

# JURNAL PENELITIAN KEPERAWATAN

Volume 1, No. 2, Agustus 2015

Perilaku Pemeliharaan Kesehatan dan Perilaku Kesehatan Lingkungan Berpengaruh dengan Kejadian ISPA pada Balita

Tugas Keluarga dalam Pemenuhan Nutrisi Pada Lansia dengan Hipertensi

Manifestasi Klinis Stres Hospitalisasi pada Pasien Anak Usia Prasekolah

Faktor yang Berhubungan dengan *Menarche* Pada Remaja Putri

Peningkatan Frekuensi Kencing Menurunkan Kualitas Tidur Pasien Diabetes Mellitus Tipe 2

Pelaksanaan Dokumentasi Keperawatan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Baptis Kediri

Dukungan Keluarga Meningkatkan Upaya Pencegahan Gangren (Perawatan kaki) pada Pasien Diabetes Mellitus

Latihan Otak (*Brain Gym*) Meningkatkan Memori Lansia di Posyandu Lansia

Faktor yang meningkatkan Kecemasan pada Wanita Menopause

Terapi *Back Massage* Menurunkan Nyeri pada Pasien *Post Operasi Abdomen*

Diterbitkan oleh  
STIKES RS. BAPTIS KEDIRI

Jurnal Penelitian Keperawatan	Vol.1	No.2	Hal 103-207	Kediri Agustus 2015	2407-7232
-------------------------------	-------	------	-------------	---------------------	-----------

## PELAKSANAAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN DI INSTALASI RAWAT INAP RUMAH SAKIT BAPTIS KEDIRI

### IMPLEMENTATION OF NURSING DOCUMENTATION IN INPATIENT INSTALLATION KEDIRI BAPTIST HOSPITAL

**Akde Triyoga, Prita Ayu Kusuma Dewi**

STIKES RS.Baptis Kediri

Jl. Mayjend. Panjaitan no. 3B Kediri

Telp. (0354) 683470. Email stikes\_rsbaptis@yahoo.co.id

#### ABSTRAK

Dokumentasi keperawatan adalah laporan baik komunikasi secara lisan, tertulis maupun melalui komputer. Tujuan penelitian untuk mempelajari gambaran pelaksanaan dokumentasi keperawatan. Desain penelitian deskriptif. Populasi penelitian adalah rekam medis pasien yang sudah dirawat minimal 3 hari. Jumlah rekam medis yaitu 95 sampel dengan teknik pengambilan sampel menggunakan *proportionate random sampling*. Variabel penelitian yaitu pelaksanaan dokumentasi keperawatan. Pengumpulan data menggunakan cek list. Penyajian data menggunakan tabel distribusi frekuensi. Hasil penelitian menunjukkan dokumentasi pengkajian keperawatan tidak lengkap pada ruang 3A sebanyak (48,3%), diagnosis lengkap pada ruang 3A sebanyak (55,2%), perencanaan lengkap pada ruang 3B sebanyak (62,5%), implementasi lengkap pada ruang kelas 1 sebanyak (100%) dan ruang 3B sebanyak (100%), evaluasi lengkap pada ruang kelas 1 sebanyak (92,3%). Pelaksanaan dokumentasi keperawatan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Baptis Kediri disimpulkan dokumentasi yang lengkap meliputi diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Sedangkan yang tidak lengkap adalah pengkajian.

**Kata Kunci:** keperawatan, dokumentasi, Standar PPNI.

#### ABSTRACT

*Nursing documentation is a report either communication orally, written, or through a computer. The research objective is to describe the implementation of nursing documentation. The research design was descriptive. The population was medical record of patients who had been treated at least 3 days. Amount of medical record was 95 samples using proportionate random sampling. The variable was implementation of nursing documentation. The data were collected using checklist and then presented using frequency distribution table. The result of data processing showed that documentation of nursing assessment was not complete (48.3%) and nursing diagnosis was complete (55.2%) in ward class 3A, nursing plan was complete (62.5 %) in ward class 3B, nursing implementation was complete (100%) in ward class 1 and also ward class 3B, nursing evaluation was complete (92.3%) in ward class 1. Implementation of nursing documentation in Inpatient Installation Kediri Baptist Hospital is concluded that documentation is complete namely nursing diagnosis, nursing plan, nursing implementation and nursing evaluation whereas nursing assessment is not complete.*

