FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KELENGKAPAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Josephine Tamara Gloria

josephinetamara18@gmail.com

LATAR BELAKANG

Keperawatan menjadi salah satu profesi terdepan bagi tenaga kesehatan dalam upaya menjaga mutu pelayanan kesehatan. Upaya yang dilakukan profesi keperawatan dengan mengembangkan mutu pelayanan yang profesional sesuai tuntutan masyarakat di era globalisasi. Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan yang dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat humanistik dan berorientasi pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien. Salah satu bagian yang terpenting dari asuhan keperawatan adalah pendokumentasian.

Kepatuhan perawat dalam penerapan standar pelayanan keperawatan dan standar prosedur operasional sebagai salah satu ukuran keberhasilan pelayanan keperawatan dan merupakan sasaran penting dalam manajemen sumber daya

manusia. Penerapan Standar Prosedur Operasional pelayanan keperawatan pada prinsipnya adalah bagian dari kinerja dan perilaku individu dalam bekerja sesuai tugasnya dalam organisasi, dan biasanya berkaitan dengan kepatuhan. Setiap pelaksanaan proses keperawatan, perawat akan selalu melakukan pencatatan yang telah atau sering disebut dokumentasi keperawatan, mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, hingga evaluasi.

Pelaksanaan dokumentasi keperawatan merupakan salah satu alat ukur untuk mengetahui, memantau, dan menilai suatu pelayanan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh rumah sakit (Fischbach, 1991). Dokumentasi keperawatan tidak hanya mencerminkan kualitas perawatan saja tetapi membuktikan pertanggungggugatan setiap tim keperawatan (Potter & Perry, 2005). Oleh karena itu, jika kegiatan keperawatan tidak didokumentasikan dengan baik, akurat, objektif, dan lengkap serta sesuai dengan standar asuhan keperawatan maka sulit untuk membuktikan bahwa tindakan

keperawatan telah dilakukan dengan benar (Gillies, 2000; Carpenito, 1999).

Dokumentasi merupakan sarana komunikasi antar petugas rumah sakit. Dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit perlu didukung dengan sistem pengolahan dokumen keperawatan yang baik dan benar. Dokumentasi keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat yang berguna untuk kepentingan pasien, perawat dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang lengkap secara tertulis dan lengkap dengan tanggung jawab perawat. Dokumentasi keperawatan bukan hanya merupakan dokumentasi yang sah dan merupakan suatu informasi lengkap meliputi status kesehatan pasien, kebutuhan pasien serta respon yang diterimanya (Dermawan, 2012). Dokumentasi keperawatan harus memenuhi syarat: berdasarkan fakta, akurat, ringkas, lengkap, terorganisir, kesesuaian waktu, dan mudah dibaca. Pendokumentasian yang tidak lengkap akan memberikan kerugian bagi klien karena informasi penting terkait perawatan dan kondisi kesehatannya terabaikan (Teytelman, 2002). Braaf, Manias dan Riley (2011) menjelaskan bahwa pendokumentasian yang tidak efisien dan tidak efektif akibat dari kualitas dan keakuratannya kurang memadai

menyebabkan terjadinya kesalahan komunikasi antar perawat maupun profesi lain

METODE

Metode yang digunakan oleh penulis adalah *literature review* dengan cara melakukan analisis, eksplorasi, dan kajian bebas dari berbagai jurnal, *text book*, maupun *e-book* yang relevan dan berkaitan dengan materi pembelajaran yaitu peran perawat dalam meningkatkan keselamatan pasien di rumah sakit.

Artikel ataupun jurnal yang digunakan pada *literature review* ini adalah artikel atau jurnal yang didapatkan dari *google scholar* dan *google book* yang diterbitkan selama 8 tahun terakhir penerbitan. Dalam mencari *literature review*, menggunakan kata kunci faktor-faktor yang mempengaruhi kelengkapan dokumentasi keperawatan di rumah sakit.

HASIL

Dokumentasi keperawatan merupakan hal yang sangat penting untuk diperhatikan oleh perawat. Perawat sebagai tenaga kesehatan memiliki kewajiban untuk menjaga mutu pelayanan kesehatan pada pasien. Pendokumentasian keperawatan berfungsi sebagai alat ukur untuk mengetahui, memantau, dan menilai suatu

pelayanan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh rumah sakit.

Dokumentasi keperawatan adalah bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam catatan perawatan 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). Dokumentasi umumnya kurang disukai oleh perawat karena dianggap terlalu rumit, beragam, dan menyita waktu, namun dokumentasi keperawatan yang tidak dilakukan dengan tepat, lengkap dan akurat dapat menurunkan mutu pelayanan keperawatan karena tidak dapat mengidentifikasi sejauh mana tingkat keberhasilan asuhan keperawatan yang telah diberikan.

