



UNIVERSITAS INDONESIA

**KELENGKAPAN DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN DAN
KARAKTERISTIKNYA PADA PASIEN RAWAT INAP DEWASA NON
KEBIDANAN DI RUMAH SAKIT HAJI JAKARTA TAHUN 2012**

SKRIPSI

DISUSUN OLEH:

EKA DESI PURWANTI

0806458164

**DEPARTEMEN BIostatistika DAN KEPENDUDUKAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

2012



UNIVERSITAS INDONESIA

**KELENGKAPAN DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN
DAN KARAKTERISTIKNYA PADA PASIEN RAWAT INAP
DEWASA NON KEBIDANAN DI RUMAH SAKIT HAJI
JAKARTA TAHUN 2012**

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Kesehatan Masyarakat

EKA DESI PURWANTI
0806458164

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
PEMINATAN MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN
DEPARTEMEN BIostatistika DAN ILMU KEPENDUDUKAN
DEPOK
JULI 2012**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Eka Desi Purwanti

NPM : 0806458164

Tanda Tangan:



Tanggal : 06 Juli 2012

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Eka Desi Purwanti
Nomor Pokok Mahasiswa : 0806458164
Mahasiswa program : Sarjana Kesehatan Masyarakat
Tahun Akademik : 2008

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan skripsi saya yang berjudul:

Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Dan Karakteristiknya Pada Pasien Rawat Inap Dewasa Non Kebidanan Di Rumah Sakit Haji Jakarta Tahun 2012

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 06 Juli 2012



(Eka Desi Purwanti)

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :
Nama : Eka Desi Purwanti
NPM : 0806458164
Program Studi : Manajemen Informasi Kesehatan
Judul Skripsi : Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan
Dan Karakteristiknya Pada Pasien Rawat Inap Dewasa
Non Kebidanan Di Rumah Sakit Haji Jakarta Tahun
2012

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat pada Peminatan Manajemen Informasi Kesehatan, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Martya Rahmaniati S.Si., M.Si ()

Penguji : R. Sutiawan S.Kom, M.Si ()

Penguji : Ns. Nurhayati Nurdin S.Kep ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 6 Juli 2012

Kelengkapan dokumentasi..., Eka Desi Purwanti, FKM UI, 2012

RIWAYAT HIDUP PENULIS

Nama : Eka Desi Purwanti

Tempat Tanggal Lahir : Boyolali, 9 Desember 1989

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Jalan Raya Inpres Rt 004/010 No. 100 Kel. Tengah, Kramat Jati, Jakarta Timur 13540

Agama : Islam

Riwayat Pendidikan :

1. TK Al Bariyah (1995-1996)
2. SD Negeri 02 Tengah (1996-2002)
3. SMP Negeri 20 Jakarta (2002-2005)
4. SMA Negeri 48 Jakarta (2005-2008)
5. FKM UI (2008-2012)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas segala rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis memiliki kesempatan dan dimampukan untuk menyelesaikan tugas akhir dalam bentuk skripsi yang berjudul “Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Dan Karakteristiknya Pada Pasien Rawat Inap Dewasa Non Kebidanan Di Rumah Sakit Haji Jakarta Tahun 2012”. Shalawat serta salam kepada Rasulullah SAW, keluarga, para sahabat, dan pengikutnya yang telah menuntun kita ke jalan yang di-ridhoi Allah SWT.

Penulisan skripsi ini merupakan salah satu persyaratan akademik untuk menyelesaikan pendidikan pada Program S1 Kesehatan Masyarakat Peminatan Manajemen Informasi Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Dalam penyusunan dan penulisan skripsi ini tidak lepas dari banyak dukungan, bantuan serta masukan dari berbagai pihak sehingga penulis termotivasi dan dapat menyelesaikan skripsi ini tepat pada waktunya. Untuk itu, penulis ingin menyampaikan rasa terima kasih sebesar-besarnya kepada:

1. Allah SWT, yang telah memberikan kelancaran dan kemudahan dalam proses penyusunan skripsi ini.
2. Orang tua tercinta yang selalu berdoa, memberikan semangat dan dukungan kepada saya, sehingga saya termotivasi mengerjakan skripsi ini hingga selesai.
3. Ibu Dr. Drg Indang Trihandini, M.Kes selaku Ketua Departemen Bioostatistik dan kependudukan FKM UI
4. Ibu Martya Rahmaniati, S.Si, M.Si. selaku pembimbing akademik yang telah meluangkan waktu untuk memberikan bimbingan dan arahan kepada penulis, hingga akhir skripsi ini selesai. Terimakasih banyak Bu Tya...
5. Bapak R. Sutiawan S.Kom, M.Si dan Ibu Ns. Nurhayati Nurdin S.Kep selaku penguji sidang peneliti yang memberikan saran untuk perbaikan skripsi ini.

6. Semua dosen Departemen Biostatistik dan Ilmu Kependudukan yang telah memberikan ilmu yang sangat bermanfaat untuk masa depan saya. Terima kasih Pak, Bu...
7. RS Haji Jakarta khususnya Bagian Keperawatan dan Unit Rekam Medis yang telah memberikan kesempatan kepada penulis untuk belajar dalam menerapkan ilmu yang didapat selama kuliah dalam pengambilan data untuk penulisan skripsi..
8. Sahabat tercinta yang selalu bersama dalam senang atau pun sedih, memberikan semangat, bantuan, dan do'a dalam penulisan skripsi ini. Teruntuk Dian Nur Wijayanti, Wirda Syari, Ratih Fatimah, Nurmalia Safitri, M Baried Izhom, dan Loli Adriani.. Perjuangan ini manis karena ada kalian.
9. C3BKM aka Geng Ngaji Cantik (Dewi, Ucha, Fiky, Almas, Indri, Asti, Dela, Septi, Ayu, Cipa) Terimakasih atas kebersamaan dan energy positif kalian yang membuat kita selalu bersemangat jalani kehidupan kampus.
10. Rekan-rekan seperjuangan Dept.Biostatistika dan Kependudukan: Almas, Asti, Umi, Yulia R, Yulia K, Phituy, Rani, Hani, Rahma, Amy, Gita, Kiky, Indah R, Indah Tri, Dita, Fatma, Alice, Zeezee, Fiza. *I will miss you guys..*
11. Adik-adik Biostatistik 2009, makasih udah support dan bantu kakak-kakaknya..
12. Mba Yuni dan Mas Pram, makasih mba mas udah jadi temen kita dan tempat berkeluh kesah..
13. Risky Kusuma, terima kasih udah jadi pembimbing unsur alumni..
14. My Little (Syafiq, Fathiya, Raiyan) Terimakasih telah mengalihkan dunia Auntie dan membawa kedamaian.
15. Dan pihak-pihak lain yang tidak bisa disebutkan satu per satu yang telah membantu penulis selama ini.

Depok, 1 Juli 2012

Eka Desi Purwanti

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Eka Desi Purwanti
NPM : 0806458164
Program Studi : S1-Reguler 2008
Departemen : Biostatistik dan Ilmu Kependudukan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Skripsi

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalti-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

KELENGKAPAN DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN DAN KARAKTERISTIKNYA PADA PASIEN RAWAT INAP DEWASA NON KEBIDANAN DI RUMAH SAKIT HAJI JAKARTA TAHUN 2012

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini, Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada Tanggal : 06 Juli 2012

Yang menyatakan



ABSTRAK

Nama : Eka Desi Purwanti

Program Studi : Kesehatan Masyarakat

Judul : Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan dan Karakteristiknya Pada Pasien Rawat Inap Dewasa Non Kebidanan Di Rumah Sakit Haji Jakarta Tahun 2012

Kelengkapan dokumen asuhan keperawatan sangat mempengaruhi mutu rekam medis dan mutu pelayanan rumah sakit, tetapi RS. Haji Jakarta belum mencapai target minimal 80% kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pasien rawat inap. Tujuan dari penelitian ini mengetahui gambaran kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan dan karakteristiknya pada pasien rawat inap dewasa non kebidanan RS Haji Jakarta tahun 2012 melalui variabel pengetahuan perawat, pelatihan, jumlah ketenagaan perawat, sarana, manajemen keperawatan, dan proses pelaksanaan pendokumentasian.

Metode yang digunakan yaitu penelitian kuantitatif bersifat deskriptif dan didukung pendekatan kualitatif yang dilakukan dengan observasi dokumen asuhan keperawatan pada status pasien rawat inap pada bulan Mei 2012 dan terpilih secara acak kemudian di observasi dengan lembar checklist, wawancara perawat dan bagian rekam medis, serta studi pustaka.

Hasil penelitian didapatkan kelengkapan dokumentasi askep hanya 63%, pengetahuan perawat terhadap dokumentasi asuhan keperawatan cukup, pelatihan dokumentasi asuhan keperawatan pernah dilakukan tetapi tidak rutin, jumlah perawat di beberapa ruangan masih kurang, sarana pendokumentasian askep mencukupi, manajemen sistem penugasan dan pengawasan sudah diterapkan, namun proses pelaksanaan pendokumentasian askep belum semuanya sesuai dengan SPO yang ada di RS Haji Jakarta.

Disarankan agar manajemen RS Haji Jakarta mengadakan pelatihan rutin, membuat petunjuk teknis pengisian dokumentasi asuhan keperawatan atau merevisi SPO yang ada, menerapkan sistem reward dan punishment, serta membakukan format formulir diagnosa dan rencana intervensi.

Kata kunci: asuhan keperawatan, dokumentasi, kelengkapan

ABSTRACT

Name : Eka Desi Purwanti

Study Program : Public Health

Title : The Completeness of Nursing Documentation and Its Characteristics in Adult Non-Obstetric Inpatient in RS Haji Jakarta 2012

The completeness of the document greatly affects the quality of nursing care and quality of medical records in hospital services, but the RS. Haji Jakarta has not reached the minimum target of 80% completeness of documentation of nursing care of inpatients. The purpose of this study is to know the description of the completeness of documentation of nursing care and its characteristics in adult non-obstetric inpatient in RS Haji Jakarta 2012 through the variables such as nursing knowledge, training, the nurse workforce, facilities, nursing management, documentation and implementation process.

