PENGETAHUAN PERAWAT DAN PENERAPAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN DALAM PELAKSANAANNYA

Audina Tio Junianti Manik

audina.junianti@gmail.com

Latar Belakang

Dokumentasi keperawatan merupakan langkah terakhir dalam proses pemberian asuhan keperawatan, yaitu setelah pengkajian, perumusan diagnose, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi dilakukan, maka perawat akan mencatat tindakan yang telah dilakukan kedalam lembaran dokumentasi keperawatan. Dokumentasi keperawatan pada lembar rekam medis berfungsi sebagai alat komunikasi antara tenaga kesehatan, untuk pembelaan yang sah manakala terjadi gugatan, yaitu sebagai pembuktian dalam perkara hukum (Amelia,2013). Dokumentasi dalam keperawatan berperan penting terhadap segala macam tuntutan masyarakat yang semakin kritis dan mempengaruhi kesadaran masyarakat akan hak-haknya dari suatu unit kesehatan.

Dokumentasi merupakan suatu dokumen yang berisi data lengkap, nyata, dan tercatat bukan hanya tentang tingkat kesakitan pasien tetapi juga jenis dan

kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan (Niken,P.S 2017). Menurut Perry & potter (2005), tujuan pendokumentasian yaitu sebagai alat komunikasi tim kesehanan untuk menjelaskan perawatan klien termasuk perawatan individual, edukasi klien dan penggunaan rujukan untuk rencana pemulangan (Niken,P.S 2017). Dokumentasi keperawatan memiliki fungsi dan peran penting dalam kesinambungan pelaksanaan keperawatan pasien. Dokumentasi harus relevan, fokus pada klien, komprehensif, tepat waktu, fleksibel, komprehensif, mendapatkan data penting pasien, menjaga kualitas dan keberlangsungan perawatan, riwayat klien, tujuan, dan menunjukkan standar tertentu (CNO, 2006; Potter & Perry, 2010). Tetapi, tidak semua perawat yang menerapkan pendokumentasian keperawatan secara maksimal.

Dari penjelasan diatas, maka penulis akan membahas mengenai hal-hal yang berkaitan dengan dokumentasi keperawatan, untuk membantu kita sebagai mahasiswa

keperawatan dalam mendalami pendokumentasian keperawatan.

Metode

Penulisan ini penulis buat dengan model literature review dengan membaca dan menganalisis serta membandingkan beberapa berbagai sumber online dengan rentang batasan waktu 2012 sampai tahun 2020. Dalam pencarian, penulis mendapatkan dua modul bahan ajar cetak dan delapan jurnal online yang sesuai dengan topik.

Dan juga penulis mengambil dua jurnal yang membahas tentang pengetahuan dan kualitas perawat mengenai pendokumentasian keperawatan. Jurnal yang pertama yang berjudul ‘Hubungan Antara Pengetahuan Perawat Tentang Rekam Medis dan Dokumentasi Keperawatan dengan Kelengkapan Pencatatan Dokumentasi Keperawatan di Klinik MTA Surakarta 2019’ oleh Devi Pramita Sari dan Galih Raka Siwi. Penelitian jurnal ini dilakukan menggunakan survei deskriptif metode kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional study*. Obyek penelitian adalah pengetahuan perawat tentang rekam medis dan dokumentasi keperawatan dengan kelengkapan pencatatan dokumentasi keperawatan. Subjek penelitian diambil

secara *total sampel* dengan sampel 36 perawat dengan instrument adalah kuesioner dan pedoman observasi.

Jurnal kedua yang berjudul ‘Kualitas Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap (Studi di RSUD Kalimantan Tengah)’ oleh Muryani, Endang Pertiwiwati, dan Herry Setiawan. Penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif analitik dengan populasi penelitian yaitu status rekam medis pasien di 8 ruang rawat inap yang didapat selama 3 bulan terakhir ditahun 2018. Besar sampel sejumlah 222 status rekam medis dengan menggunakan Cluster Random Sampling. Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Juli-September 2018. Jenis instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembar observasi yang mempunyai 37 kriteria penilaian kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan dengan skala Guttman, dengan variable kualitas pendokumentasian proses asuhan keperawatan.

Hasil

Pada jurnal yang pertama, didapatkan hasil sebagai berikut.

1. Distribusi pengetahuan perawat tentang rekam medis di Klinik MTA Surakarta menunjukkan responden terbanyak adalah perawat yang

memiliki pengetahuan tentang rekam medis yang baik sebanyak 21 orang, dan responden perawat yang memiliki pengetahuan tidak baik tentang rekam medis sebanyak 15 orang.

