TAHAPAN PENDOKUMENTASIAN KEPERAWATAN DI RUMAH SAKIT

Fara Diba Salsabila Harahap

Email : salsabilaharahapfaradiba@gmail.com

Latar Belakang

Dokumentasi merupakan bagian dari administrasi sebagai jaminan pelayanan yang diberikan kepada pasien dan dapat mendukung kualitas pelayanan yang diberikan. Dokumentasi adalah bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam catatan yang berguna untuk kepentingan klien, perawat dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar data yang akurat dan lengkap secara tertulis sebagai tanggung jawab perawat (Wahid & Suprpto, 2012).

Keperawatan adalah bentuk pelayanan profesional berupa pemenuhan kebutuhan dasar yang diberikan kepada individu yang sehat maupun sakit yang mengalami gangguan fisik, psikis, dan sosial agar dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal.

Dokumentasi keperawatan merupakan bukti tertulis pelayanan yang diberikan kepada pasien oleh tenaga keperawatan yang bertujuan untuk menghindari kesalahan, tumpang tindih

dan ketidaklengkapan informasi. Dalam asuhan keperawatan agar terbinanya koordinasi yang baik dan dinamis antar tenaga keperawatan serta meningkatkan efisiensi, efektifitas dan menjamin kualitas asuhan keperawatan. Dokumentasi keperawatan merupakan suatu yang mutlak harus ada untuk perkembangan keperawatan khususnya proses profesionalisasi keperawatan serta mempertahankan keperawatan sebagai suatu profesi yang luhur dan terpadang di masyarakat.

Keberhasilan jaminan mutu rumah sakit salah satu kuncinya adalah pemanfaatan data, dokumentasi kualitatif dan kuantitatif sebagai petunjuk dalam pengambilan keputusan secara internal oleh profesi kesehatan dalam organisasi rumah sakit.

Adanya kesepakatan pasar bebas ASEAN (AFTA) tahun 2003 dan disusul dengan AFEC tahun 2010 untuk Asia Pasifik dan 2020 untuk sedunia, serta UU No. 38 tahun 2014 tentang Keperawatan dan Peraturan Menteri Kesehatan No. 17

tahun 2013 tentang izin dan penyelenggaraan Praktik Perawat sebagai mayoritas pemberi layanan di Rumah Sakit semakin berat, karena harus mampu berkompetisi dalam mutu asuhan keperawatan sesuai dengan standar global. Seiring dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia 836/MENKES/SK/2005, tentang Pedoman Pengembangan Kinerja ini dapat diterapkan diseluruh sarana pelayanan kesehatan khususnya Rumah Sakit dan Puskesmas di Indonesia, sehingga mempercepat pencapaian indikator standar pelayanan minimal kota dan pencapaian pelayanan kesehatan yang bermutu yang akhirnya akan terwujud Indonesia sehat 2025.

Metode

Metode yang digunakan dalam penulisan ini yaitu menggunakan literature review atau studi pustaka berdasarkan teks book, jurnal dan berfokus pada Tahapan Pendokumentasian Keperawatan di Rumah Sakit. Dengan cara menganalisis, eksplorasi sumber dan kajian bebas. Adapun sumber kajian yang digunakan ialah 10 tahun terakhir.

Hasil

Sejak zaman Florence Nightingale, perawat telah menganggap dokumentasi sebagai bagian yang vital dari praktik

professional. Penyelenggaraan dokumentasi keperawatan telah ditetapkan dalam SK Menkes No. 436/Menkes/SK/VI/1993 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit dan SK Dirjen Yanmed No. YM. 00.03.2.6.7637 tahun 1993 tentang Standar Asuhan Keperawatan.

Menurut penelitian yang dilakukan di Irina Non Bedah (Penyakit Dalam) RSUP. Dr. M. Djamil Padang. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 40 responden sebanyak 87,5% responden berpengetahuan tinggi tentang empati, 95,5% responden memiliki sikap yang positif dalam berempati, 67,5% pasien menilai tindakan empati responden kurang baik, 92,5% pasien tidak puas terhadap asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat (Amelia, 2010). Berdasarkan hasil penelitian Ardiana pada tahun 2010 di RSUD Dr. H. Koesnadi Bondowoso dari jumlah sampel sebanyak 92 pasien, diperoleh hasil sebanyak 54 % perawat berperilaku caring menurut persepsi pasien (Gaghiwu, 2013).