This thesis focused on descriptive quantitative research which supported by the observation of a qualitative approach to document of the status of nursing care in inpatients in May 2012 and was selected at random then observe it with a checklist sheet, interview, and study literature. The results obtained completeness of nursing documentation is only 63% and implementation of nursing documenting is not in accordance with the SPO's in RS Haji Jakarta.

It is suggested that RS Haji Jakarta should to conduct routine management training, establish the fulfillment of technical guidance documentation of nursing care or revising the existing of the SPO, adjust a system of reward and punishment, and standardize the forms of diagnosis and intervention plan.

Keywords: nursing care, documentation, completeness

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
SURAT PERNYATAAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
RIWAYAT HIDUP PENULIS	v
KATA PENGANTAR	vi
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI SKRIPSI.....	xiii
ABSTRAK	ix
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR SINGKATAN	xvi
DAFTAR LAMPIRAN.....	xvii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Pertanyaan Penelitian.....	3
1.4 Tujuan Penelitian.....	4
1.4.1 Tujuan Umum.....	4
1.4.1 Tujuan Khusus.....	4
1.5 Manfaat Penelitian.....	5
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	7
2.1 Rumah Sakit.....	7
2.1.1 Pengertian Rumah Sakit	7
2.1.2 Asas dan Tujuan	7
2.1.3 Tugas dan Fungsi.....	7
2.2 Rekam Medis.....	8
2.2.1 Definisi Rekam Medis.....	8
2.2.2 Tujuan dan Kegunaan Rekam Medis	8
2.3 Keperawatan	9
2.3.1 Definisi, Peran, dan Fungsi Perawat	9
2.3.2 Proses Keperawatan.....	11
2.3.2.1 Definisi Proses Keperawatan	11
2.3.2.2 Tahap-Tahap Proses Keperawatan	13
2.4 Dokumentasi Asuhan Keperawatan	15
2.4.1 Definisi Dokumentasi Asuhan Keperawatan	15
2.4.2 Tujuan Dokumentasi	15
2.4.3 Manfaat Dokumentasi Askep	16
2.4.4 Model Dokumentasi Askep	18

2.4.5 Karakteristik dan Prinsip Dokumentasi Keperawatan	20
2.4.6 Proses Keperawatan Sebagai Kerangka Kerja Dokumentasi Proses Keperawatan	22
2.4.6.1 Dokumentasi Pengkajian.....	22
2.4.6.2 Dokumentasi Diagnosa Keperawatan	24
2.4.6.3 Dokumentasi Perencanaan Keperawatan	25
2.4.6.4 Dokumentasi Implementasi Keperawatan.....	27
2.4.6.5 Dokumentasi Evaluasi Keperawatan.....	28
2.4.7 Karakteristik Data.....	29
2.5 Hal-Hal Yang Menunjang Dokumentasi Askep	30
2.5.1 Jumlah Tenaga Perawat	30
2.5.2 Pengetahuan Perawat.....	31
2.5.3 Pelatihan	32
2.5.4 Sarana	32
2.5.5 Manajemen Keperawatan	33
2.6 Pendekatan Sistem	35
BAB III KERANGKA TEORI & DEFINISI OPERASIONAL	37
3.1 Kerangka Teori	37
3.2 Kerangka Konsep.....	38
3.3 Definisi Operasional	39
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN	46
4.1 Desain Penelitian	46
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	46
4.3 Pengumpulan Data.....	46
4.4 Populasi dan Sampel.....	46
4.5 Instrumen Penelitian	48
4.6 Informan Penelitian	48
4.7 Pengolahan dan Analisa Data	48
BAB V GAMBARAN UMUM RS HAJI JAKARTA	49
5.1 Sejarah RS Haji Jakarta	49
5.2 Visi dan Misi RS Haji Jakarta	50
5.3 Fasilitas dan Pelayanan	51
5.4 Kondisi Ketenagaan	52
5.5 Struktur Organisasi	53
5.6 Gambaran Umum Unit Rekam Medis	53
5.7 Gambaran Umum Bagian Keperawatan	54
BAB VI HASIL PENELITIAN.....	56
6.1 Pelaksanaan Penelitian	56
6.2 Karakteristik Informan	56

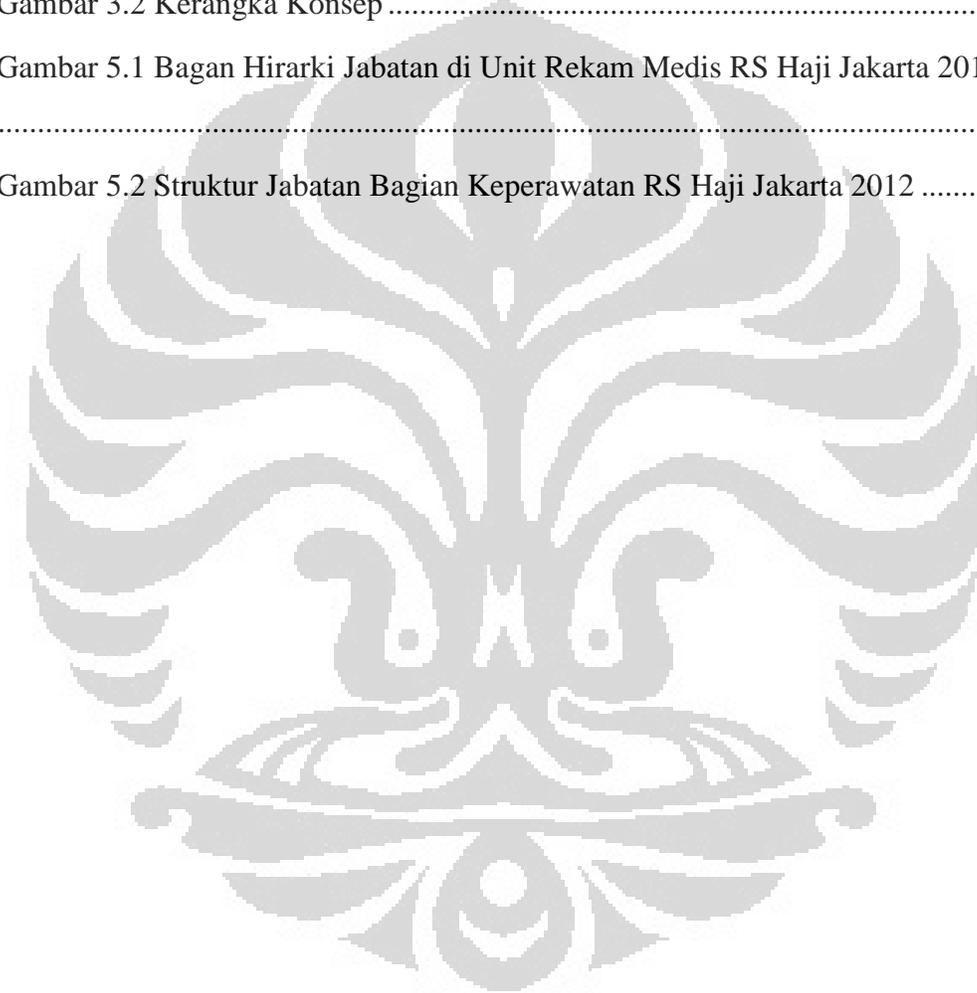
6.3 Hasil Penelitian	57
6.3.1 Input Pendokumentasian Askep	57
6.3.1.1 Pengetahuan Perawat	57
6.3.1.2 Pelatihan	57
6.3.1.3 Ketersediaan Tenaga Perawat	58
6.3.1.4 Sarana Pendokumentasian.....	59
6.3.1.5 Manajemen (Penugasan dan Pengawasan)	61
6.3.2 Proses Pelaksanaan Dokumentasi Askep	63
6.3.3 Output (Kelengkapan Dokumentasi Askep)	64
BAB VII PEMBAHASAN	66
7.1 Keterbatasan Penelitian	66
7.2 Pembahasan Hasil Penelitian	66
7.2.1 Input.....	67
7.2.1.1 Pengetahuan Perawat	67
7.2.1.2 Pelatihan	68
7.2.1.3 Ketersediaan Tenaga Perawat	69
7.2.1.4 Sarana Pendokumentasian.....	71
7.2.1.5 Manajemen (Penugasan dan Pengawasan)	72
7.2.2 Proses Pelaksanaan Dokumentasi Askep	74
7.2.3 Output (Kelengkapan Dokumentasi Askep)	75
BAB VIII. KESIMPULAN.....	78
8.1 Kesimpulan.....	78
8.2 Saran	79
DAFTAR PUSTAKA	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Definisi Operasional	39
Tabel 6.1 Karakteristik Informan	56
Tabel 6.2 Jumlah Tenaga Perawat, Tempat Tidur, dan BOR di Instalasi Rawat Inap RS Haji Jakarta Tahun 2012	59
Tabel 6.3 Pelaksanaan Pendokumentasian Yang Tidak Sesuai Dengan SOP	63
Tabel 6.4 Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Pada Pasien Rawat Inap Dewasa Non Kebidanan RS Haji Jakarta Mei 2012	65
Tabel 7.1 Matriks Kecukupan Jumlah Tenaga Perawat Rawat Inap Dewasa Non Kebidanan Berdasarkan Perhitungan Gillies	69
Tabel 7.2 Matriks Kecukupan Jumlah Tenaga Dewasa Non Kebidanan (Rumus Modifikasi RS Haji Jakarta)	70

