

PENDOKUMENTASIAN KEPERAWATAN PASIEN *STROKE* BERHUBUNGAN DENGAN PELAKSANAAN *DISCHARGE PLANNING*

Isna Ovari

Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Perintis Padang

e-mail : isna.ovari@yahoo.com

ABSTRACT

Discharge planning is one indicator of the quality of nursing care. Discharge planning will produce integrated relationship between the care received while in hospital with care after discharge, especially nursing actions performed correctly. The purpose of this study was to determine the relationship of stroke patient discharge planning with the nursing documentation in inpatient Hospitals Nationwide Stroke Bukittinggi 2015. This research is descriptive analytic with cross sectional approach. The population is all a team leader and primary nurse in the room neurology, IRNA B, and C IRNA floors 1 and 2. A sample of 35 people by using total sampling. The collection of data through observation and documentation that was done at 1-21 Februari 2015. Data processing by computer in the form of chi-square test. Results obtained over the majority of respondents (57.1%) do a complete discharge planning in stroke patients. More than the majority of respondents (60.0%) documented the discharge planning in stroke patients with complete. The test results obtained statistical significant relationship between the implementation of discharge planning stroke patients with nursing dokumentation with a value of $p = 0.036$. Conclusions from the study are expected from the hospital management can provide guidance and supervision on the implementation and documentation of discharge planning, so as a team leader and primary nurse can improve discharge planning and documentation of implementation.

Keywords: documentation of nursing, implementation of discharge planning,

1. PENDAHULUAN.

Mutu pelayanan keperawatan sebagai indikator kualitas pelayanan kesehatan menjadi salah satu faktor penentu citra institusi pelayanan kesehatan di mata masyarakat. Dalam upaya untuk meningkatkan dan mempertahankan mutu pelayanan keperawatan, Dirjen Bina YanKep Depkes RI telah menyusun pedoman pengukuran indikator klinik mutu pelayanan keperawatan rumah sakit. Ruang lingkup pedoman indikator mutu pelayanan keperawatan klinik di sarana kesehatan meliputi :keselamatan pasien (dekubitus, kesalahan pemberian obat, pasien jatuh, cidera pengikatan), keterbatasan perawatan diri, kepuasan pasien, kenyamanan (nyeri), kecemasan dan pengetahuan serta cara pengukurannya. Indikator pengetahuan terdiri dari pengetahuan tentang penyakitnya dan *discharge planning*.

Discharge planning adalah suatu rencana pulang pada pasien yang ditulis dilembaran di status pasien yang merupakan tujuan dari perencanaan perawatan pasien. *Discharge planning* pasien memberikan motivasi untuk mencapai kesembuhan pasien,

memberikan dampak terhadap hari rawatan pasien menjadi lebih singkat, menurunkan anggaran kebutuhan rumah sakit, menurunkan angka kekambuhan dan memungkinkan intervensi rencana pulang tepat waktu. Salah satu contoh penyakit yang memerlukan perawatan lanjutan di rumah adalah stroke, karena sebagian besar pasien stroke pulang dengan keadaan cacat, dan belum mampu melakukan aktivitas sehari-hari sendiri. Selain itu penyakit stroke sangat tinggi angka kejadian berulangnya. Dari pengalaman peneliti selama bertugas di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi, masih banyak pasien stroke yang kembali di rawat di rumah sakit setelah 3 atau 4 hari keluar dari rumah sakit. Oleh karena itu pasien stroke sangat perlu dilakukan *discharge planning* sebelum keluar dari rumah sakit. Setelah kondisi pasien stroke stabil dan fase akut terlampaui, pasien masuk ke fase ketiga yaitu fase pemulihan.

Dalam melaksanakan tugas perawat harus mendokumentasikan setiap yang dilakukannya, termasuk *discharge planning*. Menurut Hidayat (2004) dalam Natasia, et al. (2014), dokumentasi proses keperawatan

merupakan tampilan perilaku atau kinerja perawat pelaksana dalam memberikan proses asuhan keperawatan kepada pasien selama pasien dirawat di rumah sakit. Dokumentasi proses asuhan keperawatan yang baik dan berkualitas haruslah akurat, lengkap dan sesuai standar. Apabila kegiatan keperawatan tidak didokumentasikan dengan akurat dan lengkap maka sulit untuk membuktikan bahwa tindakan keperawatan dilakukan dengan benar.