**Keywords:** *Nursing, Documentation, Standards of INNA.*

## Pendahuluan

Profesi keperawatan saat ini merupakan profesi yang memiliki resiko hukum, kesalahan perawatan yang mengakibatkan kecacatan atau kematian bagi pasien dapat menyeret perawat ke pengadilan, karenanya segala aktifitas yang dilakukan terhadap pasien harus di dokumentasikan dengan baik dan jelas. Dokumentasi merupakan catatan otentik dalam penerapan manajemen asuhan keperawatan professional, perawat professional diharapkan dapat menghadapi tuntutan tanggung jawab dan tanggung gugat terhadap segala tindakan yang dilakukannya, seiring dengan semakin meningkatnya kesadaran masyarakat terhadap hukum, sehingga dokumentasi yang lengkap sangat diperlukan (Nursalam, 2012). Dokumentasi asuhan keperawatan menjadi hal yang penting sebagai alat bukti tanggung jawab dan tanggung gugat dari perawat dalam menjalankan tugasnya. Sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan nomor 269 tahun 2008 tentang rekam medis dalam pasal 3 menyebutkan butir-butir minimal yang harus dimuat untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat: (a) identitas pasien, (b) tanggal dan waktu, (c) hasil anamnesis, (d) hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis, (e) diagnosis, (f) rencana penatalaksanaan, (g) pengobatan atau tindakan, (h) persetujuan tindakan apabila diperlukan, (i) catatan observasi klinis dan hasil pengobatan, (j) ringkasan pulang, (k) nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan (Hatta, 2008). Proses dokumentasi keperawatan itu sendiri meliputi: pengkajian asuhan keperawatan, diagnosis asuhan keperawatan, perencanaan asuhan keperawatan, intervensi asuhan

keperawatan dan evaluasi asuhan keperawatan (Nursalam, 2012).

Berdasarkan data dari *medical record* pasien hasil pra penelitian di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Baptis Kediri pada bulan Maret 2014 dengan cara observasi langsung pada catatan rekam medis pasien shif pagi, didapatkan hasil dari 25 catatan rekam medis pasien berdasarkan aspek penilaian pengkajian yang tidak lengkap 15 (60%), diagnosis tidak lengkap 5 (20 %), perencanaan tidak lengkap 1 (4%), implementasi tidak lengkap 9 (36%), evaluasi 18 (72%).

Dokumentasi keperawatan mempunyai porsi yang besar dari catatan klinis pasien yang menginformasikan faktor tertentu atau situasi yang terjadi selama asuhan keperawatan dilakukan, di samping itu dokumentasi dijadikan sebagai wahana komunikasi dan koordinasi antar profesi (Interdisipliner) yang dapat dipergunakan untuk mengungkap suatu fakta aktual untuk dipertanggung jawabkan (Setiadi, 2012). 5 faktor utama yang berkontribusi terhadap meningkatnya penekanan pada dokumentasi keperawatan meliputi: ekonomi sistem perawatan kesehatan dan managed care saat ini, perbaikan perfoma, pencapaian hasil dan nilai dalam perawatan kesehatan, standarisasi perawatan dan proses perawatan, pengenalan lanjut dan wewenang profesi keperawatan, persoalan hukum di antara professional perawatan kesehatan (Marreli, 2007). Kualitas rekam medis yang menjadi salah satu permasalahan rumah sakit disebutkan Dirjen Pelayanan Medik Depkes RI tahun 2006 bahwa rekam medis yang lengkap dan akurat dapat digunakan sebagai referensi pelayanan kesehatan dasar hukum (mediko legal), menunjang informasi untuk peningkatan kualitas pelayanan medis, riset medis dan dijadikan dasar menilai kinerja rumah sakit. Apabila dokumentasi keperawatan lengkap maka

dapat digunakan untuk mengidentifikasi status kesehatan dari pasien yang diperlukan untuk mencatat kebutuhan perawatan yang diberikan dan untuk kepentingan penelitian, finansial, legal, dan etik *quality assurance* (Muhlisin, 2011). Apabila dokumentasi tidak lengkap maka dapat terjadi resiko – resiko seperti kesalahan dalam komunikasi, dalam perencanaan tindakan, dalam pengambilan tindakan yang dapat mengakibatkan menurunnya mutu asuhan keperawatan. Perawat memerlukan standar dokumentasi yang dapat memberikan pengarah dan panduan untuk kegiatan pencatatan dan pola pencatatan yang sesuai. Tujuan penelitian ini untuk mengidentifikasi pelaksanaan dokumentasi keperawatan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Baptis Kediri.