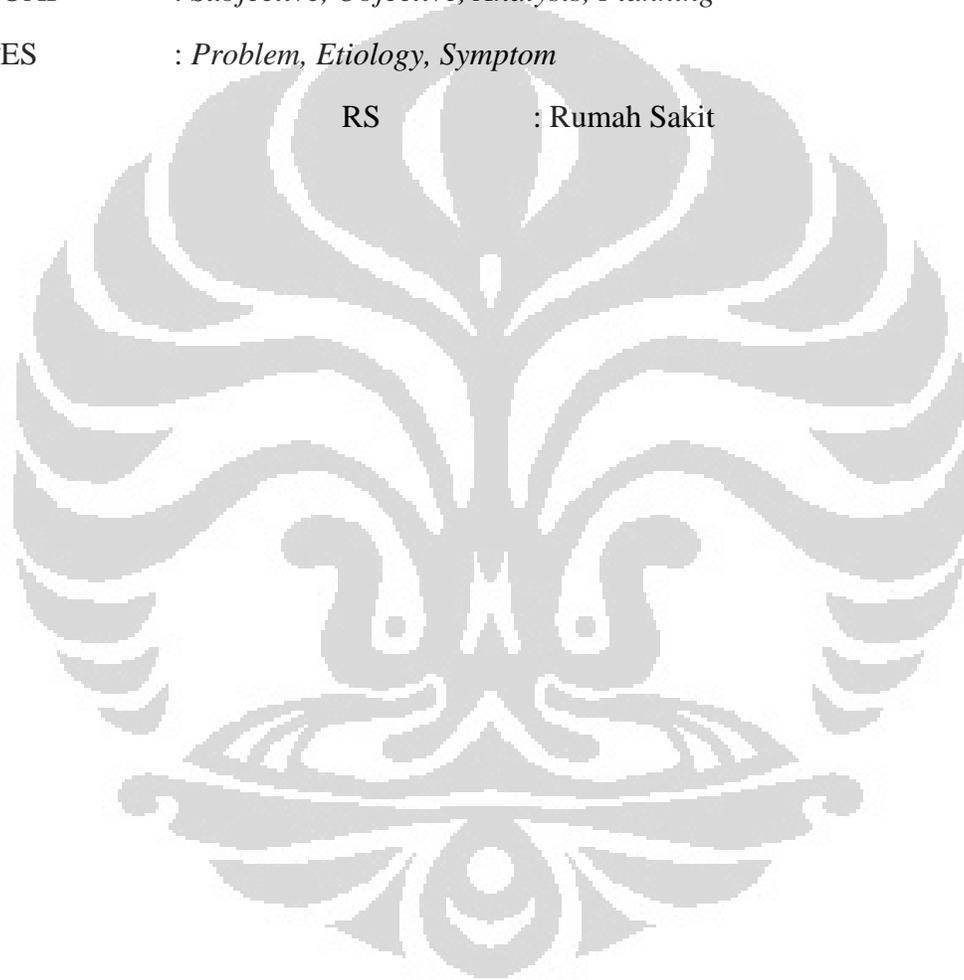
DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Siklus Proses Keperawatan (Allen, 1998).....	13
Gambar 2.2 Hubungan Unsur-Unsur Sistem (Azwar, 1996)	36
Gambar 3.1 Hubungan Unsur-Unsur Sistem (Azwar, 1996)	37
Gambar 3.2 Kerangka Konsep	38
Gambar 5.1 Bagan Hirarki Jabatan di Unit Rekam Medis RS Haji Jakarta 2012	54
Gambar 5.2 Struktur Jabatan Bagian Keperawatan RS Haji Jakarta 2012	55



DAFTAR SINGKATAN

Askep	: Asuhan Keperawatan
BOR	: <i>Bed Occupancy Rate</i>
SPO	: Standar Prosedur Operasional
SOAP	: <i>Subjective, Objective, Analysis, Planning</i>
PES	: <i>Problem, Etiology, Symptom</i>
RS	: Rumah Sakit



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Matriks Wawancara
- Lampiran 2 Pedoman Wawancara Untuk Perawat Pelaksana
- Lampiran 3 Pedoman Wawancara Untuk Ka.Ru/Bag. Keperawatan
- Lampiran 4 Pedoman Observasi
- Lampiran 5 Pedoman Observasi Kelengkapan Dokumentasi Askep
- Lampiran 6 Struktur Organisasi RS Haji Jakarta
- Lampiran 7 SPO Penerapan Dokumentasi Askep RS Haji Jakarta



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit merupakan suatu sarana kesehatan yang berfungsi untuk melakukan upaya kesehatan rujukan dan atau upaya kesehatan penunjang dengan tetap memperhatikan fungsi sosial, serta dapat dipergunakan untuk kepentingan pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi (UU No.23 Tahun 1992). Rumah sakit sebagai suatu organisasi yang memberikan pelayanan kesehatan dituntut untuk memberikan pelayanan yang bermutu untuk memenuhi kebutuhan pasien dan menjamin kualitas pelayanan yang diberikan.

Berdasarkan SK Menkes 983/1992, salah satu fungsi rumah sakit adalah menyelenggarakan pelayanan medik, penunjang medik dan non medik, pelayanan asuhan keperawatan, rujukan, pendidikan dan pelatihan, administrasi umum dan keuangan. Optimalisasi penyelenggaraan fungsi rumah sakit tersebut, menjadi salah satu tolak ukur bagi kualitas penyelenggaraan pelayanan kesehatan di suatu rumah sakit. Adapun pelayanan penunjang medik dan non medik seperti halnya rekam medis pasien merupakan aspek penting penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk meningkatkan mutu layanan suatu rumah sakit.

Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Permenkes No.269 Tahun 2008). Rekam medis merupakan sumber informasi utama bagi manajemen rumah sakit dalam pengambilan keputusan dan penentuan kebijakan. Informasi kesehatan rumah sakit yang bersumber pada rekam medis merupakan aspek penting untuk mendukung keberhasilan pembangunan kesehatan masyarakat. Jika mutu rekam medis buruk, maka dapat mengakibatkan kegagalan dalam kebenaran pengambilan keputusan manajemen rumah sakit dan kebijakan kesehatan yang dibuat.

Berdasarkan Permenkes No.269 Tahun 2008, dokter, dokter gigi, dan tenaga kesehatan tertentu bertanggung jawab atas catatan dan/atau dokumen yang

dibuat pada rekam medis. Selain dokter dan dokter gigi, tenaga kesehatan lain yang mempunyai tanggung jawab terhadap mutu rekam medis adalah perawat karena perawat melakukan pelayanan langsung kepada pasien melalui tindakan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan yang masing-masing saling berkaitan.

Seluruh dari tiap tahapan proses keperawatan ini harus didokumentasikan dan disimpan menjadi satu dalam berkas rekam medis pasien. Pendokumentasian ini sangat penting karena merupakan suatu alat pembuktian hukum (mediko legal) dari suatu kejadian dan merupakan alat penilaian kualitas dari asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien.

Akan tetapi, pada kenyataannya permasalahan dan kendala utama pada pelaksanaan rekam medis adalah tenaga kesehatan tersebut tidak menyadari sepenuhnya manfaat dan kegunaan rekam medis, baik pada sarana pelayanan kesehatan maupun pada praktik perorangan, akibatnya rekam medis dibuat tidak lengkap, tidak jelas dan tidak tepat waktu (Konsil Kedokteran Indonesia, 2006). Meskipun telah ada peraturan tentang praktik keperawatan dan rekam medis, sebagian perawat merasakan bahwa dalam melaksanakan pendokumentasian proses keperawatan bukanlah menjadi kewajiban profesi melainkan sebagai suatu beban (Keliat, 1998).

Berdasarkan studi yang dilakukan Susihar (2004) di instalasi rawat inap RS Medika Gria pada bulan Februari-April 2004, diketahui formulir asuhan keperawatan yang diisi mendekati kategori lengkap pada status pasien masih relatif rendah yaitu 50%. Sedangkan berdasarkan penelitian Wahyuana (2011) di RS Krakatau Medika Cilegon diketahui bahwa kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan hanya mencapai 40%.

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di RS Haji Jakarta diketahui bahwa dari 239 berkas rekam medis rawat inap yang dijadikan sampel pada triwulan pertama tahun 2012, catatan asuhan keperawatanlah yang paling sering ditemui tidak lengkap atau kosong dibandingkan catatan kesehatan pasien lainnya. Dari hasil evaluasi unit rekam medis diketahui bahwa 13% formulir pengkajian keperawatan tidak lengkap dan 10.04% kosong (kelengkapan hanya

76.9%), 8% daftar diagnosa keperawatan tidak lengkap dan 12% kosong (kelengkapan 79%), dan 6% formulir rekam asuhan keperawatan pasien pulang tidak lengkap dan 1.25% kosong. Dapat disimpulkan angka tersebut belum mencapai minimal 80% target RS Haji Jakarta dalam hal kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan.

Rendahnya kelengkapan dokumen asuhan keperawatan tentunya akan berdampak negatif terhadap mutu rekam medis dan mutu pelayanan secara keseluruhan karena terkait dengan kepuasan pasien. Salah satu masalah lainnya akibat ketidaklengkapan dokumen asuhan keperawatan adalah adanya masalah pembiayaan yaitu terhambatnya proses pembayaran oleh pihak penjamin yang membutuhkan informasi medis secara rinci. Berdasarkan permasalahan di atas, peneliti ingin mengetahui lebih lanjut mengenai kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien rawat inap dewasa non kebidanan RS Haji Jakarta tahun 2012 melalui pendekatan sistem.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan terdahulu oleh Susihar (2004) dan Wahyuana (2011) serta berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di RS Haji Jakarta, diketahui bahwa pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan belum dijalankan dengan baik dengan melihat kelengkapan yang kurang dari 80%. Selain itu belum diketahui lebih lanjut gambaran karakteristik lain yang berkaitan dengan sistem kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan (pengetahuan, pelatihan, jumlah tenaga, sarana, manajemen keperawatan, dan proses pelaksanaan). Maka dirumuskan masalah yaitu “Bagaimanakah kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan dan karakteristiknya pada pasien rawat inap dewasa non kebidanan RS Haji Jakarta tahun 2012?”. Penelitian ini penting untuk mengetahui masalah terkait pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan melalui pendekatan sistem sebagai bahan evaluasi untuk perbaikan di masa mendatang.