Pendokumentasian berguna bagi rumah sakit dalam meningkatkan standar akreditasi, sebagai alat komunikasi antar profesi indikator pelayanan mutu, bukti tanggung jawab dan tanggung gugat perawat, sumber data dan sarana penelitian (Teytelman, 2002; Jefferies, Jonshon, Nicholls & Lad, 2012). Pendokumentasian asuhan keperawatan dilakukan sebagai bukti tindakan keperawatan sudah dilakukan secara profesional dan legal sehingga dapat memberikan perlindungan pada perawat dan pasien (Iyer & Camp, 2005). Akan

tetapi pada kenyataan sehari-hari masih ditemukan banyaknya pendokumentasian asuhan keperawatan yang kurang maksimal. Kualitas dokumentasi keperawatan di Indonesia masih cenderung rendah.

Kelengkapan dokumentasi keperawatan dipengaruhi oleh kinerja perawat dalam pendokumentasian. Menurut Gibson, et all (1996, dalam Kurniadi 2013) faktor yang mempengaruhi kinerja adalah faktor individu sendiri, faktor psikologis, dan faktor organisasi. Penelitian terhadap faktor yang mempengaruhi pendokumentasian asuhan keperawatan oleh Ehrenberg (2001) didapatkan bahwa perawat merasa terpaksa saat melakukan dokumentasi asuhan keperawatan disebabkan oleh waktu yang kurang untuk melakukan dokumentasi, kurang pengetahuan, hambatan organisasi, kesulitan dalam menulis dan format dokumentasi yang tidak tepat.

PEMBAHASAN

Keperawatan menjadi salah satu profesi terdepan bagi tenaga kesehatan dalam upaya menjaga mutu pelayanan kesehatan. Perawat merupakan profesi yang difokuskan pada perawatan individu keluarga dan masyarakat untuk mencapai kesehatan optimal yang dilakukan perawat untuk meningkatkan rasa saling percaya,

dimana perawat dapat mendengarkan perasaan klien dan menjelaskan prosedur tindakan keperawatan, apabila tidak diterapkan akan mengganggu hubungan terapeutik yang berdampak ketidak puasan pasien dan kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat (Undang-Undang Keperawatan, 2014, p. 2). Setiap pelaksanaan proses keperawatan, perawat akan selalu melakukan pencatatan yang telah atau sering disebut dokumentasi keperawatan.

Dokumentasi merupakan aspek penting dari praktik keperawatan karena berisi catatan-catatan yang berguna untuk komunikasi, tagihan finansial, edukasi, pengkajian, riset, audit dan dokumentasi legal. Dokumentasi didefinisikan sebagai segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang, dokumentasi yang baik mencerminkan tidak hanya kualitas perawatan tetapi juga membuktikan pertanggungjawaban setiap anggota tim perawat dalam memberikan perawatan (Potter & Perry, 2005). Dokumentasi secara umum merupakan suatu catatan otentik atau semua warkat yang asli yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum.

Dokumentasi keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh informasi yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, menyusun rencana keperawatan, melaksanakan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggungjawabkan (Ali, 2001). Dokumentasi keperawatan berisi hasil aktivitas keperawatan yang dilakukan perawat terhadap klien mulai dari pengkajian hingga evaluasi (Asmadi, 2008). Dokumentasi keperawatan harus memenuhi syarat berdasarkan fakta, akurat, ringkas lengkap terorganisir kesesuaian waktu dan mudah dibaca.

Tujuan dari pelaksanaan dokumentasi keperawatan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup tentang peningkatan kesehatan dan memfasilitasi coping, perencanaan tindakan keperawatan akan dapat dilaksanakan dengan baik, jika klien mempunyai keinginan untuk berpartisipasi dalam melaksanakan tindakan keperawatan. Selama tahap pelaksanaan, perawat terus melakukan pengumpulan dan memilih tindakan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan klien. Semua tindakan keperawatan dicatat kedalam format yang telah ditetapkan oleh institusi (Nursalam, 2001, p. 78).

Dokumentasi keperawatan mempunyai manfaat yang penting bila dilihat dari berbagai aspek: hukum, jaminan mutu (kualitas pelayanan), komunikasi, keuangan, pendidikan, penelitian, dan akreditasi. Dokumentasi keperawatan tidak hanya mencerminkan kualitas perawatan saja tetapi membuktikan pertanggungjawaban setiap tim keperawatan (Potter & Perry, 2005). Oleh karena itu, jika kegiatan keperawatan tidak didokumentasikan dengan baik, akurat, objektif, dan lengkap serta sesuai dengan standar asuhan keperawatan maka sulit untuk membuktikan bahwa tindakan keperawatan telah dilakukan dengan benar (Gillies, 2000; Carpenito, 1999). Bjorvell (2002) menyatakan dari hasil FGD perawat bahwa cara menuliskan dokumentasi keperawatan membuat mereka menjadi berpikir kritis dan berpikir dengan cara yang berbeda terkait pelayanan yang diberikan kepada pasiennya.