## Metode Penelitian

Desain penelitian yang digunakan adalah deskriptif bertujuan untuk mendeskripsikan atau memaparkan peristiwa-peristiwa penting yang terjadi pada masakini. Dari studi ini akan diperoleh prevalensi atau efek suatu fenomena dihubungkan dengan penyebab (Nursalam, 2013). Obyek penelitian ini yaitu rekam medis di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Baptis Kediri yang memenuhi kriteria inklusi. Pengambilan obyek menggunakan *proportionate random sampling*. Instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah cek list dan kuesioner. Jenis kuesioner yang dipakai yaitu *open ended* jenis *manuscript*. Sebagai data sekunder untuk mengetahui kendala perawat dalam pengisian dokumentasi keperawatan. Analisis yang digunakan analisis deskriptif.

## Hasil Penelitian

**Tabel 1** Frekuensi Pelaksanaan Dokumentasi Keperawatan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Baptis Kediri pada 2 Mei-2Juni 2014 (n=32).

Dokumentasi Keperawatan	Ruangan							
	Kelas 3A		Kelas 2		Kelas 1		Kelas 3B	
	F	%	F	%	F	%	F	%
<b>Pengkajian</b>								
Lengkap	4	13,8	8	38,1	5	38,4	12	37,5
Cukup lengkap	11	37,9	4	19,0	4	30,8	8	25,5
Tidak lengkap	14	48,3	9	42,9	4	30,8	12	37,5
<b>Jumlah</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
<b>Diagnosis</b>								
Lengkap	16	55,2	7	33,3	6	46,2	17	53,1
Cukup lengkap	6	20,7	7	33,3	3	23,1	7	21,9
Tidak lengkap	7	24,1	7	33,3	4	30,7	8	25,0
<b>Jumlah</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
<b>Perencanaan</b>								
Lengkap	15	51,7	13	62,0	8	61,5	20	62,5
Cukup lengkap	11	37,9	7	33,3	5	38,5	10	31,2
Tidak lengkap	3	10,4	1	4,7	0	0	2	6,3
<b>Jumlah</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
<b>Implementasi</b>								
Lengkap	28	96,6	17	81,0	13	100	32	100
Cukup lengkap	0	0	0	0	0	0	0	0
Tidak lengkap	1	3,4	4	19,0	0	0	0	0
<b>Jumlah</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>
<b>Evaluasi</b>								
	F	%	F	%	F	%	F	%

Dokumentasi Keperawatan	Ruangan							
	Kelas 3A		Kelas 2		Kelas 1		Kelas 3B	
Lengkap	24	82,2	18	85,7	12	92,3	32	87,5
Cukup lengkap	5	17,2	3	14,3	1	7,7	2	6,3
Tidak lengkap	0	0	0	0	0	0	2	6,3
<b>Jumlah</b>	<b>29</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>13</b>	<b>100</b>	<b>32</b>	<b>100</b>

Berdasarkan tabel 1 Pelaksanaan pengkajian paling banyak adalah tidak lengkap pada ruang kelas 3A sebanyak 14 sampel (48,3%), diagnosis lebih dari 50% adalah lengkap pada ruang kelas 3B sebanyak 17 sampel (53,1%), perencanaan lebih dari 50% adalah lengkap pada ruang kelas 3B sebanyak 20 sampel (62,5%), implementasi mayoritas adalah lengkap pada ruang kelas 1 sebanyak 13 sampel (100%) dan ruang kelas 3B sebanyak 32 sampel (100%), evaluasi mayoritas adalah lengkap pada ruang kelas 1 sebanyak 12 sampel (92,3%).

## Pembahasan

### Pelaksanaan Dokumentasi Pengkajian Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Baptis Kediri

Hasil penelitian didapatkan dokumentasi pengkajian keperawatan pada tiap ruangan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Baptis Kediri didapatkan dari 29 sampel pada ruang kelas 3A terdapat 4 rekam medis yang lengkap (13,8 %), 11 rekam medis cukup lengkap (37,9 %), dan 14 rekam medis tidak lengkap (48,3 %). Dari 21 sampel pada ruang kelas 2 terdapat 8 rekam medis yang lengkap (38,1 %), 4 rekam medis cukup lengkap (19,0 %), dan 9 rekam medis tidak lengkap (42,9 %). Dari 13 sampel pada ruang kelas 1 terdapat 5 rekam medis yang lengkap (38,4 %), 4 rekam medis cukup lengkap (30,8 %), dan 4 rekam medis tidak lengkap (30,8 %). Dari 32 sampel pada ruang kelas 3B terdapat 12 rekam medis yang lengkap (37,5 %), 8 rekam medis cukup lengkap (25,0 %), dan 12 rekam medis tidak lengkap (37,5 %).