Menurut penelitian yang dilakukan Lidia Gaghiwu di Irina E BLU . RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado tahun 2013 ditemukan bahwa perilaku caring perawat baik yang menyebabkan anak usia toddler stres 13,3 % dan yang tidak stres 60 % dan perilaku perawat yang kurang baik menyebabkan anak usia toddler stres

16, 7% dan yang tidak stres 10 % (Gaghiwu, 2013). Menurut penelitian yang dilakukan oleh Niken Sukesni di ruang rawat inap RS Permata Medika Semarang tahun 2013 mengenai perilaku caring perawat, presentase puas sebesar 44,2% dan yang tidak puas 55,8%, artinya hampir separuh pasien merasakan tidak puas pada tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien (Sukesni, 2013).

Di sebagian Rumah sakit terdapat perawat melakukan pendokumentasian tidak dirumuskan berdasarkan problem, etiologi, dan symptom (89,6%) dan tidak dirumuskan diagnosa keperawatan aktual/potensial (51,0%). Tahap perencanaan tidak disusun menurut urutan prioritas (95,3%), tujuan tidak mengandung komponen pasien, perubahan perilaku, kondisi pasien (93,4%). Tahap implementasi perawat mengobservasi respons pasien (58,5%), revisi tindakan tidak berdasarkan hasil evaluasi (56,6%) (Retyaningsih, 2013).

Perawat di Rumah Sakit Islam Kendal berpengetahuan baik 24 orang (80%) dan pelaksanaan dokumentasi keperawatan dari jumlah rekam medik 90 pasien rata-rata baik (84,9). Dokumentasi keperawatan tidak lengkap pada pengkajian 20%, diagnosa 12,6%, perencanaan keperawatan 28%, tindakan keperawatan 3%, evaluasi 8%, dan catatan

keperawatan 16,4%. Catatan keperawatan paling banyak ditemukan tidak ada pengesahan atau nama dan keduanya, serta tulisan kurang dapat dibaca.

Berdasarkan data awal yang diperoleh peneliti dari instalasi CVBC RSUP Prof. Dr. R. D. Kandou Manado pada bulan Oktober 2014 ditemukan bahwa ada 40 perawat pelaksana yang bekerja di instalasi CVBC dan dari 100 Asuhan Keperawatan ada 55% Asuhan Keperawatan (ASKEP) belum sesuai dengan syarat pendokumentasian askep yang benar dengan kelengkapan pengisian pengkajian 10 berkas tidak terisi lengkap, diagnosa keperawatan ada 10 berkas tidak diisi atau diisi namun belum lengkap dan tidak sesuai dengan Problem Etiologi Sign and symptom (PES), lembar perencanaan ada 10 berkas tidak lengkap atau tidak diisi, dan lembar integrasi yang berisi implementasi dan evaluasi ada 25 lembar yang tidak dilengkapi.

Pembahasan

Tujuan Dokumentasi Keperawatan ialah mengidentifikasi status kesehatan klien dalam rangka mencatat kebutuhan klien, merencanakan, melaksanakan tindakan keperawatan, dan mengevaluasi tindakan dan dokumentasi untuk penelitian, keuangan, hukum dan etika.

Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 52 menyatakan bahwa setiap rumah sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan semua penyelenggaraan kegiatan rumah sakit dalam bentuk sistim informasi manajemen berupa pencatatan, penyimpanan, pelaporan dan pemusnahan dalam waktu tertentu sesuai peraturan perundang-undangan.

Mengingat pentingnya pelaksanaan dokumentasi keperawatan dalam bentuk sistim informasi manajemen berupa pencatatan, seharusnya permasalahan penyelenggaraan dokumentasi dapat diatasi karena standar dokumentasi keperawatan sudah ada, sehingga perlu upaya manajemen dalam mengatasi penyelenggaraan dokumentasi agar dokumentasi keperawatan sesuai dengan standar dokumentasi keperawatan.

Penelitian Angelica at.al (2006) dengan judul *Building An Innovation Electronic Nursing Record Pilot Structure With Nursing Clinical Pathway* yang menyatakan bahwa dalam proses keperawatan yang terdiri dari 5 tahapan dibutuhkan perawat dalam mengelola banyak data dan informasi sedangkan jumlah perawat yang ada tidak seimbang, hal ini membutuhkan keterampilan agar cakap/mampu dalam menyusun

perencanaan dan melakukan proses yang efektif efisien dan benar.

Nursalam (2008) menyebutkan instrument studi dokumentasi penerapan standar asuhan keperawatan di RS menggunakan instrument A dari DEPKES (1995) yang meliputi :

1) standar I (Pengkajian Keperawatan)

Adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dan berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Iyer, 2004).