1.3 Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah, maka pertanyaan dari penelitian ini adalah:

- a. Bagaimana gambaran kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien rawat inap dewasa non kebidanan RS Haji Jakarta tahun 2012?
- b. Bagaimana pengetahuan perawat dalam menunjang pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien rawat inap dewasa non kebidanan RS Haji Jakarta tahun 2012?
- c. Bagaimanakah pelatihan dokumentasi asuhan keperawatan dalam menunjang pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien rawat inap dewasa non kebidanan RS Haji Jakarta tahun 2012?
- d. Bagaimanakah jumlah ketenagaan perawat dalam menunjang pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien rawat inap dewasa non kebidanan RS Haji Jakarta tahun 2012?
- e. Bagaimanakah sarana dalam menunjang pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien rawat inap dewasa non kebidanan RS Haji Jakarta tahun 2012?
- f. Bagaimanakah gambaran faktor manajemen keperawatan yaitu sistem penugasan dan pengawasan dalam menunjang pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien rawat inap dewasa non kebidanan RS Haji Jakarta tahun 2012?
- g. Bagaimana proses pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien rawat inap dewasa non kebidanan RS Haji Jakarta tahun 2012?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Mengetahui gambaran kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien rawat inap dewasa non kebidanan RS Haji Jakarta tahun 2012.

1.4.2 Tujuan Khusus

- a. Mengetahui pengetahuan perawat dalam menunjang pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien rawat inap dewasa non kebidanan RS Haji Jakarta tahun 2012.

- b. Mengetahui pelatihan dokumentasi asuhan keperawatan dalam menunjang pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien rawat inap dewasa non kebidanan RS Haji Jakarta tahun 2012.
- c. Mengetahui jumlah ketenagaan perawat dalam menunjang pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien rawat inap dewasa non kebidanan RS Haji Jakarta tahun 2012.
- d. Mengetahui sarana dalam menunjang pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien rawat inap dewasa non kebidanan RS Haji Jakarta tahun 2012.
- e. Mengetahui gambaran faktor manajemen keperawatan yaitu sistem penugasan dan pengawasan dalam menunjang pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien rawat inap dewasa non kebidanan RS Haji Jakarta tahun 2012.
- f. Mengetahui proses pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien rawat inap dewasa non kebidanan RS Haji Jakarta tahun 2012?

1.5 Manfaat Penelitian

Adapun manfaat dari penelitian ini adalah:

1. Bagi Mahasiswa
 - a. Sebagai bentuk penerapan ilmu kesehatan masyarakat yang diperoleh selama masa perkuliahan di FKM UI.
 - b. Didapatkannya pengetahuan dan ketrampilan yang berkaitan dengan kualitas informasi khususnya dokumen asuhan keperawatan.
2. Bagi RS Haji Jakarta
Penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi pihak manajemen rumah sakit dalam rangka meningkatkan kualitas tenaga medisnya dalam hal ini adalah perawat dan dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di RS Haji Jakarta yang tergambar melalui kelengkapan berkas rekam medis bagian asuhan keperawatan.
3. Bagi Institusi Pendidikan

- a. Sebagai bahan perbandingan atau referensi pada studi atau penelitian selanjutnya dimasa yang akan datang

1.6 Ruang Lingkup

Penelitian yang dilakukan adalah mengenai kelengkapan dan faktor penunjang dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien rawat inap dewasa non kebidanan RS Haji Jakarta tahun 2012. Penelitian ini bersifat deskriptif kuantitatif yang didukung oleh pendekatan kualitatif yang dilakukan pada bulan Mei-Juni 2012. Penelitian ini dilakukan karena masih rendahnya kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan berdasarkan penelitian sebelumnya dan belum diketahuinya penyebab dari permasalahan tersebut. Dokumentasi asuhan keperawatan menjadi bahan penelitian, sedangkan perawat dan bagian rekam medis sebagai sumber informasi. Penelitian ini dilakukan dengan observasi, wawancara, dan studi pustaka.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Pengertian Rumah Sakit

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit Bab I Pasal 1).

2.1.2 Asas dan Tujuan Rumah Sakit

Rumah sakit sebagai sebuah institusi pelayanan kesehatan memiliki asas dan tujuan yang telah diatur dalam undang-undang. Berdasarkan UU Nomor 44 Tahun 2009 Bab 2 Pasal 2, rumah sakit berasaskan pada Pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial.

Sedangkan berdasarkan Pasal 3 Bab 2 UU Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit bertujuan untuk:

- a. Mempermudah masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan
- b. Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit, dan sumber daya manusia di rumah sakit
- c. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit
- d. Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, dan sumber daya manusia rumah sakit, dan rumah sakit

2.1.3 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Berdasarkan UU Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit Bab III Pasal 4, Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna.

Rumah Sakit mempunyai fungsi (UU RI Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit Bab III Pasal 5) :

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- b. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
- c. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan;
- d. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.2 Rekam Medis

2.2.1 Definisi Rekam Medis

Definisi Rekam Medis Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269/Menkes/Per/III /2008 Tentang Rekam Medis, Rekam Medis adalah berkas yang beirisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

2.2.2 Tujuan dan Kegunaan Rekam Medis

1. Tujuan Rekam Medis

Tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit (Depkes 2006).

2. Kegunaan Rekam Medis

Menurut Depkes RI Dirjen Pelayanan Medis dalam Buku Pedoman Pengolahan Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia, kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek :

a. Aspek Administrasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

b. Aspek Medis

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan kepada pasien.

c. Aspek Hukum

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan hukum.

d. Aspek Keuangan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai keuangan, karena isinya mengandung data/informasi yang dapat digunakan sebagai aspek keuangan.

e. Aspek Penelitian

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena informasi yang dikandungnya dapat digunakan sebagai bahan penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

f. Aspek Pendidikan

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data/informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medik yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan/referensi pengajaran dibidang profesi si pemakai.

g. Aspek Dokumentasi

Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban laporan rumah sakit.

2.3 Keperawatan

2.3.1 Definisi, Peran, dan Fungsi Perawat

Berdasarkan UU Kesehatan No. 23 tahun 1992 perawat adalah mereka yang memiliki kemampuan dan kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimilikinya yang diperoleh melalui pendidikan

keperawatan. Perawat dalam memberikan pelayanan kepada klien atau pun dalam melakukan praktek keperawatan diharapkan memiliki pemahaman yang sama terhadap hakikat keperawatan sebagai profesi, praktek keperawatan professional, serta peran dan fungsi perawat professional (Hutahaean, 2010). Dalam menjalankan tugasnya, seorang perawat memiliki peran yang terdiri dalam delapan elemen antara lain (Doheny dalam Hutahean, 2010):

1. *Care giver* (pemberi asuhan keperawatan)

Yaitu perawat sebagai pelaku atau pemberi asuhan keperawatan yang dapat memberikan pelayanan keperawatan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada klien dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi keperawatan.

2. *Client advocate*

Yaitu perawat sebagai pembela atau penghubung antara klien dengan tim kesehatan lain dalam upaya pemenuhan kebutuhan klien, membela hak ataupun kepentingan klien dan membantu klien untuk memahami semua informasi dan upaya kesehatan yang diberikan oleh tim kesehatan dengan pendekatan professional atau tradisional.

3. *Counselor* (konselor)

Peran perawat sebagai konselor adalah mengidentifikasi perubahan pola interaksi klien terhadap keadaan sehat-sakitnya dan memberikan bimbingan kepada klien, keluarga, atau masyarakat tentang masalah kesehatan sesuai dengan prioritas masalah yang dialaminya.

4. *Educator* (pendidik)

Dalam hal ini perawat membantu klien meningkatkan kesehatannya melalui pemberian pengetahuan terkait dengan keperawatan dan tindakan medik yang diterima klien.

5. *Collaborator* (kolaborasi)

Peran perawat sebagai kolaborator yaitu perawat bekerja sama dengan keluarga dan tim kesehatan lainnya dalam menentukan rencana atau pelaksanaan asuhan keperawatan yang akan diberikan kepada klien untuk memenuhi kebutuhan klien terhadap kesehatannya.

6. *Coordinator* (coordinator)

Dalam hal ini perawat dalam memberikan perawatan kepada klien dapat memanfaatkan semua sumber-sumber dan potensi yang ada, baik materi maupun kemampuan klien secara terkoordinasi sehingga tidak ada intervensi yang terlewatkan maupun tumpang tindih.

7. *Change agen* (pembaharu)

Peran perawat sebagai pembaharu adalah perawat mengadakan inovasi atau pembaharuan kepada klien terhadap cara berfikir, bersikap, dan bertindak laku untuk meningkatkan keterampilan klien dan keluarga untuk mencapai hidup sehat.

8. *Consultan* (konsultan)

Yaitu perawat sebagai pusat atau sumber informasi yang berkaitan dengan kondisi klien.

Untuk melaksanakan perannya, perawat mempunyai fungsi sebagai berikut (Hutahaean, 2010):

1. Fungsi keperawatan mandiri (independen)

Dalam hal ini fungsi perawat dilaksanakan secara mandiri, dimana aktivitas keperawatan yang dilakukan berdasarkan inisiatif perawat itu sendiri dengan dasar pengetahuan dan kerampilan yang sudah dimiliki.

2. Fungsi keperawatan ketergantungan (dependen)

Dalam hal ini aktivitas perawat dilakukan berdasarkan intruksi dokter atau di bawah pengawasan dokter.

3. Fungsi keperawatan kolaboratif (interdependen)

Dalam hal ini aktivitas perawat dilakukan atas kerjasama dengan pihak lain atau tim kesehatan lain.

2.3.2 Proses Keperawatan

2.3.2.1 Definisi Proses Keperawatan

Proses keperawatan adalah suatu metode yang sistematis untuk mengkaji respons manusia terhadap masalah-masalah kesehatan dan membuat rencana keperawatan yang bertujuan untuk mengatasi masalah-masalah tersebut. Masalah-

masalah kesehatan dapat berhubungan dengan pasien, keluarga, orang terdekat atau masyarakat. Proses keperawatan mendokumentasikan kontribusi perawat dalam mengurangi atau mengatasi masalah-masalah pasien (Allen, 1998).

Definisi proses keperawatan secara umum dapat dilihat dalam tiga dimensi, yaitu dimensi tujuan, organisasi, dan properti/karakteristik.

1. Tujuan

Tujuan proses keperawatan secara umum adalah untuk menyusun kerangka konsep berdasarkan keadaan individu, keluarga, dan masyarakat agar kebutuhan mereka terpenuhi (Nursalam, 2011).