Dokumentasi keperawatan yang lengkap dan akurat akan memudahkan disiplin ilmu lain untuk menggunakan informasi di dalamnya. Dokumentasi diperlukan untuk memudahkan alur dan koordinasi dalam perawatan pasien (Green & Thomas, 2008). Pengkajian adalah metode yang sistematis untuk memperoleh data dan informasi yang

penting tentang keadaan dan status kesehatan pasien dalam rangka pemenuhan kebutuhannya. Tujuan dari pendokumentasian data pengkajian keperawatan adalah sebagai berikut: untuk mengidentifikasi kebutuhan dan respon pasien yang unik. Upaya menggabungkan dan mengorganisasi data dari beberapa sumber yang dikumpulkan menjadi satu sehingga masalah kesehatan klien dapat dianalisis dan diidentifikasi. Untuk memberikan dasar guna penulisan rencana asuhan keperawatan yang efektif. Perawat menggunakan semua informasi pasien yang diperoleh dari wawancara, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, laboratorium dan diagnostik lainnya untuk mencapai tujuan tersebut di atas. Pengkajian harus lengkap dan seakurat mungkin. Pengumpulan data untuk kelengkapan informasi status kesehatan atau masalah pasien harus terus menerus dilakukan untuk mengidentifikasi masalah-masalah baru dan mengubah prioritas klinis. Standar dokumentasi untuk pengkajian adalah perawat mendokumentasikan data pengkajian keperawatan dengan cara sistematis, komprehensif, akurat dan terus menerus (Nursalam, 2008).

Berdasarkan uraian tersebut diatas menunjukkan bahwa dokumentasi pengkajian keperawatan yang dikerjakan oleh perawat paling banyak adalah tidak lengkap yaitu pada ruang kelas 3A dikarenakan beberapa hal yang menjadi kendala perawat dalam pengisian

dokumentasi keperawatan meliputi banyaknya format dokumentasi, perubahan format, waktu, tenaga yang kurang serta perawat belum memiliki pedoman dalam melaksanakan dokumentasi keperawatan karena di Rumah Sakit Baptis Kediri belum ada SAK (Standar Asuhan Keperawatan), sehingga perawat di ruang kelas 3A belum dapat melaksanakan dokumentasi keperawatan pengkajian secara sistematis, komprehensif, akurat dan terus-menerus.

Pelaksanaan kegiatan dokumentasi keperawatan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit tidak dapat terlaksana sesuai standar juga dipengaruhi oleh faktor-faktor berikut: format dokumentasi keperawatan terlalu banyak yang harus di isi misalnya: Pengkajian dilakukan pada waktu pasien datang dan harus dikerjakan *head to toe* namun banyak sekali hal-hal yang tidak tersedia dalam format pengkajian yang disediakan, keluarga pasien sering tidak jujur sehingga pengkajian jadi tidak lengkap sesuai, bila pengkajian tidak sesuai, menentukan diagnose juga sering tidak sesuai, serta kondisi pasien yang sering berubah, mengharuskan pengkajian dari awal, tindakan tidak sesuai dengan teori.

Adanya perubahan format baru belum tersosialisasikan, hal tersebut membuat perawat merasa kesulitan dan beberapa masih belum bias menyesuaikan adanya perubahan tersebut, selain itu kendala waktu masih menjadi alasan terbesar perawat dalam mengerjakan dokumentasi, manajemen waktu oleh perawat belum terlaksana secara optimal serta masalah ketenagaan perawat yang dirasa kurang jumlahnya sehingga menjadi kendala perawat. Karena jumlah perawat di ruangan tidak sebanding dengan jumlah pasien. Jumlah perawat di ruang kelas 3A sebanyak 14 perawat dan jumlah per shiftnya sekitar 4-5 perawat dengan banyaknya pasien rawat inap perhari sekitar 10-15 pasien.

### **Pelaksanaan Dokumentasi Diagnosis Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Baptis Kediri**

Hasil penelitian didapatkan dokumentasi diagnosis keperawatan pada tiap ruangan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Baptis Kediri didapatkan dari 29 sampel pada ruang kelas 3A terdapat 16 rekam medis yang lengkap (55,2 %), 6 rekam medis cukup lengkap (20,7 %), dan 7 rekam medis tidak lengkap (24,1 %). Dari 21 sampel pada ruang kelas 2 terdapat 7 rekam medis yang lengkap (33,3 %), 7 rekam medis cukup lengkap (33,3 %), dan 7 rekam medis tidak lengkap (33,3 %). Dari 13 sampel pada ruang kelas 1 terdapat 6 rekam medis yang lengkap (46,2 %), 3 rekam medis cukup lengkap (23,1 %), dan 4 rekam medis tidak lengkap (30,7 %). Dari 32 sampel pada ruang kelas 3B terdapat 17 rekam medis yang lengkap (53,1 %), 7 rekam medis cukup lengkap (21,9 %), dan 8 rekam medis tidak lengkap (25,0 %).