2) standar II (Diagnosa Keperawatan)

Perumusan diagnosa keperawatan yang baik harus menggambarkan komponen problem, etiologi, symptom dan sign serta berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan normal dengan pola fungsi kebutuhan pasien (Effendy, 1995). Untuk dapat merumuskan diagnosa keperawatan dibutuhkan kemampuan analisis yang tinggi sehingga diperlukan sumber daya manusia yang capable dan mempunyai motifasi kuat untuk maju serta berpandangan maju (futuristic).

3) standar III (Perencanaan Keperawatan)

Perencanaan merupakan tahap selanjutnya setelah pengkajian dan

penentuan diagnosa keperawatan. Perencanaan juga merupakan petunjuk tertulis yang menggambarkan secara tepat mengenai rencana tindakan yang dilakukan terhadap pasien sesuai dengan tingkat kebutuhan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul. Untuk itu rencana tindakan yang baik tentunya harus berdasarkan pada diagnosa keperawatan yang telah dirumuskan.

4) standar IV (Intervensi Keperawatan)

Pelaksanaan atau tindakan adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana yang telah disusun pada tahap perencanaan. Pada tahap pelaksanaan ini dokumentasi menjadi sangat penting karena merupakan pernyataan dari kegiatan atau aktivitas yang otentik dari perawat. Dokumentasi tentang pasien memberi bukti tindakan mandiri dan kolaboratif yang dilakukan perawat, respon pasien terhadap tindakan keperawatan dan perubahan-perubahan yang terjadi, Carrol (1998).

5) standar V (Evaluasi Keperawatan)

Evaluasi adalah mengkaji respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat dengan mengacu pada standar atau kriteria hasil yang telah ditetapkan pada rumusan tujuan. Terlihat pada status pasien yang telah dikaji bahwa kriteria keberhasilan

yang dapat digunakan sebagai dasar evaluasi ini tidak selalu dicantumkan sehingga evaluasi yang dilakukan kurang mengacu pada tujuan.

Penyelenggaraan proses keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Semua tindakan tersebut harus didokumentasikan sebagai bukti penyelenggaraan proses keperawatan. Data klinis yang lengkap dan berkualitas dapat meningkatkan mutu layanan kesehatan. Keengganan klinisi menulis secara lengkap setiap proses penatalaksanaan medis merupakan kendala yang dihadapi.

Dokumentasi keperawatan terdiri dari, yaitu:

- a) keterampilan berkomunikasi untuk pengumpulan data dan menciptakan hubungan baik antara perawat dan klien dalam pemecahan masalah klien.
- b) dokumentasi proses keperawatan yang merupakan metode pemecahan masalah secara sistematis sesuai kaidah keperawatan.
- c) standar dokumentasi dapat memberi informasi pernyataan kualitas dan kuantitas dokumentasi untuk memperkuat pola pendokumentasian keperawatan.

Menurut Ermawati, (2011), faktor yang mempengaruhi pendokumentasian

asuhan keperawatan selain faktor perilaku yaitu :

- Peningkatan Kesadaran Konsumen
- Konsumen mengharapkan perawat yang cerdas, Kompeten, dan peduli pada pendekatan yang digunakan saat memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas tinggi.
- Peningkatan keakutan pasien yang dihospitalisasi.
- Dokumentasi harus menegaskan bahwa pasien dan keluarganya siap untuk menerima tanggung jawab dan perawatan di rumah dan peningkatan penekanan pada hasil.

Perawat dan klien membutuhkan proses asuhan keperawatan, merencanakan, melaksanakan, dan menilai hasil dari asuhan keperawatan. Semua itu memerlukan pendokumentasian sehingga perawat mendapatkan data klien dengan sistematis (Hidayat, 2000).

Kewenangan dan undang-undang yang mengatur :

- Kewenangan Perawat Pasal 15 KEPMENKES No. 1239/MENKES/SK/XI/2001 tentang registrasi dan praktik perawat :
- a. Melaksanakan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan,

melaksanakan tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

- b. Tindakan keperawatan meliputi : intervensi keperawatan , observasi keperawatan, pendidikan dan konseling kesehatan.
- c. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan sebagai dimaksud harus sesuai dengan standar asuhan keperawatan yang ditetapkan oleh organisasi profesi.
- SK.MENKES RI No:031 dan 034 / BIRHUP/1972. Setiap Rumah Sakit wajib menyelenggarakan pelayanan rekam medik sesuai dengan Ketentuan dalam SK.MENKES RI No:031 dan 034 / BIRHUP/1972 Rekam Medik merupakan bukti tertulis tentang proses pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada pasien, sehingga dapat dipertanggung jawabkan, rekam medik bukan hanya sekedar kegiatan catat mencatat dan dokumentasi, akan tetapi mempunyai pengertian yang lebih luas sebagai suatu sistem.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI. No.269/MENKES/PER/III/2008, tentang rekam medis pasal 3 ayat 2 dan 5 .
- a. Pasal 3 ayat 2 berbunyi : Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat : identitas pasien; tanggal dan waktu; hasil

anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit; hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik; rencana penatalaksanaan; pengobatan dan atau tindakan; persetujuan tindakan bila diperlukan; catatan observasi klinis dan hasil pengobatan; ringkasan pulang (discharge summary); nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu dan; untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik.

