A Study of the Completeness of Nursing Care Documentation in Inpatient Room Class I – Utama and Class III at RSUD Bendan Kota Pekalongan

Teguh Irawan[1] ; Siwi Sri Widhowati[2]
[1]Prodi Kesehatan Masyarakat
[2]Prodi Keperawatan

Abstrak

Latar Belakang: Dokumentasi keperawatan adalah bagian yang penting dari dokumentasi klinis. Dokumentasi keperawatan yang lengkap menjadi prasyarat dalam melaksanakan perawatan yang baik dan untuk efesiensi dari kerjasama dan komunikasi antar profesi kesehatan dalam pelayanan kesehatan professional. Kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan banyak dikaitkan dengan berbagai faktor di berbagai ruangan dan rumah sakit. **Tujuan:** Penelitian bertujuan untuk mengetahui perbedaan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan di Ruang Kelas I – Utama dan Kelas III RSUD Benda Kota Pekalongan. **Metode:** Penelitian ini adalah penelitian survei analitik dengan pendekatan waktu cross sectional. Sampel dalam penelitian ini adalah 19 perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap Kelas I-Utama dan 21 perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Bendan Kota Pekalongan. Data mengenai pendokumentasian asuhan keperawatan didapatkan dengan pemeriksaan dokumen asuhan keperawatan sesuai dengan standar dokumentasi asuhan keperawatan dari instrumen baku Departemen Kesehatan RI. Perbandingan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di dua ruangan perawatan dilakukan dengan menggunakan uji chi square. **Hasil:** Responden yang menerapkan standar dokumentasi asuhan keperawatan dengan lengkap di ruang kelas I-utama (63.2%) lebih besar dibanding di ruang kelas III (28.6%). Berdasarkan hasil uji *chi square*, diperoleh *p value* = 0,028, nilai ini lebih kecil dari 0,05 yang berarti ada perbedaan yang signifikan antara kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang kelas I-Utama dengan kelas III RSUD Bendan Kota Pekalongan. **Kesimpulan:** Perawat di ruang kelas I-Utama lebih lengkap dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan dibanding perawat di ruang kelas III.

Kata Kunci: Perbandingan, Kelengkapan, Dokumentasi, Keperawatan, Kelas

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Dokumentasi keperawatan adalah bagian yang penting dari dokumentasi klinis. Dokumen ini merupakan suatu 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). Dokumentasi keperawatan yang lengkap menjadi prasyarat dalam melaksanakan perawatan yang baik dan untuk efesiensi dari kerjasama dan komunikasi antar profesi kesehatan dalam pelayanan kesehatan professional. Dengan demikian, kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan bagian dari kualitas pelayanan keperawatan di rumah sakit (*Siswanto dkk, 2013).*

Kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan banyak dikaitkan dengan berbagai faktor meliputi motivasi perawat (Supratman, 2007), proses penulisan, standar, punishment dan reward (Setiawan, 2012), supervisi (Agung, 2009), sedangkan salah satu faktor yang dominan dalam mempengaruhi pendokumentasian asuhan keperawatan adalah perbedaan beban kerja perawat (Eveline, 2009; Supratman, 2007; Inayah & Wahyuni, 2012).

Namun, banyak penelitian menunjukkan bahwa dokumentasi keperawatan di berbagai rumah sakit masih belum sesuai standar. Harto (2010) menyatakan bahwa dokumentasi masih belum dilakukan secara optimal oleh kebanyakan perawat dalam melaksanakan tugasnya sehari-hari. Melalui evaluasi dokumentasi keperawatan pada beberapa rumah sakit umum, ditemukan bahwa kemampuan perawat menuliskan asuhan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan yang memenuhi kriteria, rata-rata kurang dari 60%.

Oleh sebab itu, penelitian ini dilakukan untuk memberikan gambaran perbandingan kelengkapan

pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang kelas I - utama dan kelas III RSUD Bendan Kota Pekalongan.

Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan di Ruang Kelas I – Utama dan Kelas III RSUD Benda Kota Pekalongan.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian survei analitik dengan pendekatan waktu cross sectional. Sampel dalam penelitian ini adalah 19 perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap Kelas I-Utama dan 21 perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Bendan Kota Pekalongan. Data mengenai pendokumentasian asuhan keperawatan didapatkan dengan pemeriksaan dokumen asuhan keperawatan di masing-masing ruangan. Pemeriksaan dilakukan pada keseluruhan aspek proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, evaluasi dan catatan asuhan keperawatan. Lima dokumen yang diambil secara acak dari masing-masing perawat diperiksa kelengkapan pengisiannya berdasarkan standar dokumentasi asuhan keperawatan dari instrumen baku Departemen Kesehatan RI. Perbandingan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang kelas I - utama dan kelas III RSUD Bendan Kota Pekalongan dilakukan dengan menggunakan uji chi square.

HASIL PENELITIAN

A. Deskripsi Karakteristik Responden

Karakteristik responden dalam penelitian ini didasarkan pada umur, masa kerja, jenis kelamin dan status kepegawaian.

Tabel 1 Karakteristik Umur dan Masa Kerja Responden (n = 40)

Karakteristik	Mean	SD	Min	Mak
Umur (th)	27	3,99	22	37
Masa kerja (th)	4,52	3,82	1	14

Tabel 1 menunjukkan bahwa umur responden berkisar antara 22 sampai 37 tahun dengan rata-rata 27 tahun. Masa kerja responden pada penelitian ini berkisar antara 1 sampai 14 tahun dengan rata-rata 4,52 tahun.

Tabel 2 Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin dan Status Kepegawaian Responden (n = 40)

Karakteristik Responden	n	%
Jenis Kelamin		
Laki – laki	15	37,5
Perempuan	25	62,5
Status Kepegawaian		
PNS	2	5,0
Non PNS	38	95,0

Tabel 2 menunjukan responden pada penelitian ini lebih banyak berjenis kelamin perempuan (62,5%). Dan berstatus Non PNS (95,0%)

B. Deskripsi Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Kelas 1-Utama

Tabel 3 menunjukkan responden yang mendokumentasikan asuhan keperawatan dengan lengkap lebih banyak dibanding responden yang mendokumentasikan asuhan keperawatan dengan kurang lengkap yaitu sebesar 63,2%.

Tabel 3 Distribusi Frekuensi Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Ruang Kelas 1-Utama

Dokumentasi Askep	n	%
Lengkap	12	63,2
Kurang Lengkap	7	36,8
Total	19	100,0

Apabila dilihat dari tiap tahapan asuhan keperawatan, pada tahap pengkajian, 100% responden tidak mencatat pengkajian data yang dikerjakan sejak pasien masuk sampai pulang, pengkajian yang dicatat hanya pengkajian pada saat pasien masuk saja dan 42,1% responden tidak merumuskan masalah berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan. Pada tahap diagnosa terlihat 42,1% responden tidak mencatat diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan. Pada tahap perencanaan terlihat 36,8% responden tidak menyusun perencanaan menurut urutan prioritas dan 42,1% responden tidak merencanakan tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas. Pada tahap tindakan terlihat 94,7% responden tidak mencatat revisi tindakan berdasarkan hasil evaluasi dan 42,1% responden tidak mencatat semua tindakan yang telah dilaksanakan dengan ringkas dan jelas. Pada tahap evaluasi terlihat masih ada 10,5% responden mencatat evaluasi tidak mengacu pada tujuan. Pada catatan asuhan keperawatan terlihat 26,3% responden tidak melakukan pencatatan sesuai dengan tindakan yang dilaksanakan dan 47,4% responden tidak menulis pencatatan dengan jelas, ringkas, istilah yang baku dan benar.

Akan tetapi hasil penilaian dokumentasi asuhan keperawatan

menunjukkan semua responden (100,0%) sudah mencatat dokumentasi asuhan keperawatan pada format baku yang disiapkan rumah sakit walaupun masih banyak responden yang mencatat dengan kurang lengkap. Semua berkas catatan asuhan keperawatan yang dikerjakan responden (100,0%) disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku mulai dari ruang rawat inap sampai dibawa ke Rekam Medis.