Hasil wawancara peneliti dengan salah satu kepala ruangan di RSSN Bukittinggi peneliti mendapatkan informasi bahwa *discharge planning* merupakan uraian tugas dari perawat primer atau ketua tim, dan pelaksanaannya di RSSN belum optimal dan belum terencana dengan baik dimana pasien pulang hanya diberikan lembar resume pulang untuk kontrol kembali ke rumah sakit. Padahal yang seharusnya diisi tentang *discharge planning* lengkap yaitu tentang penyakit pasien, penyebabnya, cara perawatan di rumah setelah pulang dari rumah sakit, latihan atau pola hidup yang harus diikuti atau dihindari setelah pulang dari rumah sakit. Berdasarkan observasi peneliti di instalasi rawat inap B Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi, pada bulan Desember 2014, dari 4 orang Ketua tim, tiga orang menjelaskan kepada keluarga dan pasien yang akan pulang tentang waktu kontrol, aturan minum obat dan perawatan di rumah setelah pulang dari rumah sakit. Satu orang hanya menyerahkan surat kontrol saja. Tetapi hanya satu orang yang menuliskan di lembar *discharge planning*. Hal ini juga terlihat dari pengumpulan data awal yang peneliti lakukan di ruangan neurologi Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi pada bulan Desember 2014 di dapatkan, dari 85 orang pasien yang pulang yang ada diisi lembar *discharge planning* nya hanya 55 orang. Jumlah pasien stroke di rawat 105 orang.

Menurut Iyer dan Camp (2005), rekam medis digunakan sebagai bukti penting dalam evaluasi tuntutan malpraktik keperawatan maupun medis. Ketergantungan total pada rekam medis untuk mengevaluasi kualitas asuhan keperawatan tidak tanpa resiko. Perawat ada yang tidak mendokumentasikan apa yang telah dilakukan tapi ada juga yang mendokumentasikan tetapi tidak melakukannya. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Hubungan *Discharge Planning* Pasien Stroke dengan Pendokumentasian

Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi Tahun 2015.

2. METODE PENELITIAN

Desain penelitian adalah *deskriptif analitik* dengan desain *cross sectional*, dilakukan di ruang rawat inap Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi yang merawat pasien stroke, yaitu ruang rawat inap Neurologi, IRNA B, IRNA C lantai 1 dan 2. Penelitian telah dilaksanakan pada tanggal 01 – 21 Februari 2015. Populasi penelitian ini adalah semua perawat primer dan ketua tim yang bertugas di ruang rawat inap neurologi, instalasi rawat inap B, instalasi rawat inap C lantai 1, dan lantai 2 Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi, yang berjumlah 38 orang. Perawat primer 7 orang dan ketua tim 28 orang, yang terdiri dari 2 orang laki-laki dan 36 orang perempuan.

Teknik pengumpulan data *total sampling*, yaitu 38 orang, tapi karena ada 3 orang Ketua tim yang sedang cuti melahirkan maka jumlah responden menjadi 35 orang. Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Data primer yaitu data yang langsung diperoleh peneliti dari Ketua tim dan perawat primer dengan menggunakan instrumen penelitian berupa lembar panduan observasi yang peneliti rancang sesuai dengan format *discharge planning* yang sudah baku digunakan di Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi, tersedia di setiap status pasien stroke. Dimana hanya uraian tugas perawat saja yang peneliti observasi yaitu fase I, III dan IV. Tiap perawat primer dan Ketua tim peneliti observasi dalam melakukan *discharge planning*, dimana dalam melakukan fase-fase *discharge planning* Ketua tim atau perawat primer melakukan dalam 2-3 kali pertemuan sesuai dengan kebutuhan pasien akan informasi penyakitnya. Tetapi peneliti tetap menghitungnya satu kali pelaksanaan *discharge planning*. Data sekunder peneliti observasi dari status pasien stroke yang pulang dari ruang rawat inap neurologi, instalasi rawat inap B dan instalasi rawat inap C lantai 1 dan 2 Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi.

Pengumpulan data dilakukan dengan terlebih dahulu peneliti memperkenalkan diri, menjelaskan tujuan penelitian, memberikan surat persetujuan menjadi responden, kemudian peneliti mengobservasi pelaksanaan *discharge*

planning pada pasien stroke oleh Ketua tim atau perawat primer dan melihat pendokumentasiannya di status pasien yang pulang.