b. Pasal 5 berbunyi ayat :

(a) Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis; (b) Rekam medis sebagaimana di maksud

- pada ayat (1) harus dibuat segera dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan : pembuatan rekam medis sebagaimana di maksud

- pada ayat (2) dilaksanakan melalui pencatatan dan pendokumentasian hasil

pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien; setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu,

yang mem berikan pelayanan kesehatan secara langsung; dalam hal terjadi kesalahan dalam melakukan pencatatan pada rekam medis dapat dilakukan pembetulan; pembetulan sebagaimana di maksud

- pada ayat (5) hanya dapat dilakukan dengan cara pencoretan tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan dan dibubuhi paraf dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang bersangkutan. Undang –Undang kesehatan pasal 11 tentang tuntutan pasien yaitu setiap orang berhak menuntut ganti rugi terhadap seseorang atau tenaga kesehatan dan / atau penyelenggara kesehatan yang menimbulkan kerugian akibat pelayanan kesehatan yang diterimanya; tuntutan ganti rugi tidak berlaku untuk penyelamatan jiwa atau fisik seseorang dalam keadaan darurat.

Penutup

Dokumentasi adalah bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam catatan yang berguna untuk kepentingan klien, perawat dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar data yang akurat dan lengkap secara tertulis sebagai

tanggung jawab perawat (Wahid & Suprpto,2012). Penyelenggaraan proses keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Semua tindakan tersebut harus didokumentasikan sebagai bukti penyelenggaraan proses keperawatan.

Daftar Pustaka

Astuti.N,dkk. (2010). Analisi Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Pasien di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Tampan Pekanbaru. *Jurnal Photon ; Vol. 1 No.1*; 17-21.

Mangole.J.E,dkk. (2015). Hubungan Perilaku Perawat Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Cardiovascular And Brain Center RSUP PROF.DR.R.D. KANDOU MANADO. E-journal Keperawatan (e-Kp) Volume 3 Nomor 2 ; 1- 9.

Menteri Kesehatan RI . Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1239/Menkes/SK/XI/2001.

Menteri Kesehatan RI . Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/ MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis.

Putra, Prabowo, & Setiawan. (2013). Hubungan Tingkat Pengetahuan

Perawat Dengan Pelaksanaan Metode Penugasan Dalam Model Praktek Keperawatan Profesional (MPKP) Di Rsud Wates Medika Respati. *Vol. 8 No. 3*.

Rosmalia.D,dkk. (2014). Analisis Sistim Manajemen Dokumentasi Keperawatan pada Poliklinik Gigi Rumah Sakit di Bukit tinggi. *Jurnal Kesehatan Andalas ; 3(1)*. 967-972.

Setiadi. (2012). Konsep dan penulisan dokumentasi asuhan keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.

Simamora, R. H. (2019). Development of Guidelines for Applying appropriate Patient Identification to Achieve Patient Safety Goal INC2019 12th International Nursing Conference. 2019.10 455 - 455 (1 pages) UCI (KEPA) : I410-ECN-0101-2019-512-001224337.

Simamora. R. H. (2008) The correlation of ward chief's giving direction and command and the performance of on-duty nurses at Jember dr. Subandi general hospital inpatient wards. *jurnal Administrasi dan Kebijakan Kesehatan*,
(<https://fkm.unair.ac.id/jurnal-administrasi>).

Sugiyati.S. (2015). Hubungan Pengetahuan Perawat Dalam Dokumentasi Keperawatan Dengan Pelaksanaanya di Rawat RSI Kendal. *Jurnal Keperawatan.Vol. 8 No. 2*: 109 – 125.

Supratti & Ashriady. (2016) . Pendokumentasian Standar Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Mumuju, Indonesia. *Jurnal Kesehatan MANARANG ; Volume 2, Nomor 1*; 44-51.

Kozier, Erb, Berman, Snyder. (2016). Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses & Praktik. Jakarta : EGC