Diagnosis keperawatan adalah pernyataan tertulis yang tegas dan jelas tentang masalah kesehatan pasien, penyebabnya dan faktor yang menunjang. Kegiatan yang dilakukan meliputi memilih data, mengelompokkan data, mengenal masalah, menyusun daftar masalah, menyusun referensi dan kesimpulan serta menegakkan diagnosa (Nursalam, 2013).

Berdasarkan uraian tersebut diatas menunjukkan bahwa dokumentasi keperawatan diagnosis yang dikerjakan oleh perawat lebih dari 50% adalah lengkap terdapat pada ruang kelas 3A dikarenakan mayoritas perawat yang bekerja di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Baptis Kediri berjenis kelamin perempuan yang berarti perempuan memiliki komitmen yang lebih tinggi dalam bekerja dan mayoritas tingkat pendidikan perawat adalah S1 berarti tingkat profesional perawat yang bekerja di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Baptis Kediri adalah tinggi, sehingga dalam melaksanakan tugas dan

kewajiban sebagai perawat dapat dilaksanakan dengan optimal dan kesejahteraan pasien dapat ditingkatkan, serta lebih dari 50% perawat sudah menikah yang bekerja di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Baptis Kediri berarti memiliki tanggung jawab yang tinggi. Sehingga perawat mampu memilih data, mengelompokkan data, mengenal masalah, menyusun daftar masalah, menyusun referensi dan kesimpulan serta menegakkan diagnosa. Sedangkan dokumentasi diagnosis keperawatan yang dikerjakan oleh perawat 25% tidak lengkap terdapat pada ruang kelas 3B karena perawat di ruang kelas 3B belum memiliki pedoman dalam melaksanakan dokumentasi keperawatan karena di Rumah Sakit Baptis Kediri belum ada SAK (Standar Asuhan Keperawatan), sehingga perawat belum dapat melaksanakan dokumentasi diagnosis keperawatan dengan tepat, aktual dan sistem pendokumentasian yang relevan.

Pelaksanaan dokumentasi diagnosis keperawatan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit tidak dapat terlaksana sesuai sesuai standar juga dipengaruhi oleh faktor-faktor berikut: format dokumentasi keperawatan terlalu banyak yang harus di isi, baik pasien maupun keluarga tidak jujur saat diwawancarai, dalam mendiagnosa pasien terkadang sudah dilakukan tindakan tetapi selang beberapa hari diagnosis pasien berubah sehingga kita sebagai perawat harus mengganti mulai dari awal, diagnosis terkadang belum 100% benar, sebelum pemeriksaan yang menyeluruh, terkadang dalam menemukan diagnosis pasien perlu waktu  $\pm$  5 hari untuk memperoleh diagnosis yang tepat. Adanya perubahan format baru belum tersosialisasikan, hal tersebut membuat perawat merasa kesulitan dan beberapa masih belum bisa menyesuaikan adanya perubahan tersebut, selain itu kendala waktu masih menjadi alasan terbesar perawat dalam mengerjakan dokumentasi, manajemen waktu oleh perawat belum terlaksana secara optimal serta masalah ketenagaan perawat yang dirasa kurang jumlahnya

menjadi kendala perawat karena jumlah perawat di ruangan tidak sebanding dengan jumlah pasien. Jumlah perawat di ruang kelas 3B sebanyak 15 perawat dan jumlah per shif nya sekitar 4-5 perawat dengan banyaknya pasien rawat inap perhari sekitar 10-15 pasien.

### **Pelaksanaan Dokumentasi Perencanaan Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Baptis Kediri**

Hasil penelitian didapatkan dokumentasi perencanaan keperawatan pada tiap ruangan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Baptis Kediri didapatkan dari 29 sampel pada ruang kelas 3A terdapat 15 rekam medis yang lengkap (51,7 %), 11 rekam medis cukup lengkap (37,9 %), dan 3 rekam medis tidak lengkap (10,4 %). Dari 21 sampel pada ruang kelas 2 terdapat 13 rekam medis yang lengkap (62,0 %), 7 rekam medis cukup lengkap (33,3 %), dan 1 rekam medis tidak lengkap (4,7 %). Dari 13 sampel pada ruang kelas 1 terdapat 8 rekam medis yang lengkap (61,5 %), 5 rekam medis cukup lengkap (38,5 %), dan 0 rekam medis tidak lengkap (0 %). Dari 32 sampel pada ruang kelas 3B terdapat 20 rekam medis yang lengkap (62,5 %), 10 rekam medis cukup lengkap (31,2 %), dan 2 rekam medis tidak lengkap (6,3 %).