2. Organisasi

Proses keperawatan merupakan organisasi yang mengelola proses keperawatan secara sistematis dalam memberikan asuhan keperawatan yang dikelompokkan pada lima tahap proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosa, rencana, tindakan, dan evaluasi keperawatan (Hutahaean, 2010).

3. Properti/karakteristik

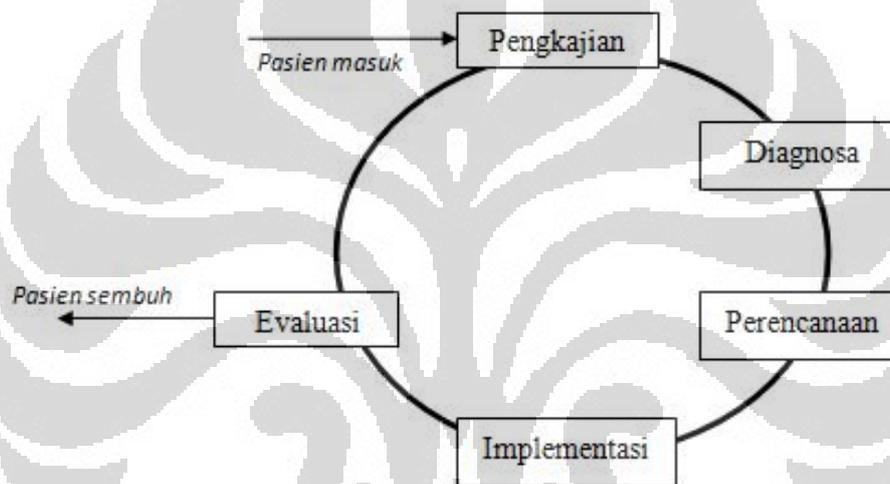
Proses keperawatan mempunyai enam karakteristik, yaitu tujuan, sistematis, dinamik, interaktif, fleksibel, dan teoritis yang dijabarkan sebagai berikut (Nursalam, 2011) :

- a. *Tujuan*, proses keperawatan mempunyai tujuan yang jelas melalui suatu tahapan dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan kepada klien.
- b. *Sistematis*, proses keperawatan menggunakan suatu pendekatan yang terorganisasi untuk mencapai tujuan.
- c. *Dinamik*, proses keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah-masalah kesehatan klien dilaksanakan secara berkesinambungan
- d. *Interaktif*, dalam hal ini proses keperawatan mempunyai hubungan timbal balik antaperawat, klien, keluarga, dan tenaga kesehatan lainnya.
- e. *Fleksibel*, proses keperawatan dapat diadopsi pada praktek keperawatan dalam situasi apapun.

- f. *Teoritis*, setiap langkah proses keperawatan didasarkan pada suatu ilmu yang luas.

2.3.2.2 Tahap-Tahap Proses Keperawatan

Ada lima tahapan dalam proses keperawatan, yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Masing-masing dari tahapan tersebut saling berhubungan. Hubungan antara tahap proses keperawatan tersebut digambarkan dalam diagram berikut:



Gambar 2.1 Siklus Proses Keperawatan (Allen, 1998)

Masing-masing tahapan tersebut akan dijelaskan sebagai berikut:

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal proses keperawatan yang merupakan pemikiran dasar dari seluruh proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan informasi atau data mengenai klien untuk mengidentifikasi status kesehatan klien atau mengenali masalah yang dialami klien, kebutuhan kesehatan, dan keperawatan yang dibutuhkan.

2. Diagnosa Keperawatan

Menurut *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) yang dikutip oleh Nursalam (2011), diagnosis keperawatan adalah keputusan klinik mengenai respons individu (klien dan masyarakat) tentang masalah kesehatan

aktual atau potensial meliputi tanda dan gejala yang dialami oleh klien. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan.

3. Rencana Keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan tahapan dimana perawat menetapkan tujuan keperawatan, penetapan kriteria hasil, penetapan rencana tindakan yang akan diberikan kepada klien untuk memecahkan masalah yang dialami klien serta rasional dari masing-masing rencana tindakan yang akan diberikan kepada klien (Hutahaean, 2010).

4. Implementasi Keperawatan

Tahap implementasi merupakan tahapan pelaksanaan dari rencana tindakan keperawatan yang bertujuan membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang meliputi peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping.

5. Evaluasi Keperawatan

Yaitu tahap terakhir dalam proses keperawatan yang merupakan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Evaluasi ini dilakukan dengan melihat respon klien sehingga perawat dapat mengambil keputusan sebagai berikut (Nursalam, 2011):

- a. Mengakhiri rencana asuhan keperawatan (jika klien telah mencapai tujuan yang ditetapkan).
- b. Memodifikasi rencana asuhan keperawatan (jika klien mengalami kesulitan untuk mencapai tujuan).
- c. Meneruskan rencana asuhan keperawatan (jika klien memerlukan waktu yang lebih lama untuk mencapai tujuan).

Pasien keluar dari siklus jika kriteria hasil telah dicapai. Pasien memasuki kembali siklus jika kriteria hasil belum tercapai. Perawat kemudian mengkaji kembali pasien dan merencanakan untuk menentukan faktor-faktor yang mempengaruhi pencapaian kriteria hasil (Allen, 1998).

2.4 Dokumentasi Asuhan Keperawatan

2.4.1 Definisi Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Dokumen merupakan suatu catatan yang asli yang dapat dijadikan bukti hukum jika suatu saat ditemukan adanya masalah yang berhubungan dengan kejadian yang terdapat dalam catatan tersebut. Sedangkan pendokumentasian adalah kegiatan mencatat atau merekam peristiwa dan objek yang dianggap penting dan berharga. Menurut Fisbach (1991) dalam Dinarti et al. (2009) dokumentasi adalah suatu catatan yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dari segala macam tuntutan, yang berisi data lengkap, nyata dan tercatat, bukan hanya tentang tingkat kesakitan dari pasien, tetapi juga jenis, tipe, kualitas, dan kuantitas pelayanan kesehatan dalam rangka memenuhi kebutuhan pasien.

Sedangkan dokumentasi asuhan keperawatan itu sendiri merupakan *bukti pencatatan dan pelaporan perawat yang berguna untuk kepentingan klien, perawat, dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis* (Dinarti et al. 2009). Dalam hal ini yang bertanggung jawab dalam pendokumentasian asuhan keperawatan adalah perawat itu sendiri. Hal tersebut penting dan harus ada sebagai bukti profesionalitas seorang perawat.

Dokumentasi asuhan dalam pelayanan keperawatan adalah bagian dari kegiatan yang harus dikerjakan oleh perawat setelah memberi asuhan kepada pasien. Dokumentasi merupakan suatu informasi lengkap meliputi status kesehatan pasien, kebutuhan pasien, kegiatan asuhan keperawatan/kebidanan (pengkajian-evaluasi) serta respons pasien terhadap asuhan yang diterimanya. Dengan demikian dokumentasi keperawatan/ kebidanan mempunyai porsi yang besar dari catatan klinis pasien yang menginformasikan faktor tertentu atau situasi yang terjadi selama asuhan dilaksanakan.

2.4.2 Tujuan Dokumentasi

Dokumentasi keperawatan merupakan dokumen rahasia yang mencatat semua pelayanan keperawatan klien sehingga dapat diartikan sebagai dokumen bisnis dan hukum yang mempunyai manfaat dan kegunaan. Berikut merupakan tujuan utama dari dokumentasi keperawatan (Nursalam, 2011):

1. Mengidentifikasi status kesehatan klien dalam rangka mendokumentasikan kebutuhan klien, merencanakan, melaksanakan asuhan keperawatan, dan mengevaluasi intervensi.
2. Dokumentasi untuk penelitian, keuangan, hukum, dan etika. Hal ini juga menyediakan:
 - a. Bukti kualitas asuhan keperawatan
 - b. Bukti legal dokumentasi sebagai pertanggungjawaban kepada klien
 - c. Informasi sebagai perlindungan individu perawat
 - d. Bukti aplikasi standar praktik keperawatan
 - e. Sumber informasi statistik untuk standardisasi riset keperawatan
 - f. Pengurangan biaya informasi
 - g. Sumber informasi untuk data yang harus dimasukkan
 - h. Komunikasi konsep risiko asuhan keperawatan
 - i. Informasi untuk peserta didik keperawatan
 - j. Persepsi klien
 - k. Dokumentasi untuk tenaga profesional, tanggung jawab etik, dan menjaga kerahasiaan informasi klien
 - l. Suatu data keuangan yang sesuai
 - m. Data perencanaan pelayanan kesehatan di masa yang akan datang.

2.4.3 Manfaat Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Pendokumentasian asuhan keperawatan memiliki beberapa kepentingan/manfaat yang dilihat dari beberapa aspek sebagai berikut:

1. Aspek Responsibilitas Profesional
 Responsibilitas dan akuntabilitas profesional merupakan salah satu alasan penting dibuatnya dokumentasi akurat. Dokumentasi adalah bagian dari keseluruhan tanggung jawab perawat untuk perawatan pasien. Catatan klinis memfasilitasi pemberian perawatan, meningkatkan kontinuitas perawatan, dan membantu mengoordinasikan pengobatan dan evaluasi pasien (Lyer & Camp, 2004).
2. Aspek Perlindungan Hukum

Alasan lain dilakukannya pencatatan adalah bahwa dokumentasi keperawatan dapat digunakan pada kasus malpraktik. Informasi yang dicatat oleh perawat dapat menjadi dasar untuk melindungi penggugat dalam melawan pemberi pelayanan kesehatan. Jika terjadi gugatan, dokumentasi dapat memberi bukti yang berharga tentang kondisi pasien dan pengobatannya. Dokumentasi dapat bersifat kritis dalam menentukan standar perawatan apakah telah dipenuhi atau tidak. Hukum biasanya memandang catatan pasien sebagai bukti terbaik tentang hal yang benar-benar terjadi pada pasien. Pencatatan yang tepat waktu, akurat, dan lengkap membantu pasien mendapatkan asuhan yang lebih baik dan melindungi perawat, dokter, dan rumah sakit dari gugatan perkara (Lyer & Camp, 2004).