3. HASIL

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pelaksanaan *Discharge Planning* Pasien Stroke di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi

<i>Discharge Planning</i>	f	%
Tidak Dilakukan	15	42,9
Dilakukan	20	57,1
Jumlah	35	100

Berdasarkan tabel diatas menunjukkan lebih dari sebagian responden (57,1%) melakukan *discharge planning* secara lengkap pada pasien stroke di ruang rawat inap RSSN Bukittinggi

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendokumentasian *Discharge Planning* di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi

Pendokumentasian	f	%
Tidak Didokumentasikan	14	40,0
Didokumentasikan	21	60,0
Jumlah	35	100

Tabel 2. menunjukkan bahwa lebih dari sebagian responden (60,0%) mendokumentasikan *discharge planning* pasien stroke.

Tabel 3. Hubungan Pelaksanaan *Discharge Planning* Pasien Stroke Dengan Pendokumentasian Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSSN Bukittinggi

No	<i>Discharge Planning</i>	Pendokumentasian				Jumlah		P _{value}	OR (CI 95%)
		Tidak didokumentasikan		Didokumentasikan		n	%		
		n	%	n	%				
1	Tidak dilakukan	9	60,0	6	40,0	15			
2	Dilakukan	5	25,0	15	75,0	20			
	Jumlah	14		21		35	100%	0,036	4,5

Tabel 3. menunjukkan bahwa dari 20 responden yang melakukan *discharge planning* pada pasien stroke, 15 orang (75,0%) mendokumentasikannya, dan 5 orang (25,0%) tidak mendokumentasikannya. Setelah dilakukan uji *statistic chi-square* didapatkan hasil $p=0,036$, dimana kecil dari $p\leq 0,05$ berarti terdapat hubungan bermakna antara pelaksanaan *discharge planning* pasien stroke dengan pendokumentasian keperawatan di ruang rawat inap RSSN Bukittinggi. Nilai *Odds Ratio* 4,5 artinya pelaksanaan *discharge planning* yang tidak dilakukan secara lengkap mempunyai peluang 4,5 kali untuk tidak didokumentasikan. Jika ada 10 orang perawat

tidak melaksanakan *discharge planning* ada kemungkinan 4-5 orang tidak mendokumentasikannya.

4. PEMBAHASAN

Pelaksanaan *Discharge Planning*

Hasil penelitian yang terlihat pada tabel 1 diketahui bahwa hampir sebagian responden (42,9%) tidak melaksanakan *discharge planning* pada pasien stroke. Angka ini masih sangat tinggi mengingat *discharge planning* merupakan salah satu indikator mutu pelayanan keperawatan seperti yang dikemukakan Dirjen Bina Yanmed Depkes RI, (2008), Dalam upaya

untuk meningkatkan dan mempertahankan mutu pelayanan keperawatan, Dirjen Bina Yankep Depkes RI telah menyusun pedoman pengukuran indikator klinik mutu pelayanan keperawatan rumah sakit. Ruang lingkup pedoman indikator mutu pelayanan keperawatan klinik di sarana kesehatan meliputi :keselamatan pasien (dekubitus, kesalahan pemberian obat, pasien jatuh, cedera pengikatan), keterbatasan perawatan diri, kepuasan pasien, kenyamanan (nyeri), kecemasan dan pengetahuan serta cara pengukurannya. Indikator pengetahuan terdiri dari pengetahuan tentang penyakitnya dan *discharge planning*.

Perencanaan pulang (*discharge planning*) akan menghasilkan sebuah hubungan yang terintegrasi, yaitu antara perawatan yang diterima waktu di rumah sakit dengan perawatan setelah klien pulang. Perawatan di rumah sakit akan bermakna jika dilanjutkan dengan perawatan di rumah. Namun sampai dengan saat ini perencanaan pulang bagi klien yang di rawat di rumah sakit belum optimal dilaksanakan, dimana peran perawat terbatas pada kegiatan rutinitas saja, yaitu hanya berupa informasi kontrol ulang. Klien yang memerlukan perawatan kesehatan di rumah, konseling kesehatan atau penyuluhan dan pelayanan komunitas tetapi tidak dibantu dalam upaya memperoleh pelayanan sebelum pemulangan sering kembali ke ruang kedaruratan dengan masalah minor, sering kali diterima kembali dalam 24 jam sampai 48 jam dan kemudian pulang kembali. (Nursalam, 2009)