Rencana Intervensi keperawatan adalah pedoman tertulis untuk melaksanakan tindakan keperawatan dalam membantu pasien dalam memecahkan masalah serta memenuhi kebutuhan kesehatannya dan mengkoordinir staf perawat dalam pelaksanaan perawatan. Kriteria penentuan rencana tindakan yaitu disusun berdasarkan tujuan asuhan keperawatan, melibatkan pasien atau keluarga, mempertimbangkan latar belakang budaya pasien dan keluarga, harus berupa kalimat instruksi serta menjamin rasa aman dan nyaman bagi pasien. Kegiatan

yang dilakukan membuat prioritas, menentukan tujuan, membuat order keperawatan atau rencana intervensi keperawatan, menentukan kriteria evaluasi. Standar dokumentasi untuk hal ini adalah perawat dapat mengembangkan rencana asuhan keperawatan yang mencerminkan hubungan yang serasi antar diagnosis keperawatan secara umum, perintah intervensi keperawatan dan kriteria hasil yang diharapkan (Nursalam, 2013).

Berdasarkan uraian tersebut diatas menunjukkan bahwa dokumentasi keperawatan perencanaan yang dikerjakan oleh perawat lebih dari 50% adalah lengkap terdapat pada ruang kelas 3B dikarenakan sebagian besar perawat yang bekerja di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Baptis Kediri berjenis kelamin perempuan yang berarti perempuan memiliki komitmen yang lebih tinggi dalam bekerja dan lebih dari 50% tingkat pendidikan perawat adalah S1 berarti tingkat profesional perawat yang bekerja di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Baptis Kediri adalah tinggi, sehingga dalam melaksanakan tugas dan kewajiban sebagai perawat dapat dilaksanakan dengan optimal dan kesejahteraan pasien dapat ditingkatkan, serta lebih dari 50% perawat sudah menikah yang bekerja di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Baptis Kediri berarti memiliki tanggung jawab yang tinggi, sehingga perawat mampu memperoleh sumber data yang memuaskan meliputi pengkajian awal pada saat pertama kali klien masuk rumah sakit, diagnosis keperawatan pada saat pertama kali masuk rumah sakit, keluhan utama klien atau alasan yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan, hasil pemeriksaan laboratorium, latar belakang sosial budaya, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, dan observasi dari profesi kesehatan lain. Sedangkan dokumentasi keperawatan perencanaan yang dikerjakan oleh perawat 10,4% adalah tidak lengkap terdapat pada ruang kelas 3A, dan pemenuhan kebutuhan pasien tidak dapat terpenuhi secara optimal

karena perawat belum memiliki pedoman dalam melaksanakan dokumentasi keperawatan karena di rumah sakit baptis kediri belum ada SAK (Standar Asuhan Keperawatan), sehingga perawat belum dapat membuat prioritas, menentukan tujuan, membuat order keperawatan atau rencana intervensi keperawatan, menentukan kriteria evaluasi dalam melaksanakan dokumentasi perencanaan keperawatan sesuai dengan waktu yang ditentukan dan diusahakan untuk selalui diperbarui. Pelaksanaan dokumentasi perencanaan keperawatan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit tidak dapat terlaksana sesuai standar juga dipengaruhi oleh faktor-faktor berikut: format dokumentasi keperawatan terlalu banyak yang harus di isi, baik pasien maupun keluarga tidak jujur saat diwawancarai, dalam perencanaan apabila salah diagnosa maka kita akan mengganti dari awal walaupun tidak akan mengganti semua, Adanya perubahan format baru belum tersosialisasikan, hal tersebut membuat perawat merasa kesulitan dan beberapa masih belum bisa menyesuaikan adanya perubahan tersebut, selain itu kendala waktu masih menjadi alasan terbesar perawat dalam mengerjakan dokumentasi, manajemen waktu oleh perawat belum terlaksana secara optimal serta masalah ketenagaan perawat yang dirasa kurang jumlahnya menjadi kendala perawat karena jumlah perawat di ruangan tidak sebanding dengan jumlah pasien.