3. Aspek Biaya

Dokumentasi yang lengkap dan menyeluruh merupakan hal penting untuk penetapan DRG atau klaim asuransi dan penggantian biaya yang akurat. Kompleksitas masalah dan intensitas kebutuhan pasien harus didokumentasikan untuk memastikan penggantian biaya yang lengkap. Tanpa memperhatikan keadaan klinis, perawat harus menyadari bahwa masalah pendokumentasian berkaitan dengan masalah penggantian biaya (Lyer & Camp, 2004).

4. Aspek Jaminan Mutu

Pencatatan data pasien yang lengkap dan akurat, akan memberikan kemudahan bagi perawat dalam membantu menyelesaikan masalah pasien. Hal ini tentunya akan membantu meningkatkan mutu pelayanan keperawatan (Nursalam, 2011).

5. Aspek Komunikasi

Dokumentasi keadaan pasien merupakan alat perekam terhadap masalah yang berkaitan dengan pasien. Perawat atau tenaga kesehatan lain akan bisa melihat catatan yang ada sebagai alat komunikasi yang dijadikan pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan (Nursalam, 2011).

6. Aspek Pendidikan

Dokumentasi asuhan keperawatan mempunyai nilai pendidikan, karena isinya mengandung kronologis dari kegiatan asuhan keperawatan yang dapat dipergunakan sebagai bahan referensi pembelajaran bagi mahasiswa dan profesi keperawatan (Nursalam, 2011).

7. Aspek Penelitian

Dokumentasi asuhan keperawatan memiliki nilai penelitian. Data yang terdapat di dalamnya mengandung informasi yang dapat dijadikan sebagai bahan atau obyek riset dan pengembangan profesi keperawatan (Nursalam, 2011).

8. Aspek Akreditasi

Melalui dokumentasi keperawatan akan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Dengan demikian akan dapat diambil kesimpulan tingkat keberhasilan pemberian asuhan keperawatan yang diberikan, guna pembinaan dan pengembangan lebih lanjut. Hal ini selain bermanfaat bagi peningkatan mutu, juga bagi individu perawat dalam mencapai tingkat karir tertentu (Nursalam, 2011).

2.4.4 Model Dokumentasi Keperawatan

Untuk memahami dokumentasi keperawatan diperlukan tiga komponen model dokumentasi yang saling berhubungan satu sama lain antara lain keterampilan berkomunikasi, keterampilan mendokumentasikan, dan standar dokumentasi. Ketiga komponen tersebut mempengaruhi efektifitas dan efisiensi dokumentasi yang bermanfaat dalam memperoleh data yang relevan dan meningkatkan kualitas pendokumentasian keperawatan.

1. Keterampilan berkomunikasi

Menurut Hutahean (2010), keterampilan berkomunikasi dalam model ini adalah keterampilan berkomunikasi secara tertulis. Dalam hal ini diperlukan adanya keterampilan perawat dalam mencatat informasi-informasi yang berhubungan dengan perawatan klien secara jelas dan mudah dimengerti. Informasi yang dicatat oleh perawat harus lengkap dan akurat sehingga dapat diinterpretasikan secara tepat oleh orang lain.

2. Keterampilan mendokumentasikan

Keterampilan mendokumentasikan dalam model ini adalah keterampilan perawat dalam mendokumentasikan proses keperawatan mulai dari tahap pengkajian hingga evaluasi keperawatan. Pendokumentasian harus dilakukan dengan efektif (Nursalam, 2011), yaitu:

- a. Menggunakan standar terminologi (proses keperawatan harus dicatat dari tahap awal pengkajian hingga tahap evaluasi).
- b. Mengumpulkan dan mendokumentasikan data yang bermanfaat dan relevan sesuai dengan prosedur dalam catatan yang permanen, meliputi:
 - Data yang masuk dituliskan pada lembar pengkajian klien pada waktu yang khusus atau sewaktu-waktu
 - Data meliputi observasi keadaan fisik atau emosional klien, keputusan keperawatan dan kegiatan klien, dan juga hasil-hasil pemeriksaan lain yang dilakukan pada klien.
- c. Menegakkan diagnosis keperawatan berdasarkan klasifikasi dan analisis data yang akurat
- d. Menulis dan mendokumentasikan rencana asuhan keperawatan sebagai bagian dari catatan yang permanen
- e. Mendokumentasikan hasil observasi secara akurat, lengkap, dan sesuai urutan waktu
- f. Mendokumentasikan evaluasi sesuai urutan waktunya yang meliputi selama dirawat, dirujuk, pulang, ataupun perubahan keadaan klien
- g. Merevisi rencana asuhan keperawatan berdasarkan hasil yang diharapkan dari klien

Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pendokumentasian proses keperawatan yang efektif (Hutahaean, 2010), adalah:

- a. *Simplicity* (kesederhanaan), yaitu pendokumentasian harus menggunakan bahasa yang sederhana, mudah dibaca, mudah dimengerti dan perlu menghindari istilah dan singkatan-singkatan yang tidak baku sehingga mudah dibaca dan dimengerti.

- b. *Conservatism* (akurat), dokumentasi keperawatan harus didasari oleh informasi dari data yang dikumpulkan dari pasien dan sesuai dengan keadaan pasien tersebut.
 - c. *Patience* (kesabaran), yaitu dibutuhkan kesabaran perawat dalam pembuatan dokumentasi keperawatan, termasuk meluangkan waktu untuk memeriksa kebenaran dari data pasien yang telah atau sedang diperiksa.
 - d. *Precision* (ketepatan), yaitu dokumentasi yang dibuat harus tepat sesuai dengan keadaan pasien.
 - e. *Irrefutability* (jelas dan objektif), yaitu dokumentasi proses keperawatan memerlukan kejelasan dan objektivitas dari data yang ada, bukan data yang rancu.
3. Standar dokumentasi

Standar dokumentasi adalah suatu pernyataan tentang kualitas dan kuantitas dokumentasi yang dipertimbangkan dengan baik dalam suatu situasi tertentu (Nursalam, 2011). Standar dokumentasi memberikan informasi adanya suatu ukuran terhadap kualitas dokumentasi keperawatan. Perawat memerlukan suatu standar dokumentasi untuk memperkuat pola pendokumentasian dan sebagai petunjuk atau pedoman praktik pendokumentasian dalam memberikan asuhan keperawatan. Kemampuan perawat dalam pendokumentasian ditujukan pada kerampilan menulis sesuai dengan standar dokumentasi yang konsisten, pola yang efektif, lengkap, dan akurat.

Standar dokumentasi keperawatan antara lain:

- a. Kepatuhan terhadap aturan pendokumentasian yang telah ditetapkan oleh profesi keperawatan atau pun pemerintah
- b. Standar profesi keperawatan yang dituliskan dalam catatan kesehatan
- c. Peraturan tentang praktik keperawatan yang dapat dilihat pada catatan pelayanan kesehatan
- d. Pedoman akreditasi yang harus diakui.

2.4.5 Karakteristik dan Prinsip Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan mempunyai karakteristik dan prinsip yang harus diketahui oleh perawat sehingga apa yang didokumentasikan dapat

komunikatif dan efektif. Menurut Koziar et al. (2004) dalam Dinarti et al (2009) karakteristik dan prinsip yang dimaksud adalah:

1. Tuliskan nama lengkap dan tanda tangan perawat yang bersangkutan. Catatan kesehatan pasien adalah catatan permanen yang sah, sehingga inisial dan nama yang tidak lengkap dan catatan yang tidak ditandatangani dapat membuat bingung, menyebabkan salah identifikasi ataupun berpotensi mengakibatkan timbulnya tuntutan terhadap pembuatan berkas.
2. Tulisan harus singkat, teliti, dapat dibaca, menggunakan ejaan yang benar, serta menggunakan alat tulis tinta hitam atau biru (bukan pensil karena bisa dihapus).
3. Penulisan ditulis secara berurutan, lengkap, akurat, benar, dan apa adanya (sesuai dengan respon pasien atau pun keluarga termasuk perubahannya), obyektif (bukan merupakan penafsiran perawat).
4. Hindari istilah yang tidak jelas (kecuali merupakan hasil kesepakatan dan kebijaksanaan institusi setempat, misalnya TD untuk tekanan darah dan BB untuk berat badan).
5. Jika pencatatan bersambung pada halaman baru, tanda tangani dan tulis kembali waktu dan tanggal pada bagian halaman tersebut.
6. Jangan menuliskan kritikan tentang klien atau pun tenaga kesehatan lain.
7. Bila ada suatu order (hasil kolaborasi) yang meragukan, lakukan klarifikasi terlebih dahulu atau catat bahwa perlu klarifikasi.
8. Catatlah apa yang dilakukan sendiri, jangan mencatat yang dilakukan perawat lain.
9. Dalam pendokumentasian harus dibedakan antara materi hasil observasi dan interpretasi
10. Wajib membaca setiap tulisan dari anggota tim kesehatan lain sebelum menulis data terakhir untuk melihat kondisi pasien.
11. Catat data subjektif dari pasien dengan membubuhkan tanda kutip (“) pada kalimat pasien.
12. Dokumentasi harus dilakukan segera setelah selesai melakukan kegiatan keperawatan untuk menghindari kealpaan yang tidak disengaja.

13. Catatan ditulis dalam perintah kronologis dan tidak loncat-loncat. Jangan ada ruang antara kata terakhir dengan tanda tangan. Bila ada ruang yang kosong, isilah dengan coretan atau garis panjang sepanjang ruang tersebut.
14. Tidak dibenarkan menghilangkan atau memusnahkan data dalam dokumen.

2.4.6 Proses Keperawatan Sebagai Kerangka Kerja Dokumentasi Proses Keperawatan

Sebagai kerangka kerja dokumentasi keperawatan, proses keperawatan bertujuan untuk meningkatkan asuhan keperawatan yang diberikan. Dalam pendokumentasian, informasi yang penting harus dicatat secara berkesinambungan dan di evaluasi secara periodik untuk mengetahui dan menilai perkembangan masalah klien. Hal yang perlu didokumentasikan meliputi data hasil pengkajian masalah kesehatan klien sampai dengan evaluasi keperawatan (Dinarti et al, 2009).