C. Deskripsi Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Kelas III

Tabel 4 Distribusi Frekuensi Kelangkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Dokumentasi Askep	n	%
Lengkap	6	28,6
Kurang Lengkap	15	71,4
Total	21	100,0

Tabel 4 menunjukkan responden yang mendokumentasikan asuhan keperawatan dengan kurang lengkap lebih banyak dibanding responden yang mendokumentasikan asuhan keperawatan dengan lengkap yaitu sebesar 71,4%. Apabila dilihat dari tiap tahapan asuhan keperawatan maka pada tahap pengkajian terdapat 100% responden yang tidak mencatat pengkajian data yang dikerjakan sejak pasien masuk sampai pulang, pengkajian yang dicatat hanya pengkajian pada saat pasien masuk saja dan 76,2% responden tidak merumuskan masalah berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan. Pada tahap diagnosa terlihat 76,2% responden tidak mencatat diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan. Pada tahap perencanaan terlihat 90,5% responden tidak menyusun perencanaan menurut

urutan prioritas, 71,4% responden merumuskan tujuan perencanaan tidak mengandung komponen pasien/subyek, perubahan, perilaku, kondisi pasien, atau kriteria waktu dan 90,5% responden tidak merencanakan tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas. Pada tahap tindakan terlihat 90,5% responden tidak mencatat revisi tindakan berdasarkan hasil evaluasi dan 90,5% responden tidak mencatat semua tindakan yang telah dilaksanakan dengan ringkas dan jelas. Pada tahap evaluasi terlihat 47,6% responden mencatat evaluasi tidak mengacu pada tujuan. Pada catatan asuhan keperawatan terlihat 90,5% responden tidak melakukan pencatatan sesuai dengan tindakan yang dilaksanakan dan 95,2% responden tidak menulis pencatatan dengan jelas, ringkas, istilah yang baku dan benar.

Akan tetapi hasil penilaian dokumentasi asuhan keperawatan menunjukkan semua responden (100,0%) sudah mencatat dokumentasi asuhan keperawatan pada format baku yang disiapkan Rumah Sakit walaupun masih banyak responden yang mencatat dengan kurang lengkap. Dan semua (100,0%) berkas catatan asuhan keperawatan yang dikerjakan responden disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku mulai dari ruang rawat inap sampai dibawa ke Rekam Medis.

D. Hasil Analisis Bivariat

Analisis bivariat menjelaskan perbedaan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pada ruang kelas I - utama dan kelas III RSUD Bendan Kota Pekalongan.

Tabel 5 Uji Chi Square pada Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Kelas I-Utama dan Kelas III

Ruangan	Dokumentasi Asuhan Keperawatan		P value
	Lengkap	Tidak Lengkap	
	n (%)	n (%)	
Kelas I-Utama	12 (63.2%)	7 (36.8%)	0.028
Kelas III	6 (28.6%)	15 (71.4%)	

Dari tabel 5 diketahui responden yang mendokumentasikan asuhan keperawatan dengan lengkap di ruang kelas I-utama (63.2%) lebih besar dibanding di ruang kelas III (28.6%). Berdasarkan hasil uji *chi square*, diperoleh *p value* = 0,028, nilai ini lebih kecil dari 0,05 yang berarti H0 ditolak. Artinya, ada perbedaan yang signifikan antara kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang kelas I-Utama dengan kelas III RSUD Bendan Kota Pekalongan.

PEMBAHASAN

Dokumentasi merupakan salah satu aspek terpenting dari peran pemberi perawatan kesehatan. Dokumentasi juga merupakan bukti bahwa tanggung jawab dan etik perawat terhadap pasien sudah dipenuhi, dan pasien menerima asuhan keperawatan yang bermutu. Perawat sebagai tenaga profesional bertanggung jawab untuk mendokumentasikan asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien. Proses keperawatan merupakan cara yang sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama pasien dalam menentukan kebutuhan asuhan keperawatan dengan melakukan pengkajian, menentukan diagnosis, merencanakan tindakan yang akan dilakukan, melaksanakan

tindakan keperawatan dan melakukan evaluasi hasil asuhan keperawatan yang telah dilakukan dengan berfokus pada pasien, berorientasi pada tujuan pada setiap tahap saling ketergantungan dan kesinambungan (Nursalam, 2003). Apabila Pencatatan pada tiap tahapan proses asuhan keperawatan masih kurang lengkap maka tujuan keperawatan belum bisa dicapai dengan baik (Nursalam, 2003; Dermawan, 2012). Sehingga diperlukan usaha-usaha untuk meningkatkan pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di RSUD Bendan Kota Pekalongan.