### **Pelaksanaan Dokumentasi Implementasi Keperawatan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Baptis Kediri**

Hasil penelitian didapatkan dokumentasi implementasi keperawatan pada tiap ruangan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Baptis Kediri didapatkan dari 29 sampel pada ruang kelas 3A terdapat 28 rekam medis yang lengkap



(96,6 %), 0 rekam medis cukup lengkap (0 %), dan 1 rekam medis tidak lengkap (3,4 %). Dari 21 sampel pada ruang kelas 2 terdapat 17 rekam medis yang lengkap (81,0 %), 0 rekam medis cukup lengkap (0 %), dan 4 rekam medis tidak lengkap (19,0 %). Dari 13 sampel pada ruang kelas 1 terdapat 13 rekam medis yang lengkap (100 %), 0 rekam medis cukup lengkap (0 %), dan 0 rekam medis tidak lengkap (0 %). Dari 32 sampel pada ruang kelas 3B terdapat 32 rekam medis yang lengkap (100 %), 0 rekam medis cukup lengkap (0 %), dan 0 rekam medis tidak lengkap (0 %).

Implementasi keperawatan adalah melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan asuhan keperawatan yang telah disusun. Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam melaksanakan tindakan keperawatan yaitu mengamati keadaan bio-psiko-sosio-spiritual pasien, sesuai dengan waktu yang telah ditentukan, mencuci tangan sebelum dan sesudah melaksanakan kegiatan, menerapkan etika keperawatan serta mengutamakan kenyamanan dan keselamatan pasien. Kegiatan yang dilakukan meliputi melihat data dasar, mempelajari rencana, menyesuaikan rencana, menentukan kebutuhan bantuan, melaksanakan tindakan keperawatan sesuai rencana yang telah disusun, analisa umpan balik, mengkomunikasikan hasil asuhan keperawatan (Nursalam, 2008).

Berdasarkan uraian tersebut diatas menunjukkan bahwa dokumentasi keperawatan implementasi yang dikerjakan oleh perawat mayoritas adalah lengkap terdapat pada ruang kelas 3A dikarenakan sebagian besar perawat yang bekerja di ruang kelas 3A Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Baptis Kediri berjenis kelamin perempuan yang berarti perempuan memiliki komitmen yang lebih tinggi dalam bekerja dan lebih dari 50% tingkat pendidikan perawat adalah S1 berarti tingkat profesional perawat yang bekerja di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Baptis Kediri adalah tinggi, sehingga dalam melaksanakan tugas dan kewajiban sebagai perawat dapat dilaksanakan dengan optimal dan

kesejahteraan pasien dapat ditingkatkan, serta lebih dari 50% perawat sudah menikah yang bekerja di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Baptis Kediri berarti memiliki tanggung jawab yang tinggi. Sehingga perawat mampu mengamati keadaan bio-psiko-sosio-spiritual pasien, sesuai dengan waktu yang telah ditentukan, mencuci tangan sebelum dan sesudah melaksanakan kegiatan, menerapkan etika keperawatan serta mengutamakan kenyamanan dan keselamatan pasien agar kebutuhan pasien terpenuhi secara optimal yang mencakup aspek peningkatan, pemeliharaan dan pemulihan kesehatan dengan mengikutsertakan pasien dan keluarga.

### **Pelaksanaan Dokumentasi Evaluasi Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Baptis Kediri**

Hasil penelitian didapatkan dokumentasi evaluasi keperawatan pada tiap ruangan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Baptis Kediri didapatkan dari 29 sampel pada ruang kelas 3A terdapat 24 rekam medis yang lengkap (82,8 %), 5 rekam medis cukup lengkap (17,2 %), dan 0 rekam medis tidak lengkap (0 %). Dari 21 sampel pada ruang kelas 2 terdapat 18 rekam medis yang lengkap (85,7 %), 3 rekam medis cukup lengkap (14,3 %), dan 0 rekam medis tidak lengkap (0 %). Dari 13 sampel pada ruang kelas 1 terdapat 12 rekam medis yang lengkap (92,3 %), 1 rekam medis cukup lengkap (7,7 %), dan 0 rekam medis tidak lengkap (0 %). Dari 32 sampel pada ruang kelas 3B terdapat 28 rekam medis yang lengkap (87,5 %), 2 rekam medis cukup lengkap (6,3 %), dan 2 rekam medis tidak lengkap (6,3 %).

Evaluasi adalah mengkaji respon pasien terhadap standar atau kriteria yang ditentukan oleh tujuan yang ingin dicapai. Penulisan pada tahap evaluasi proses keperawatan yaitu terdapat jam melakukan tindakan, data perkembangan pasien yang mengacu pada tujuan,

keputusan apakah tujuan tercapai atau tidak, serta ada tanda tangan atau paraf. Kegiatan yang dilakukan meliputi menggunakan standar keperawatan yang tepat, mengumpulkan dan mengorganisasi data, membandingkan data dengan kriteria dan menyimpulkan hasil yang kemudian ditulis dalam daftar masalah (Nursalam, 2008).