Sesuai tahapan proses keperawatan, maka dokumentasi keperawatan terdiri atas dokumentasi pengkajian, dokumentasi diagnosa, dokumentasi perencanaan, dokumentasi implementasi, dan dokumentasi evaluasi.

2.4.6.1 Dokumentasi Pengkajian

Dokumentasi pengkajian merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang klien, dan membuat catatan tentang respon kesehatan klien. Standard dokumentasi pengkajian harus bersifat sistematis, komprehensif, akurat dan kontinu sehingga didapat data yang lengkap dari hasil pengkajian tersebut. Dengan demikian hasil pengkajian dapat mendukung untuk mengidentifikasi masalah kesehatan klien dengan baik dan tepat (Hutahaean, 2010).

Dokumentasi pengkajian dibuat dengan beberapa tujuan sebagai berikut (Nursalam, 2011):

- a. Mengidentifikasi kebutuhan dan respons klien yang unik terhadap masalah-masalah dan akan ditegakkan menjadi diagnosis keperawatan yang memengaruhi rencana intervensi yang diperlukan.

- b. Untuk menggabungkan dan mengordinasikan data dan beberapa sumber yang dikumpulkan menjadi satu sehingga masalah kesehatan klien dapat dianalisis dan diidentifikasi.
- c. Meyakinkan garis dasar informasi yang ada dan untuk bertindak sebagai poin referensi dalam mengukur perubahan yang terjadi pada kondisi kesehatan klien.
- d. Mengidentifikasi definisi karakteristik sesuai respons dan kondisi kesehatan klien yang akan memengaruhi rencana dan pemberian intervensi keperawatan.
- e. Menyuplai data yang cukup guna memberikan intervensi keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan klien.
- f. Memberikan dasar guna penulisan rencana asuhan keperawatan yang efektif.

Untuk mencapai tujuan tersebut, perawat menggunakan semua informasi yang diperolehnya melalui wawancara klien, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, laboratorium, dan diagnostik lainnya. Pengkajian harus lengkap, akurat, dan dilakukan terus menerus untuk mengidentifikasi masalah-masalah baru dan mengubah prioritas klinis.

Dokumentasi pengkajian terdiri dari beberapa jenis (Hutahean, 2010), yaitu:

- a. Dokumentasi pengkajian awal (*initial assessment*), merupakan dokumentasi pengkajian yang dilakukan ketika pasien masuk rumah sakit atau mulai menggunakan jasa pelayanan. Bentuk dokumentasi ini biasanya merujuk pada data dasar yang digunakan sebagai sumber data dalam pemberian asuhan keperawatan.
- b. Dokumentasi pengkajian lanjutan (*on going assessment*), merupakan dokumentasi ulang yang dilakukan kembali setelah pengkajian awal untuk menguatkan dan memperluas data dasar yang telah diperoleh. Dokumentasi ini biasanya didokumentasikan dalam catatan perkembangan klien atau pada lembar yang sesuai (data penunjang).
- c. Dokumentasi pengkajian ulang (*Reassessment*), yaitu dokumen yang datanya diperoleh dari aktivitas evaluasi proses keperawatan.

Bentuk format dokumentasi pengkajian, yaitu:

- a. Tanya jawab, yaitu dilakukan dengan mengajukan pertanyaan langsung kepada klien.
- b. Daftar periksa, yaitu dengan menyediakan daftar yang berisi pertanyaan-pertanyaan yang diajukan hanya dengan memerlukan jawaban “ya” atau “tidak”.
- c. Format kuesioner
- d. Lembar alur (*flow sheet*), biasanya digunakan pada data-data khusus yang memerlukan pemantauan secara kontinu.

Menurut Nursalam (2011), metode dokumentasi pengkajian (petunjuk penulisan dokumentasi pengkajian) adalah:

1. Gunakan format yang sistematis untuk mendokumentasikan pengkajian, yang meliputi:
 - Riwayat klien masuk rumah sakit
 - Respon klien yang berhubungan dengan persepsi kesehatan klien.
 - Riwayat pengobatan
 - Data klien rujukan, pulang, dan keuangan
2. Gunakan format yang telah tersusun untuk mendokumentasikan pengkajian.
3. Kelompokkan data berdasarkan model pendekatan yang digunakan.
4. Tulis data objektif tanpa bias (tanpa mengartikan), menilai, dan memasukkan pendapat pribadi.
5. Sertakan pernyataan yang mendukung interpretasi data objektif.
6. Jelaskan observasi dan temuan secara sistematis, termasuk definisi karakteristiknya.
7. Ikuti aturan atau prosedur yang dipakai dan disepakati oleh instansi.
8. Tuliskan secara ringkas dan jelas.

2.4.6.2 Dokumentasi Diagnosa Keperawatan

Dokumentasi diagnosa keperawatan merupakan pencatatan tentang keadaan klinis dari respon individu, keluarga, dan masyarakat terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan baik aktual maupun potensial (Hutahaean, 2010). Maksud atau tujuan dibuatnya pendokumentasian diagnosa keperawatan adalah:

1. Menyampaikan masalah klien dalam istilah-istilah yang dapat dimengerti untuk semua perawat.
2. Mengenali masalah-masalah utama klien pada pengkajian data.
3. Mengetahui perkembangan asuhan keperawatan.

Rumus penulisan keperawatan yang mencakup *problem, etiologi, sign/symptom* ditetapkan sebagai berikut:

Masalah (*Problem*) + Penyebab (*Etiologi*) + Gejala (*Symptom/Sign*)

Pada kenyataannya, dalam praktik keperawatan lebih sering menggunakan masalah dan penyebabnya saja karena tanda dan gejala sudah digambarkan dalam dokumentasi pengkajian data. **Pernyataan masalah** itu sendiri harusnya selalu didahului oleh kata yang menguraikan taraf atau tingkatan masalah. Jika tidak ada kata “risiko atau potensial” yang mendahului pernyataan masalah, maka pernyataan tersebut menggambarkan masalah yang aktual. Diagnosis keperawatan aktual dikaitkan dengan masalah-masalah yang memerlukan asuhan keperawatan untuk memecahkan atau meringankan status kesehatan klien (Nursalam, 2011).

Sedangkan **penyebab masalah** adalah pernyataan tentang faktor-faktor yang berpengaruh atau memperbesar masalah.

Metode dokumentasi diagnosa keperawatan meliputi (Hutahaean, 2010):

- a. Tuliskan masalah/problem pasien atau perubahan status kesehatan pasien.
- b. Masalah yang dialami klien didahului adanya penyebab dan keduanya dihubungkan dengan kata “sehubungan dengan atau berhubungan dengan”.
- c. Setelah masalah (problem) dan penyebab (etiologi), kemudian diikuti dengan kata “ditandai dengan”.
- d. Tulis istilah atau kata-kata yang umum digunakan.
- e. Gunakan bahasa yang tidak memvonis.

2.4.6.3 Dokumentasi Perencanaan Keperawatan

Dokumentasi rencana keperawatan adalah catatan tentang penyusunan kegiatan-kegiatan yang akan diberikan kepada klien untuk menyelesaikan masalah yang ditemukan pada klien. Dalam hal ini kegiatan-kegiatan yang akan diberikan

mencakup hal-hal yang berhubungan dengan penanggulangan masalah dengan cara mencegah, mengurangi, dan menghilangkan masalah yang ditemukan pada klien. Perawat memberikan kesempatan kepada klien, keluarga dan orang terdekat berperan serta dalam merumuskan rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan kepada klien untuk menyelesaikan masalah yang dialami.

Langkah-langkah dokumentasi rencana tindakan keperawatan adalah (Hutahaean, 2010):

1. Menetapkan tujuan

Dalam hal ini perawat menuliskan tujuan yang akan dicapai dan hal-hal yang menjadi kriteria dalam keberhasilan pemberian asuhan keperawatan. Tujuan yang ditetapkan haruslah memenuhi kriteria SMART (*Specific, Measurable, Achievable, Reasonable, Time*). Contoh : “Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1x24 jam, masalah bersihan jalan nafas dapat teratasi”.

2. Menentukan kriteria hasil

Kriteria hasil merupakan standar evaluasi yang merupakan gambaran tentang faktor-faktor yang dapat memberi petunjuk bahwa tujuan telah tercapai. Kriteria hasil ini digunakan dalam membuat pertimbangan terhadap rencana tindakan yang akan diberikan untuk menyelesaikan masalah yang dialami klien. Adapun ciri-ciri kriteria hasil adalah:

- a. Berhubungan dengan tujuan perawatan yang telah ditetapkan.
- b. Memungkinkan untuk dicapai
- c. Bersifat spesifik, konkrit, dan dapat diukur
- d. Menggunakan kata-kata positif bukan negatif
- e. Tidak menggunakan kata-kata “normal, baik dll” tetapi ditulis hasilnya dalam batas ukuran yang telah ditetapkan atau yang sesuai. Jika ditulis dengan kata-kata tersebut, maka harus diikuti dengan nilai atau pun ukurannya. Contoh: TTV dalam batas normal: TD 110-120/70-80 mmHg, HR 60-100x/menit, RR 20x/menit, T 36,5-37°C.

3. Menentukan rencana tindakan keperawatan dimulai dengan kata perintah (ukur, timbang, berikan, dll)

Rencana tindakan yang akan diberikan kepada pasien ditulis secara spesifik, jelas, dan dapat diukur. Contoh: timbang berat klien/3 hari.

Berikut hal-hal yang perlu diperhatikan dalam penyusunan rencana tindakan keperawatan, yaitu:

- a. Rencana tindakan keperawatan merupakan desain spesifik intervensi untuk membantu pasien dalam mencapai kriteria hasil.
- b. Dokumentasi rencana tindakan yang sudah diimplementasikan harus ditulis dalam sebuah format agar dapat membantu perawat untuk memproses informasi yang didapatkan selama tahap pengkajian dan diagnosa keperawatan.
- c. Bekerjasama dengan pasien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan
- d. Perencanaan bersifat individual sesuai dengan kondisi atau kebutuhan pasien.
- e. Mendokumentasikan rencana keperawatan dengan tepat.