2. Distribusi pengetahuan perawat tentang dokumentasi keperawatan di Klinik MTA Surakarta menunjukkan bahwa responden terbanyak adalah perawat dengan pengetahuan dokumentasi keperawatan baik yaitu sebanyak 29 orang, dan responden perawat dengan pengetahuan dokumentasi keperawatan tidak baik sebanyak 7 orang.
3. Distribusi kelengkapan dokumentasi keperawatan dalam rekam medis menunjukkan bahwa sebagian besar dokumentasi keperawatan dalam rekam medis di Klinik MTA Surakarta adalah lengkap yaitu sebanyak 25 dokumen dan sebagian kecil dokumentasi keperawatan dalam rekam medis di Klinik MTA Surakarta adalah tidak lengkap, yaitu sebanyak 11 dokumen.

Berarti dari hasil yang sudah didapat dapat diketahui bahwa ada hubungan antara pengetahuan perawat tentang rekam medis dan dokumentasi keperawatan dengan

kelengkapan pencatatan dokumentasi keperawatan

Pada jurnal kedua yang diambil oleh penulis mendapatkan hasil sebagai berikut.

1. Distribusi frekuensi dan presentasi gambaran kualitas asuhan keperawatan di ruang rawat inap menunjukkan gambaran kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan di 8 ruang rawat inap di RSUD Kalimantan Tengah berkualitas sebanyak 124 rekam medis yang berkualitas dan tidak berkualitas sebanyak 98 rekam medis.
2. Distribusi frekuensi dan persentasi pengkajian pada dokumentasi asuhan keperawatan menunjukkan bahwa observasi pengkajian yaitu seluruh pengkajian sebanyak 222 rekam medis (100%) tidak sesuai. Hal ini dikarenakan format pengkajian tidak terdapat pada status pasien di 8 ruang rawat inap, menurut kepala ruang rawat inap sejak 2013 format pengkajian sudah tidak terdapat di status pasien, yang ada hanya format diagnosis sampai evaluasi dan catatan perkembangan untuk mengevaluasi sejauh mana keberhasilan asuhan keperawatan.

3. Distribusi frekuensi dan persentasi perencanaan pada dokumentasi asuhan keperawatan menggambarkan bahwa observasi perencanaan secara keseluruhan yaitu berjumlah 120 (54%) sesuai.

Pembahasan

Pengetahuan baik dan tidak baik memberikan arti akan penilaian kinerja seseorang dalam melakukan aktifitas kerja perawat teruma dalam hal melengkapi catatan keperawatan dalam rekam medis (Atanay,2008). Semakin baik pengetahuan tentang dokumentasi keperawatan oleh perawat maka mutu pelayanan kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan juga dinilai baik dan membuat masyarakat puas (Utami dkk,2016). Pengetahuan perawat menentukan tindakan perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien, sehingga tindakan perawat yang dilandasi oleh pengetahuan akan memberikan pelayanan yang lebih baik dibandingkan dengan perawat yang melakukan tindakannya tanpa didasari oleh pengetahuan. Pengetahuan perawat juga sangat berpengaruh terhadap kelengkapan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan (Nuryani,2014). Menurut Ardika (2012) kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan dipengaruhi oleh berbagai

macam faktor seperti latar belakang pendidikan, lama masa kerja, pengetahuan, keterampilan, motivasi dan psikologis. Hal tersebut didukung oleh pernyataan Setiyarini (2004) dalam penelitiannya yang mengemukakan bahwa salah satu faktor yang berpengaruh terhadap pelaksanaan pendokumentasian adalah pengetahuan. Jadi, pengetahuan yang baik mengenai dokumentasi keperawatan akan mempengaruhi kualitas dari penerapannya dalam memberikan asuhan keperawatan.

Pengertian lain dokumentasi asuhan keperawatan adalah sebagai berikut:

- a) Suatu dokumen atau catatan yang berisi data tentang keadaan pasien yang dilihat tidak saja dari tingkat kesakitan, akan tetapi juga dilihat dari jenis, kualitas dan kuantitas dari layanan yang telah diberikan perawat dalam memenuhi kebutuhan pasien (Ali, 2010).
- b) Rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat dimulai dari proses pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan, tindakan keperawatan dan evaluasi yang dicatat baik berupa elektronik maupun manual serta dapat dipertanggungjawabkan oleh perawat.

