tidak adanya program pelatihan perawat dalam meakukan dokumentasi keperawatan secara periodik khususnya dibidang perencanaan keperawatan, c) tidak dilakukannya supervisi baik oleh atasan langsung maupun oleh komite keperawatan, d) Baik uraian tugas perawat maupun SOP atau petunjuk teknis pengisian dokumentasi keperawatan tidak menekankan kepada bagaimana membuat dokumentasi rencana tindakan yang baik dan benar, e) tidak adanya program rutin Audit keperawatan oleh para manajer keperawatan.

d) Dokumentasi Tindakan Keperawatan

Hasil penelitian studi dokumentasi tentang kelengkapan tindakan keperawatan secara kumulatif didapatkan hasil 97.38% format tindakan keperawatan terisi dengan lengkap, 2.62% format tindakan keperawatan

tidak terisi dengan lengkap. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Siti Nurjanah (2012) di RSUD Pandan Arang didapatkan hasil format diagnosis yang terisi lengkap sebanyak 53,7 %.

Tindakan keperawatan yang dilakukan di ruang rawat inap non intensif Rumah Sakit Islam Jakarta Sukapura pada awalnya memperhatikan rencana yang telah dibuat (Master Plan) tetapi untuk selanjutnya tindakan keperawatan berdasarkan data perkembangan dengan menggunakan hasil evaluasi D.A.R. atau berdasarkan respon pasien saat itu.

Tindakan keperawatan adalah suatu tindakan perawat untuk membantu klien untuk mencapai tujuan perawatan yang telah direncanakan. Tindakan tersebut dapat berbentuk perintah keperawatan atau perintah profesi lain dalam rangka tugas limpah (kolaborasi) yang telah direncanakan dalam perencanaan keperawatan.

Dokumentasi tindakan keperawatan adalah pencatatan proses intervensi/tindakan keperawatan yang meliputi tindakan apa, siapa yang mengerjakan, mengapa dilakukan, dimana dilakukan, bilamana/kapan waktu tindakan dilakukan, dan bagaimana tindakan tersebut dilakukan (Sumijatun, 2010).

Menurut analisa peneliti kelengkapan dokumentasi tindakan keperawatan hampir sempurna, hal ini dimungkinkan karena perawat selalu melakukan tindakan keperawatan berdasarkan respon pasien saat itu dan dilakukan secara terus menerus mulai pasien masuk ruang rawat inap sampai pasien keluar dari rawat inap. Tindakan keperawatan yang dilakukan di Rumah Sakit X yaitu langsung diisi/dicatat pada catatan perkembangan sesuai berdasarkan evaluasi DAR. Teknis penulisan tindakan keperawatan berdasarkan catatan perkembangan dalam hal ini menggunakan metode DAR terdapat kelemahan yaitu perawat dalam melaksanakan tindakan hanya berorientasi keadaan pasien saat itu tanpa melihat atau memperhatikan *master plan* yang sudah dibuat sebelumnya pada awal pasien masuk, sehingga ada beberapa rencana tindakan yang sudah direncanakan sebelumnya/berdasar *master plan* akan terlupakan.

e) Dokumentasi Evaluasi Keperawatan

Hasil penelitian study dokumentasi tentang kelengkapan evaluasi keperawatan yang dilakukan di Ruang rawat inap non intensif Rumah Sakit X menunjukkan bahwa 91,93% terisi dengan lengkap, 8,07% dokumentasi evaluasi tidak terisi dengan lengkap. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Siti Nurjanah (2012) di RSUD Pandan Arang didapatkan hasil format diagnosis yang terisi lengkap 65,3 %.