Dokumentasi keperawatan sangat penting bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan karena klien membutuhkan catatan-catatan dan pelaporan yang dapat digunakan sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat dari berbagai kemungkinan masalah yang dialami klien baik masalah kepuasan maupun ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diberikan, dan merupakan unsur

pokok dalam pertanggungjawaban kinerja profesi keperawatan. Dokumentasi merupakan sarana komunikasi antar petugas rumah kesehatan khususnya dalam manajemen di bidang kesehatan. Dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit perlu didukung dengan sistem pengolahan dokumen keperawatan yang baik dan benar.

Pendokumentasian pada proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana asuhan keperawatan, implementasi keperawatan, sampai kepada tahap evaluasi. Untuk memperoleh data yang berhubungan dengan proses keperawatan, pengkajian adalah hal yang penting dan wajib dilakukan oleh perawat karena pada pengkajian data-data yang terkait masalah kesehatan pasien bisa didapatkan, sehingga menjadi acuan untuk pelayanan keperawatan selanjutnya.

Di Indonesia kualitas dokumentasi keperawatan masih rendah. Terlihat dari penelitian yang dilakukan Sabila (2009) dari 300 sampel rekam medik dokumentasi keperawatan 69,3% berada dalam kategori tidak lengkap. Purwanti (2012) kelengkapan dokumentasi keperawatan hanya 63% yang terdiri dari kelengkapan pengkajian hanya 53%, diagnosa dan perencanaan keperawatan 61%, dan implementasi dan evaluasi 75%. Pendokumentasian asuhan keperawatan

tidak lengkap disebabkan beberapa hal. Menurut Bergh, Bergh, dan Friberg (2007), pendokumentasian tidak memadai disebabkan oleh tidak sinkronnya proses keperawatan yang didokumentasikan. Menurut Wong (2009) perawat terkadang inkonsisten dalam mendokumentasikan waktu pelaksanaan tindakan. Pendidikan kesehatan yang dilakukan perawat tidak terstruktur dan jarang didokumentasikan (Fribeg, Bergh & Lepp, 2006). Tanda tangan setiap kegiatan perawat, simbol dan singkatan dalam dokumentasi masih belum dilakukan dengan konsisten (Rykkje, 2009). Tulisan perawat kadang-kadang tidak jelas dan kalimat yang tidak sesuai dengan intervensi yang dilakukan (Karslen, 2007). Selain itu, perawat kadang-kadang menulis pendokumentasian tindakan pada tempat yang salah dalam format yang sudah ditetapkan (Hayrinen & Saranto 2009).

Pelaksanaan pendokumentasian yang tidak lengkap dapat dipengaruhi karakteristik individu (Potter & Perry, 2010). Karakteristik perawat menurut Kane, Shamliyan, Mueller, Duval, dan Wilt (2007) adalah meliputi usia, pengalaman atau masa kerja dan pendidikan. Menurut Hurst (2005), beban kerja yang tinggi di ruang perawatan menyebabkan kurang maksimalnya pelaksanaan dokumentasi kegiatan perawat. Menurut Hurst (2005)

menyatakan bahwa semakin tinggi tingkat ketergantungan pasien maka akan semakin banyak tindakan yang akan diberikan dan akan semakin menambah beban kerja perawat. Lebih lanjut Myny, et al. (2012) mengidentifikasi dari sejumlah faktor yang mempengaruhi beban kerja, faktor yang paling berdampak adalah terkait jumlah pekerjaan yang dikerjakan perawat.

Beberapa hambatan yang berhubungan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan menurut Depkes RI (2008) yaitu kurangnya pemahaman dasar-dasar dokumentasi keperawatan. hal ini bisa terjadi karena latar belakang pendidikan yang berbeda-beda, sehingga tidak adanya keseragaman pelaksanaan dokumentasi keperawatan. Kurangnya kesadaran akan pentingnya dokumentasi keperawatan. Penulisan dokumentasi keperawatan tidak mengacu pada standar yang sudah ditetapkan, sehingga terkadang tidak lengkap dan akurat. Dokumentasi keperawatan dianggap beban. Banyaknya lembar format yang harus diisi untuk mencatat data dan intervensi keperawatan pada pasien membuat perawat terbebani. Keterbatasan tenaga. Kurangnya tenaga perawat yang ada dalam suatu tatanan pelayanan kesehatan memungkinkan perawat bekerja hanya berorientasi pada tindakan saja. Tidak cukup waktu untuk menuliskan setiap tindakan yang telah diberikan pada lembar format dokumentasi

keperawatan. Ketiadaan pengadaan lembar format dokumentasi keperawatan oleh institusi. Tidak semua tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien dapat didokumentasikan dengan baik.