Penelitian ini menganalisa perbedaan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pada ruang kelas I-Utama dan kelas III. Kelengkapan dokumentasi dilihat hasil dokumentasi pada keseluruhan aspek proses keperawatan (pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, evaluasi) dan catatan asuhan keperawatan. Dokumentasi yang lengkap adalah dokumentasi yang sesuai dengan standar pendokumentasian asuhan keperawatan dari Departemen Kesehatan RI.

Hasil penelitian mengenai gambaran pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan pada masing-masing proses keperawatan menyatakan bahwa responden di ruang kelas III lebih banyak melakukan dokumentasi yang tidak sesuai standar dibanding responden kelas I-Utama. Hasil uji chi square pada data kelengkapan dokumentasi juga menyatakan bahwa ada perbedaan yang siginifikan pada pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di dua ruang kelas

perawatan (sesuai tabel 5). Sebanyak 62.3% responden di ruang kelas I-Utama mendokumentasikan asuhan keperawatan secara lengkap, sedangkan di ruang kelas III hanya 28.6% responden yang mendokumentasikan asuhan keperawatan secara lengkap, sehingga dapat disimpulkan bahwa perawat di ruang kelas I-Utama cenderung mendokumentasikan asuhan keperawatan dengan lengkap dibanding kelas III.

Perbedaan ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor. Jika dilihat dari karakteristik responden, tabel 1 menunjukkan bahwa umur responden berkisar antara 22 sampai 37 tahun dengan rata-rata 27 tahun. Hal ini dapat dikatakan bahwa umur responden pada penelitian ini tergolong usia produktif. Kemampuan dan ketrampilan seseorang seringkali dihubungkan dengan umur, sehingga semakin lama umur seseorang semakin dewasa dalam bertindak dan memecahkan suatu masalah yang akhirnya berpengaruh terhadap produkvifitas kerja. Tenaga kerja senior cenderung mempunyai kinerja tinggi karena lebih mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan berdasarkan pengalamannya dalam bekerja (Robbins, 2003).

Masa kerja responden pada penelitian ini berkisar antara 1 sampai 14 tahun dengan rata-rata 4,52 tahun. Hal ini menunjukkan bahwa masa kerja responden sebagai perawat cukup lama. Masa kerja berkaitan erat dengan pengalaman-pengalaman yang telah didapat selama menjalankan tugas. Mereka yang berpengalaman dipandang lebih

mampu dalam pelaksanaan tugas, makin lama masa kerja seseorang kecakapan mereka akan lebih baik, karena sudah menyesuaikan dengan pekerjaannya (Robbins, 2003).

Tabel 2 menunjukan responden pada penelitian ini lebih banyak berjenis kelamin perempuan (62,5%). Pada dasarnya tidak ada perbedaan yang konsisten antara laki-laki dan perempuan dalam kemampuan memecahkan masalah, ketrampilan analisis, dorongan kompetitif, motivasi, sosiabilitas, atau kemampuan belajar. Namun studi-studi psikologi telah menemukan bahwa perempuan lebih bersedia untuk mematuhi wewenang, dan laki-laki lebih agresif dan lebih besar kemungkinannya daripada wanita dalam memiliki pengharapan untuk sukses. Bukti yang konsisten juga menyatakan bahwa perempuan mempunyai tingkat kemangkiran yang lebih tinggi daripada laki-laki (Robbins, 2003).

Responden pada penelitian ini lebih banyak berstatus non PNS (95,0%). Perbedaan status ini menimbulkan beberapa permasalahan yaitu perawat non PNS merasa keamanan dan kestabilan kerja belum terjamin sehingga masih memiliki kemungkinan untuk berpindah bekerja mengingat belum adanya jaminan masa depan yang pasti. Sebaliknya, tenaga perawat PNS yang memiliki jaminan keamanan kestabilan kerja belum menunjukkan produktifitas yang sesuai dengan harapan (Said, 2004).

Namun, kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan banyak dikaitkan dengan berbagai faktor lain meliputi

motivasi perawat (Supratman, 2007), proses penulisan, standar, punishment dan reward (Setiawan, 2012), supervisi (Agung, 2009), sedangkan salah satu faktor yang dominan dalam mempengaruhi pendokumentasian asuhan keperawatan adalah perbedaan beban kerja perawat (Eveline, 2009; Supratman, 2007; Inayah & Wahyuni**,** 2012).