Dalam membuat dokumentasi harus memperhatikan aspek-aspek keakuratan data, *breafity* (ringkas), dan *legality* (mudah dibaca). Adapun prinsip-prinsip dalam melakukan dokumentasi yaitu:

- a. Dokumen merupakan suatu bagian integral dari pemberian asuhan keperawatan.
- b. Praktik dokumentasi bersifat konsisten.
- c. Tersedianya format dalam praktik dokumentasi.
- d. Dokumentasi hanya dibuat oleh orang yang melakukan tindakan atau mengobservasi langsung klien.
- e. Dokumentasi harus dibuat sesegera mungkin.
- f. Catatan harus dibuat secara kronologis.
- g. Penulisan singkatan harus menggunakan istilah yang sudah berlaku umum dan seragam.
- h. Tuliskan tanggal, jam, tanda tangan, dan inisial penulis.
- i. Catatan harus akurat, benar, komplit, jelas, ringkas, dapat dibaca, dan ditulis dengan tinta.
- j. Dokumentasi adalah rahasia dan harus disimpan dengan benar?

Menurut Isti (2009), manfaat dan pentingnya dokumentasi keperawatan:

1. Hukum.

Dokumentasi dapat digunakan sebagai barang bukti di pengadilan. Oleh karena itu data-data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas, obyektif dan ditanda tangani oleh perawat pelaksana, diberi tanggal dan perlu dihindari adanya penulisan yang dapat menimbulkan interpretasi yang salah.`

2. Jaminan mutu.

Dengan pencatatan yang lengkap dan akurat akan membantu meningkatkan mutu pelayanan keperawatan

3. Komunikasi. Dokumentasi keperawatan merupakan perekam terhadap masalah yang berkaitan dengan klien yang bisa dijadikan pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan bagi semua profesional kesehatan.

4. Keuangan.

Dokumentasi dapat menjadi sumber pertimbangan biaya perawatan.

5. Pendidikan.

Data yang ada dalam dokumentasi dapat menjadi sumber belajar

6. Penelitian.

Data dalam dokumentasi dapat menjadi bahan penelitian

7. Akreditasi.

Melalui dokumentasi keperawatan akan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan klien. Hal ini akan bermanfaat bagi peningkatan mutu pelayanan dan bahan pertimbangan dalam kenaikan jenjang karir/kenaikan pangkat.

Adapun standar yang disusun oleh pelayanan kesehatan meliputi:

1. Isi setiap data masuk, meliputi tanggal, waktu, aspek legal, judul dan identifikasi individu/perawat.
2. Penggunaan singkatan dan simbol yang disepakati.
3. Prosedur koreksi jika ada kesalahan.
4. Orang yang berwenang untuk memasukkan data.
5. Prosedur untuk pencatatan perintah verbal.
6. Tanggal pencatatan.
7. Akses terhadap pencatatan klien.
8. Penggunaan formulir standar.
9. Prosedur untuk pencatatan tindakan pengobatan.

Dalam pendokumentasian, proses keperawatan dijadikan dasar dalam pengambilan keputusan klinis dan mencakup semua tindakan signifikan yang diambil oleh perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Terdapat 6 (enam) standar asuhan keperawatan yaitu: pengkajian, diagnosa keperawatan, identifikasi hasil, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Pelaksanaan asuhan keperawatan yang paripurna dan komprehensif memerlukan data yang lengkap, objektif, dapat dipercaya dan dapat dipertanggung jawabkan.

Pemberian asuhan keperawatan merupakan pemberian jasa pelayanan yang bisa direkam dan dicatat secara lengkap dan jelas sehingga menjadi dokumen yang bisa menggambarkan status kondisi pasien saat ini. Untuk memudahkan kerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dan sebagai jaminan mutu sehingga kegiatan pendokumentasian keperawatan dicatat secara sistematis dalam kurun waktu tertentu secara jelas, lengkap dan obyektif. Terdapat 5 model dokumentasi yang dapat diterapkan di pelayanan kesehatan yaitu POR (Problem Oriented Record), SOR (Source Oriented Record), CBE (Charting By Exception), PIE (Problem Intervention & Evaluation) dan Fokus (Process Oriented System). Setiap model dokumentasi dapat diterapkan sesuai dengan kondisi pelayanan kesehatan. Model

dokumentasi yang dapat dijalankan dalam proses keperawatan dapat dilaksanakan sesuai dengan pelayanan keperawatan yang tersedia. Masing-masing model dapat digunakan sesuai dengan karakteristik pelayanan keperawatan. Tidak ada model dokumentasi yang paling baik, yang baik adalah model dokumentasi yang mampu mengatasi persoalan pencatatan yang efektif dan efisien.