Asumsi peneliti bahwa hampir sebagian perawat primer dan ketua tim belum melaksanakan fase-fase *discharge planning* secara lengkap karena sebagian ketua tim dan perawat primer tersebut mungkin memiliki beban kerja yang terlalu banyak sehingga tidak memiliki waktu yang cukup untuk melakukan fase-fase *discharge planning* sewaktu pasien akan pulang karena ada kalanya pasien banyak yang pulang dalam hari yang sama. Ada juga yang mungkin memang belum memiliki motivasi yang tinggi untuk melakukan fase-fase *discharge planning* secara lengkap.

Pendokumentasian *Discharge Planning*

Hasil penelitian yang terlihat pada tabel 2 diketahui bahwa hampir sebagian (40,0%) responden tidak mendokumentasikan pelaksanaan *discharge planning*. Menurut

Hidayat (2004) dalam Natasia, et al. (2014), dokumentasi proses keperawatan merupakan tampilan perilaku atau kinerja perawat pelaksana dalam memberikan proses asuhan keperawatan kepada pasien selama pasien dirawat di rumah sakit. Dokumentasi proses asuhan keperawatan yang baik dan berkualitas haruslah akurat, lengkap dan sesuai standar. Apabila kegiatan keperawatan tidak didokumentasikan dengan akurat dan lengkap maka sulit untuk membuktikan bahwa tindakan keperawatan dilakukan dengan benar.

Dokumentasi keperawatan merupakan salah satu bentuk upaya membina dan mempertahankan akuntabilitas perawatan dan pelayanan keperawatan. Kualitas asuhan keperawatan bergantung pada akuntabilitas dari individu perawat dalam hal menggunakan proses keperawatan pada pelaksanaan asuhan keperawatan. Pencatatan keperawatan sama pentingnya dengan pencatatan dalam pelaksanaan kegiatan keprofesional lain dalam bidang kesehatan, seperti pencatatan medis. Karena pentingnya nilai isi pencatatan keperawatan, maka segala data dan informasi yang diperlukan agar ia dapat berfungsi, harus terdokumentasikan dalam bentuk pencatatan keperawatan. (Dinarti, et al, 2009)

Penulisan ringkasan pasien pulang digunakan untuk *review* kejadian yang menggambarkan penyakit pasien, pengkajian, identifikasi kebutuhan perawatan, tujuan keperawatan, pengobatan dan respon terhadap tindakan keperawatan dan kondisi pasien saat akan pulang termasuk rencana *follow up care*. Ringkasan pasien pulang merefleksikan evaluasi dari proses keperawatan.

Hubungan Pelaksanaan *Discharge planning* pasien stroke dengan Pendokumentasian keperawatan

Hasil penelitian yang terlihat pada tabel 3 terlihat bahwa ada hubungan yang bermakna antara variabel dependen dan variabel Independen dimana dari 35 orang, 20 responden yang melakukan *discharge planning* pada pasien stroke, 15 orang (75,0%) mendokumentasikannya, dan 5 orang (25,0%) tidak mendokumentasikannya. Dari hasil observasi peneliti, lima orang yang tidak mendokumentasikan ini karena setelah melakukan *discharge planning* tidak langsung mendokumentasikannya tetapi melakukan pekerjaan yang lain sehingga akhirnya lupa

mendokumentasikannya. Sementara dari 15 orang yang tidak melakukan *discharge planning*, 9 orang (60,0%) tidak mendokumentasikannya karena memang mereka tidak lengkap melakukan fase-fase *discharge planning*. Sedangkan 6 orang (40,0%) tidak melakukan tetapi mendokumentasikannya, hal ini dilakukan karena tuntutan bidang keperawatan bahwa format *discharge planning* di status pasien harus lengkap diisi, tanpa melihat kualitas isinya.

Hal ini sesuai juga dengan peneliti yang dilakukan oleh Rofi'I, et al. (2013), tentang hubungan antara personil *discharge planning* dengan pelaksanaan *discharge planning*. Mengatakan bahwa ada hubungan antara personil *discharge planning* dengan pelaksanaan *discharge planning*, dimana 47,6% personil yang baik melakukan *discharge planning*, sedangkan menurut Natasia, et al. (2014), mengatakan bahwa ada hubungan antara faktor motivasi dan supervisi dengan kinerja perawat dalam pendokumentasian *discharge planning*. Dimana sebesar 85% dokumentasi *discharge planning* yang tidak lengkap dilakukan oleh perawat dengan motivasi rendah, dan hanya 15% yang didokumentasikan dengan lengkap.