Berdasarkan uraian tersebut diatas menunjukkan bahwa dokumentasi evaluasi keperawatan yang dikerjakan oleh perawat mayoritas adalah lengkap terdapat pada ruang kelas 1 dikarenakan mayoritas perawat yang bekerja di instalasi rawat inap Rumah Sakit Baptis Kediri berjenis kelamin perempuan yang berarti perempuan memiliki komitmen yang lebih tinggi dalam bekerja dan lebih dari 50% tingkat pendidikan perawat adalah S1 berarti tingkat profesional perawat yang bekerja di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Baptis Kediri adalah tinggi, sehingga dalam melaksanakan tugas dan kewajiban sebagai perawat dapat dilaksanakan dengan optimal dan kesejahteraan pasien dapat ditingkatkan, serta lebih dari 50% perawat sudah menikah yang bekerja di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Baptis Kediri berarti memiliki tanggung jawab yang tinggi. Sehingga perawat mampu menggunakan standar keperawatan yang tepat, mengumpulkan dan mengorganisasi data, membandingkan data dengan kriteria dan menyimpulkan hasil yang kemudian ditulis dalam daftar masalah.

## Kesimpulan

Berdasarkan hasil pembahasan yang telah dilakukan maka dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan dokumentasi keperawatan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Baptis Kediri yang lengkap meliputi: dokumentasi diagnosis keperawatan pada ruang kelas 3A (55,2%) sampel, dokumentasi perencanaan keperawatan pada ruang kelas 3B (62,5%) sampel, dokumentasi

implementasi keperawatan pada ruang kelas 1 (100%) dan ruang kelas 3B (100%) sampel, dan dokumentasi evaluasi keperawatan pada ruang kelas 1 (92,3%), sedangkan pelaksanaan dokumentasi yang tidak lengkap adalah pengkajian keperawatan pada ruang kelas 3A (48,3%).

## Saran

Diharapkan perawat mengetahui pentingnya kelengkapan dokumentasi keperawatan dan perawat mampu mengisi dokumentasi keperawatan sesuai dengan format dokumentasi keperawatan yang ditetapkan yaitu SPO (Standar Operasional Prosedur) sehingga perawat dapat meningkatkan profesionalisme dalam kinerja keperawatan dengan manajemen waktu yang lebih optimal. Rumah sakit dapat menetapkan standar dokumentasi keperawatan, adanya SOP/SAK dokumentasi keperawatan, pengisian dengan *computerized* yang lebih efektif dan efisien untuk mengembangkan program peningkatan kelengkapan pengisian rekam medis rumah sakit dan meningkatkan pengetahuan perawat tentang aspek hukum rekam medis dan motivasi perawat dalam melengkapi pengisian dokumentasi asuhan keperawatan pada rekam medis serta pengelolaan tenaga kerja di ruangan dapat lebih dipertimbangkan.

## DaftarPustaka

- Dirjen Pelayanan Medik, Dep.Kes RI (2006).[www//http:nurs.com.net.id](http://nurs.com.net.id). tanggal 4 Maret 2014, jam 07.15 WIB.
- Green, D dan Thomas, D., (2008). *Interdisciplinary collaboration and electronic medical record*. Pediatric nursing/May-june 2008/vol. 34/No. 3.

- Hatta, (2008). di kutip dari skripsi judul. pengaruh pengetahuan (tata cara pengisian dan aspek hukum rekam medis) dan motivasi intrinsik maupun ekstrinsik (tanggung jawab, prestasi, penghargaan, gaji, kondisi kerja, hubungan antar pribadi) perawat terhadap kelengkapan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan pada rekam medis di ruang rawat inap Rumah Sakit Haji Medan. <http://digilib.unimus.ac.id> Tanggal 05 Maret 2014, jam 05.00 WIB.
- Marelli T.M., (2007). *Buku Saku Dokumentasi Keperawatan*, Edisi 3. Jakarta: EGC.
- Muhlisin, A. HM. (2011). *Dokumentasi Keperawatan*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Nursalam, (2008). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan: Konsep dan Praktik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam, (2012). *Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Prakti Keperawatan Profesional*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medik.
- Nursalam, (2013). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pendekatan Praktis*, Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.
- Setiadi, (2012). *Konsep Dan Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Teori dan Praktik*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- PPNI (2005) *Standar Praktik Keperawatan Indonesia*