Penutup

Dokumentasi keperawatan merupakan cangkupan dari proses asuhan keperawatan, yaitu pengkajian, perumusan diagnose, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi dilakukan, maka perawat akan mencatat tindakan yang telah dilakukan kedalam lembar dokumentasi keperawatan. Setiap tindakan yang perawat lakukan harus dicatat kedalam catatan pendokumentasian. Perawat memerlukan standar dokumentasi sebagai petunjuk dan arah agar tidak terjadi penyimpangan dan melakukan teknik pencatatan dengan benar. Dan kita sebagai mahasiswa keperawatan juga harus mempelajari hal yang diluar dari pembahasan yang penulis paparkan, seperti dokumentasi asuhan keperawatan berdasarkan metode proses keperawatan, standard an model dokumentasi, dan banyak lainnya. Pembaca sekalian

diharapkan membaca modul ajar cetak Dokumentasi Keperawatan untuk mendapatkan ilmu yang lebih lagi (sudah tertera di daftar pustaka).

Daftar Pustaka

Budiono.(2016).Modul Bahan Ajar Cetak Keperawatan ‘Konsep Dasar Keperawatan’.Jakarta: Pusdik SDM Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan.

(<http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/Konsep-dasar-keperawatan-Komprehensif.pdf?opwvc=1>)

Efendy, M. A., Purwandari, R. (2012). Perbedaan Tingkat Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan Sebelum dan Sesudah Penerapan *NANDA-I*, *NIC*, dan *NOC*. *Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing)*, 7(2), 67-77. (<http://jks.fikes.unsoed.ac.id/index.php/jks/article/view/358/196>)

Muryani, Pertiwiwati, E., Setiawan, H. (2019). Kualitas Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap (Studi di RSUD Kalimantan Tengah). *Nerspedia*, 2(1), 27-32. (<http://103.81.100.242/index.php/nerspedia/article/view/184/96>)

Noorkasiani, Gustina, Maryam, R. S. (2015). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 18(1), 1-8. (<http://www.jki.ui.ac.id/index.php/jki/article/view/391/504>)

Olfah, Y., Ghofur A. (2016). Modul Bahan Ajar Cetak Kebidanan ‘Dokumentasi Keperawatan’. Jakarta : Pusdik SDM Kesehatan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan. (<http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/08/Dokumentasi-Keperawatan.pdf>)

Sari, D. P., Siwi, G. R. (2019). Hubungan Antara Pengetahuan Perawat Tentang Rekam Medis dan Dokumentasi Keperawatan dengan Kelengkapan Pencatatan Dokumentasi Keperawatan di Kllinik MTA Surakarta 2019. *Infokes*, 9(1), 45-49. (<http://ojs.udb.ac.id/index.php/infokes/article/view/717/643>)

Simamora, R. (2009). Dokumentasi Proses Keperawatan.

Simamora, R. H., Purba, J. M., Bukit, E. K., & Nurbaiti, N. (2019). Penguatan Peran Perawat Dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Melalui Pelatihan Layanan

Prima. *JPPM (Jurnal Pengabdian Dan Pemberdayaan Masyarakat)*, 3(1), 25-31.

Siswanto, L. M. H., Hariyati R. T. S., Sukihananto. (2013). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 16(2), 77-84. (<http://www.jki.ui.ac.id/index.php/jki/article/view/5/5>)

Tokan, P. K., Sekunda, M. S. (2020). Penerapan Format Baru Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Poli Rawat Jalan Puskesmas. *Jurnal Kesehatan Primer*, 5(1), 61-69. (<http://jurnal.poltekeskupang.ac.id/index.php/jkp/article/view/459/274>)

Yanti, R. I., Warsito, B. E. (2013). Hubungan Karakteristik Perawat, Motivasi, dan Supervisi dengan Kualitas Dokumentasi Proses Asuhan Keperawatan. *Jurnal Managemen Keperawatan*, 1(2), 107-114. (<https://jurnal.unimus.ac.id/index.php/JMK/article/view/1006/1055>)

Yeni, F. (2014). Pengaruh Pelatihan Proses Keperawatan terhadap Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Puskesmas Kabupaten Agam Propinsi Sumatera Barat. *Ners Jurnal Keperawatan*, 10(1), 21-27. (<http://ners.fkep.unand.ac.id/index.php/ners/article/view/25/22>)