Keberhasilan pendokumentasian asuhan keperawatan sangat dipengaruhi oleh seorang perawat sebagai ujung tombak dalam memberikan asuhan keperawatan (Potter & Perry, 2005). Kualitas dokumentasi keperawatan akan mencerminkan mutu dari pelayanan keperawatan. Hal ini didukung oleh teori Nursalam (2011) yang menyatakan bahwa data yang terkumpul harus lengkap agar dapat membantu perawat dalam mengatasi masalah klien yang kemudian akan membantu meningkatkan mutu pelayanan keperawatan. Bilamana pengkajian tidak diisi lengkap maka akan mengganggu proses pelayanan dan harus melakukan pengkajian ulang di ruangan dokter yang dituju sehingga waktu tidak efisien. Pengkajian yang tidak lengkap juga sangat berpengaruh terhadap pengobatan yang akan diberikan oleh dokter dan tim kesehatan lainnya. Semua data yang tercatat di pengkajian akan dilihat oleh tim kesehatan lainnya misalnya tekanan darah, pernafasan, resiko jatuh, resiko nyeri.

PENUTUP

Dokumentasi merupakan aspek penting dari praktik keperawatan karena

berisi hasil aktivitas keperawatan yang dilakukan perawat terhadap klien mulai dari pengkajian hingga evaluasi (Asmadi, 2008). Dokumentasi keperawatan tidak hanya mencerminkan kualitas perawatan saja tetapi membuktikan pertanggungjawaban setiap tim keperawatan (Potter & Perry, 2005). Oleh karena itu, dokumentasi keperawatan harus ditulis berdasarkan fakta, akurat, ringkas, lengkap, terorganisir, kesesuaian waktu, dan mudah dibaca. Namun di Indonesia kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan masih rendah. Ini disebabkan oleh beberapa hal seperti kurangnya pemahaman akan dasar-dasar dokumentasi keperawatan, kurangnya kesadaran atas pentingnya dokumentasi keperawatan, dan menganggap bahwa pendokumentasian keperawatan sebagai beban. Dokumentasi keperawatan yang tidak lengkap akan mengganggu proses pelayanan kesehatan dan sangat berpengaruh kepada tim kesehatan lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

Amalia, E., Herawati, L., & Nofiadi, N. (2018, August). FAKTOR-FAKTOR KELENGKAPAN PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN DI INSTALASI RAWAT INAP RSUD LUBUK SIKAPING. In *PROSIDING*

SEMINAR KESEHATAN PERINTIS
I(1).

- Andri, F., Indra, R., & Susmarini, D. (2015). Manuskrip Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perawat Dalam Memenuhi Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan Di Igd Rumah Sakit Wilayah Pontianak Kalimantan Barat. *Medika Respati: Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 10(4).
- Anggarawati, T., & Sari, N. W. (2016). Kepentingan Bersama Perawat-Dokter dengan Kualitas Pelayanan Keperawatan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, 12(1).
- Jumali, J. J., & Usman, S. (2017). Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pelaksanaan Dokumentasi Keperawatan. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan*, 2(3).
- Noorkasiani, N., Gustina, R., & Maryam, S. (2015). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 18(1), 1-8.
- Pakudek, K. H., Robot, F., & Hamel, R. (2014). Hubungan motivasi perawat dengan pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di instalasi rawat inap C RSUP Prof. Dr. RD Kandou Manado. *Jurnal Keperawatan*, 2(2).
- Salim, A. (2020). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kelengkapan Dokumentasi Pengkajian Rawat Jalan Di Rumah Sakit Awal Bros Batam Tahun 2016. *Journal of Hospital Administration and Management*, 1(1), 1-9.
- 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. H., Hariyati, R. T. S., & Sukihananto, S. (2013). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 16(2), 77-84.
- Ulum, M. M., & Wulandari, R. D. (2013). FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KEPATUHAN PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN BERDASARKAN TEORI KEPATUHAN MILGRAM FACTORS AFFECTING OBEDIENCE IN NURSING DOCUMENTATION BASED ON MILGRAM'S THEORY. *Jurnal*

Administrasi Kesehatan Indonesia,
1(3).

Wirawan, E. A., Novitasari, D., &
Wijayanti, F. (2013). Hubungan antara
supervisi kepala ruang dengan
pendokumentasian asuhan
keperawatan di rumah sakit umum
daerah ambarawa. *Jurnal Manajemen
Keperawatan*, 1(1).