Perawat yang mempunyai pengetahuan baik cenderung dapat mendokumentasikan asuhan keperawatan dengan baik. Perawat juga akan melakukan pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya dengan baik termasuk melakukan pencatatan dokumentasi asuhan keperawatan jika didukung dengan supervisi yang efektif (Ilyas, 2002). Sedangkan beban kerja yang berlebihan dapat menurunkan kinerja perawat dalam melaksanakan tugasnya. Pada tenaga keperawatan beban kerja yang berlebih dapat dilihat dari kapasitas tugas yang harus dikerjakannya (Nursalam, 2003).

KESIMPULAN

Kesimpulan dari penelitian ini adalah ada perbedaan yang signifikan antara kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang kelas I-Utama dengan kelas III RSUD Bendan Kota Pekalongan, dimana perawat di ruang kelas I-Utama lebih lengkap dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan dibanding perawat di ruang kelas III. Untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang kelas I-Utama dan kelas III RSUD Bendan Kota Pekalongan , maka diperlukan penelitian lebih lanjut.

SARAN

Berikut adalah rekomendasi dari hasil penelitian ini:

a. Pihak rumah sakit dapat memberikan penguatan kepada para perawat mengenai standar baku dokumentasi asuhan keperawatan dari Departemen Kesehatan RI.
b. Pihak rumah sakit sebaiknya mempertimbangkan distribusi perawat pada masing-masing ruangan perawatan berdasarkan usia, masa kerja, jenis kelamin, dan status kepegawaian perawat.
c. Untuk dapat mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di rumah sakit sebaiknya dilakukan penelitian lanjutan mengenai berbagai faktor tersebut pada masing-masing ruangan perawatan, sehingga dapat dibuat kebijakan-kebijakan yang tepat dalam meningkatkan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan masing-masing ruangan.

DAFTAR PUSTAKA

Agung, Pribadi. *Analisis Pengaruh Faktor Pengetahuan, Motivasi, Dan Persepsi Perawat Tentang Supervisi Kepala Ruang terhadap Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Kelet Provinsi Jawa Tengah di Jepara.*Diakses dari http://eprints.undip.ac.id/16228/

Ali, Z. 2010. *Dasar-Dasar Dokumentasi Keperawatan.* EGC. Jakarta

Dermawan D. 2012. *Proses Keperawatan: Penerapan Konsep dan Kerangka Kerja.* Yogyakarta: Gosyen Publising.

Eveline. 2009. *Hubungan beban kerja perawat dengan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Dr.Doris Sylvanus Palangka Raya.* Diakses dari http://eprints.undip.ac.id/8886/

Harto D. 2010. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Pendokumentasian Proses* Keperawatan *Di Ruang Rawat Inap RSUD Kajen Kabupaten Pekalonga*. Pekalongan: Stikes Pekajangan.

Ilyas Y. 2002. *KINERJA : Teori, Penilaian, dan Penelitian*. Depok: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM-UI.

Inayah, Iin & Wahyuni. 2012. *Beban Kerja Perawat Pelaksana Berhubungan dengan Pelaksanaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan*. Diakses dari www.stikesayani.ac.id/publikasi/e-journal/files/2012/.../201208-002.pdf

Nursalam. 2008. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan : Konsep dan Praktek*. 2 ed. Jakarta: Salemba Medika.

Robbins SP. 2003. *Perilaku Organisasi*. Jakarta: INDEKS kelompok GRAMEDIA.

Said S. 2004. *Analisis Kinerja Perawat Kontrak Dan Perawat Tetap (PNS) Dalam* Memberikan *Asuhan Keperawatan Di RSUD Wates Kulon Progo*. Yogyakarta: UGM.

Setiawan, Samuel. 2012. *Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Raden Soedjati Soemodihardjo Kabupaten Grobogan Tahun 2012. Diakses dari* http://eprints.undip.ac.id/39797/

Siswanto, dkk. 2012. *Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan*. Diakses dari http://jki.ui.ac.id/index.php/jki/article/view/5

Supratman, 2007. *Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Ditinjau Dari Beban Kerja Dan Motivasi Kerja Perawat Di Rumah Sakit Dr. Moewardi, Surakarta*. Diakses dari http://elib.pdii.lipi.go.id/katalog/index.php/searchkatalog/byId/50076