Evaluasi keperawatan dicatat disesuaikan dengan setiap diagnosis keperawatan. Evaluasi untuk setiap diagnosis keperawatan meliputi data subyektif (S), data obyektif (O), analisa permasalahan (A) berdasarkan S dan O, serta perencanaan ulang (P) berdasarkan hasil analisa data diatas. Evaluasi ini disebut evaluasi proses. Semua itu dicatat pada formulir catatan perkembangan (Nursalam, 2007)

Menurut Marilyn E Doenges, bahwa evaluasi keperawatan merupakan proses *kontinu* yang penting untuk menjamin kualitas dan ketepatan tindakan keperawatan yang dilakukan dan keefektifan rencana keperawatan dalam memenuhi kebutuhan klien. Ada tiga komponen penting dalam evaluasi keperawatan, yakni pengkajian ulang, modifikasi rencana keperawatan, dan penghentian pelayanan.

Menurut analisis peneliti bahwa Rendahnya dokumentasi evaluasi proses asuhan keperawatan tentang "evaluasi mengacu pada tujuan" dimungkinkan karena evaluasi selama ini hanya dilakukan pada evaluasi proses tidak sampai mengevaluasi hasil akhir. Evaluasi akhir adalah evaluasi yang dilakukan mengacu kepada tujuan awal yang ada pada perencanaan, sedangkan evaluasi proses tanpa melihat tujuan awal tetapi berdasarkan kebutuhan pasien saat itu. Dokumentasi evaluasi proses asuhan keperawatan di ruang rawat inap non intensif Rumah Sakit Islam Jakarta Sukapura menggunakan format D.A.R tidak menggunakan S.O.A.P atau S.O.A.P.I.E.R. Sistem evaluasi yang dilakukan hanya berdasarkan kebutuhan pasien saat itu atau respon sesaat dengan kata lain hanya melakukan evaluasi yang sifatnya formatif saja.

KESIMPULAN

Pengisian format dokumentasi proses asuhan keperawatan di ruang rawat inap non intensif Rumah Sakit X sebagian besar sudah terisi dengan lengkap dan hanya sedikit yang mengisi format dokumentasi yang tidak lengkap.

SARAN

Bagi pihak Rumah Sakit agar selalu meningkatkan mutu keperawatan dengan memperhatikan aspek pendukung.

DAFTAR PUSTAKA

- Abd. Wahid, Imam Suprpto. 2012, Dokumentasi Proses Keperawatan, Cetaka I, Yogyakarta: Nuha Medika
- Arikunto, Suharsimi, 2006, Prosedur penelitian suatu pendekatan Praktek , Jakarta : Rineka Cipta
- Departemen Kesehatan RI., 1997, Pedoman Pengelolaan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonnesia, Revisi I, Jakarta: Depkes RI
- H Zaidin Ali, 2010, Dasar Dasar Dokumentasi Keperawatan, Edisi I, Jakarta: EGC
- Komite Keperawatan Rumah Sakit X, 2010, Statuta Komite Keperawatan, Jakarta
- Nursalam, 2007, Manajemen Keperawatan; Aplikasi dalam Praktek Keperawatan Profesional, Edisi 2, Jakarta; Salemba Medika
- Patricia W Ilyer. Nancy H Camp.,2001, Dokumentasi Keperawatan; Suatu Pendekatan Proses Keperawatan, Edisi 3, Cetakan I, Jakarta: EGC
- Potter & Perry, 2005, Buku Ajar; Fundamental Keperawatan, Cetakan I, Jakarta: EGC
- Rumah Sakit X, 2012, Pedoman Mutu, Jakarta. Membudayakan Etika dalam Praktek Keperawatan
- Sumijatun. 2010, Konsep Dasar Menuju Keperawatan Profesional. Cetakan pertama, Jakarta: Trans Media
- Sumijatun, 2009, Manajemen Keperawatan; Konsep Dasar Dan Aplikasi Pengambilan Keputusan Klinis,. Cetakan pertama, Jakarta: Trans Media
- Tim Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2001, Standar Manajemen Pelayanan Keperawatan Dan Kebidanan Di Sarana Kesehatan. Cetakan Kesatu. Jakarta: Depkes RI

Tim Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2008, Pedoman Uraian Tugas Tenaga Keperawatan Di Rumah Sakit, Cetakan-II. Jakarta : Depkes RI