Asumsi peneliti adanya hubungan antara pelaksanaan *discharge planning* dengan pendokumentasian keperawatan karena sesuai dengan teori yang mengatakan bahwa setiap tindakan yang dilakukan harus didokumentasikan. Hal ini sesuai juga dengan penelitian Rofi'I, et al. (2013) sebelumnya, dimana personil yang baik akan melakukan *discharge planning* dan personil yang mempunyai motivasi yang tinggi akan mendokumentasikan tindakan *discharge planning* yang telah dilakukannya. Oleh karena itu dengan adanya motivasi dan supervisi dari atasan bisa meningkatkan pelaksanaan *discharge planning* dan pendokumentasiannya.

5. KESIMPULAN

Lebih dari sebagian responden (57,1%) melakukan *discharge planning* secara lengkap pada pasien stroke di ruang rawat inap RSSN Bukittinggi tahun 2016. lebih dari sebagian responden (60,0%) mendokumentasikan *discharge planning* pada pasien stroke dan dari 20 responden yang melakukan *discharge planning* pada pasien stroke, 15 orang (75,0%)

mendokumentasikannya, dan 5 orang (25,0%) tidak mendokumentasikannya. Setelah dilakukan uji *statistic chi-square* didapatkan hasil $p= 0,036$, dimana kecil dari $p \leq 0,05$ berarti terdapat hubungan bermakna antara pelaksanaan *discharge planning* pasien stroke dengan pendokumentasian keperawatan di ruang rawat inap RSSN Bukittinggi tahun 2016.

6. REFERENSI

- Bustan, M. N., (2007). *Epidemiologi Penyakit Tidak Menular*. Rineka Cipta: Jakarta
- Dirjen Bina Pelayanan Medik Depkes RI (2008). *Pedoman Indikator Mutu Pelayanan Keperawatan Klinik di Sarana Kesehatan, Hasil Konsinyasi Penyempurnaan*. Depkes RI. Jakarta
- Dinarti, Aryani, R., Nurhaeni, H. & Chairani, R. (2009). *Dokumentasi Keperawatan*. Trans Info Media : Jakarta.
- Ester, M. (2005). *Pedoman Perawatan Pasien*. Penerbit Buku Kedokteran EGC : Jakarta.
- Efendi, F. & Nursalam. (2009). *Pendidikan Dalam Keperawatan*. Salemba Medika : Jakarta.
- Iyer, P.W. & Camp, N.H. (2005). *Dokumentasi Keperawatan: Suatu Pendekatan Proses Keperawatan*. Edisi 3. Penerbit Buku Kedokteran EGC : Jakarta
- Nasir, A., Muhith, A. & Ideputri, M.E. (2011). *Buku Ajar : Metodologi Penelitian Kesehatan*. Nuha Medika : Yogyakarta
- Natasia, N. Andarini, S. & Koeswo, M. (2014). Hubungan antara Faktor Motivasi dan Supervisi dengan Kinerja Perawat dalam Pendokumentasian Discharge Planning di RSUD Gambiran Kota Kediri. *Jurnal Aplikasi Manajemen (JAM)* Vol 12 No 4, Desember 2014
- Noviar, R.A. (2015). Persiapan sebelum pasien stroke pulang ke rumah, diakses tanggal 4 januari 2016, <https://rizkianditanoviar.wordpress.com/2015/05/28/persiapan-sebelum-pasien-stroke-pulang-ke-rumah/> .
- Nursalam. (2011). *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis, Dan Instrument Penelitian Keperawatan*. Salemba Medika: Jakarta.

Potter, P.A. & Perry, A.G. (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, Proses dan Praktik*. Penerbit Buku Kedokteran EGC: Jakarta.

Rofi'i, M. Hariyati, T.S. & Pujasari, H. (2011). *Faktor Personil Dalam Pelaksanaan Discharge*

Planning Pada Perawat Rumah Sakit Di Semarang

Sondakh, J.S, Marjati & Pipitcahyani, T.I. (2013). *Mutu Pelayanan Kesehatan Dan Kebidanan*. Salemba Medika : Jakarta.