2.4.6.4 Dokumentasi Implementasi Keperawatan

Menurut Hutahaean (2010), dokumentasi implementasi keperawatan merupakan catatan tentang tindakan yang diberikan kepada klien. Pencatatan ini mencakup tindakan keperawatan yang diberikan baik secara mandiri maupun kolaboratif, serta pemenuhan kriteria hasil terhadap tindakan yang diberikan kepada klien. Adapun manfaat pendokumentasian implementasi keperawatan adalah:

- 1) Mengkomunikasikan tindakan-tindakan yang telah dilakukan kepada pasien.
- 2) Menjadi dasar penentuan tugas dalam suatu ruangan.
- 3) Memperkuat pelayanan keperawatan (menghindari malpraktek)
- 4) Membantu perhitungan anggaran biaya RS.

Petunjuk yang perlu diperhatikan dalam mendokumentasikan implementasi keperawatan adalah:

- a. Tuliskan tanggal dan waktu implementasi
- b. Tuliskan diagnosa atau nomor diagnosa yang ditangani sesuai implementasi yang dilakukan.

- c. Tuliskan implementasi (tindakan) dengan kalimat aktif dan menggunakan kata kerja
- d. Tuliskan hasil atau pun respon klien terhadap tindakan yang dilakukan
- e. Beri tanda tangan dan nama jelas dari perawat yang melakukan tindakan.
- f. Pada observasi yang spesifik (misalnya: di ICU) implementasi didokumentasikan pada *flow sheet* (lembar alur).

Seluruh pelaksanaan tindakan keperawatan harus diikuti dengan pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap suatu kejadian dalam proses keperawatan. Setiap langkah di dalam pemberian tindakan atau intervensi harus ditandatangani oleh perawat yang melaksanakan tugas ini dan juga kepala ruangan sebagai penanggungjawabnya.

2.4.6.5 Dokumentasi Evaluasi Keperawatan

Menurut Hutahean (2010), dokumentasi evaluasi keperawatan merupakan catatan tentang indikasi kemajuan pasien terhadap tujuan yang akan dicapai. Evaluasi keperawatan menilai keefektifan perawatan dan mengomunikasikan status kesehatan klien setelah diberikan tindakan keperawatan serta memberikan informasi yang memungkinkan adanya revisi perawatan sesuai keadaan pasien setelah dievaluasi.

Tipe dokumentasi evaluasi keperawatan ada dua yaitu:

1. Evaluasi formatif, yaitu evaluasi terhadap respon yang segera timbul setelah intervensi dilakukan.
2. Evaluasi sumatif, yaitu evaluasi respon (jangka panjang) terhadap tujuan atau hasil akhir yang diharapkan setelah pemberian asuhan keperawatan.

Metode pendokumentasian implementasi keperawatan antara lain:

- a. Menentukan kriteria, standar praktik, dan pertanyaan evaluatif
- b. Mengumpulkan data mengenai status kesehatan klien yang baru terjadi.
- c. Menganalisis dan membandingkan data terhadap kriteria dan standar yang ada.
- d. Merangkum hasil dan membuat kesimpulan.
- e. Melaksanakan intervensi yang sesuai berdasarkan intervensi yang telah dilakukan sebelumnya (jika masalah belum teratasi).

f. Evaluasi dilakukan dengan pendekatan pada SOAP (Dinarti et al, 2009), yaitu:

S : Data Subjektif, yaitu pernyataan atau keluhan pasien.

O : Data Objektif, yaitu data yang didapat dari hasil observasi perawat, termasuk tanda-tanda klinik dan fakta yang berhubungan dengan penyakit klien (meliputi: data fisiologi dan informasi dari pemeriksaan tenaga kesehatan).

A : Analisis, yaitu analisa atau pun kesimpulan dari data subjektif dan data objektif.

P : Perencanaan, yaitu pengembangan rencana segera atau yang akan datang untuk mencapai status kesehatan klien yang optimal.

2.4.7 Karakteristik Data

Data yang dikumpulkan atau dicatat dalam dokumentasi asuhan keperawatan haruslah lengkap, akurat dan nyata, serta relevan (Nursalam, 2011).

a. Lengkap

Seluruh data sangat diperlukan untuk mengidentifikasi masalah keperawatan klien. Oleh karena itu, data yang terkumpul harus lengkap agar dapat membantu perawat untuk mengatasi masalah klien.

b. Akurat dan Nyata

Kesalahan dalam menafsirkan data mungkin saja terjadi pada saat proses pengumpulan data. Untuk mencegah hal tersebut, maka perawat diharuskan berpikir secara akurat (tepat) dan menampilkan data yang nyata untuk membuktikan kebenaran data dari apa yang telah didengar, dilihat, diambil, dan diukur serta memvalidasi semua data yang meragukan. Jika perawat merasa kurang jelas atau kurang mengerti terhadap data yang telah dikumpulkan, maka perawat harus berkonsultasi dengan perawat yang lebih mengerti.

c. Relevan

Pendokumentasian data yang komprehensif harus mengumpulkan banyak data sehingga akan mengambil waktu yang diperlukan perawat untuk mengidentifikasi data tersebut. Kondisi ini dapat diantisipasi dengan

melakukan data pendokumentasian data fokus yang relevan dan sesuai dengan masalah klien pada situasi khusus sehingga akan didapatkan data yang komprehensif tetapi cukup singkat dan jelas.

Hal-hal tersebut di atas diperlukan untuk mencapai asuhan keperawatan paripurna. Pencapaian tujuan asuhan keperawatan yang paripurna ditempuh melalui suatu proses interaksi antar sesama anggota tim pemberi jasa dengan pengguna jasa (klien). Oleh karena itu segala sesuatu yang menyangkut dinamika kerja yang melibatkan perawat dan klien harus terekam dengan lengkap dan jelas demi kepentingan bersama. Tujuannya adalah mengacu pada urgensi dokumentasi sebagai sesuatu yang berharga ditinjau dari aspek legal, komunikasi, keuangan, pendidikan, penelitian, akreditasi, dan sebagai jaminan kualitas pelayanan profesional perawat.

2.5 Standar Penerapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di RS Haji Jakarta

RS Haji Jakarta mempunyai standar/pedoman yang mengatur dokumentasi asuhan keperawatan yaitu SPO (Standar Prosedur Operasional) dengan nomor SPO/ADMKEP/033 (Lampiran 7).

2.6 Hal-Hal Yang Menunjang Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Untuk menunjang pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan, diperlukan beberapa komponen antara lain tenaga perawat, pengetahuan dan pelatihan, sarana, serta pengawasan dan dukungan dari pihak manajemen.

2.6.1 Jumlah Tenaga Perawat

Berdasarkan UU Kesehatan No. 23 tahun 1992 perawat adalah mereka yang memiliki kemampuan dan kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimilikinya yang diperoleh melalui pendidikan keperawatan. Kecukupan jumlah perawat di rumah sakit turut mempengaruhi kualitas pelayanan yang diberikan. Beban kerja yang berlebihan akibat kurangnya jumlah tenaga perawat akan mempengaruhi kinerja perawat tersebut yang pada akhirnya berdampak pula pada kualitas pelayanan yang diberikan. Menurut Ellis

dan Lees (1990) dalam Susanti (2004), *staffing* yang kurang memadai juga dikenal sebagai aspek yang paling tinggi menyebabkan stress bagi pekerja perawatan. Oleh karena itu, perlu perhitungan yang tepat untuk menentukan jumlah perawat yang dibutuhkan.

Salah satu formula untuk menghitung kebutuhan tenaga perawat yang dikembangkan oleh Gillies (1982) yang dikutip oleh Ilyas (2000) adalah sebagai berikut:

$$\text{Tenaga perawat (Gillies)} = \frac{A \times B \times 365}{(365 - C) \times \text{jam kerja/hari}}$$

Keterangan:

A = Jam perawatan/24 jam (Waktu yang dibutuhkan pasien)

B = Sensus Harian (BOR x jumlah tempat tidur)

C = Jumlah hari libur (52 hari minggu, 12 hari libur nasional, 12 hari cuti)

365 (Jumlah hari kerja selama setahun)

2.6.2 Pengetahuan Perawat

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui penginderaan yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya) (Notoatmojo, 2007). Ada beberapa faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang, yaitu pendidikan, informasi/media massa, sosial budaya, tingkat ekonomi, lingkungan, pengalaman, dan usia. Dalam hal pendokumentasian asuhan keperawatan, pendidikan merupakan hal penting yang memengaruhi pengetahuan perawat karena telah di dapat selama masa perkuliahan. Untuk dapat memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas, perawat harus mempunyai pengetahuan yang tinggi tentang asuhan keperawatan. Pengetahuan tentang asuhan keperawatan yang professional sangat ditekankan pada program pendidikan D3 keperawatan yang menghasilkan perawat generalis sebagai perawat profesional pemula (Nursalam, 2002).

Menurut Gibson (1996) dalam Ilyas (2001), pengetahuan merupakan faktor individu yang memengaruhi kinerja seseorang. Hal ini senada dengan pendapat Lawrence Green (1980) dalam Octavia (2011) yang menyatakan

pengetahuan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi perilaku yang selanjutnya akan mempengaruhi kinerja individu. Dengan mempunyai pengetahuan, manusia akan cenderung berfikir dan melakukan tindakan dengan cepat dan tepat. Selain itu, menurut Siagian (1999), semakin tinggi pendidikan seseorang semakin besar keinginan untuk memanfaatkan pengetahuan dan keterampilannya.

Namun, pengetahuan seseorang tentang sesuatu yang sudah cukup baik, belum tentu berperilaku dan menghasilkan kinerja yang sesuai dengan sesuatu yang diketahuinya melainkan juga dipengaruhi oleh faktor-faktor lainnya.

2.6.3 Pelatihan

Untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dapat dilakukan pelatihan. Pelatihan adalah suatu kegiatan untuk memperbaiki kemampuan karyawan dengan cara meningkatkan pengetahuan dan keterampilan operasional dalam menjalankan suatu pekerjaan atau dapat dikatakan pula merupakan suatu proses pembinaan pengertian dan pengetahuan terhadap sekelompok fakta, aturan, serta metode yang terorganisasikan dengan mengutamakan pembinaan kejujuran dan keterampilan operasional (Soeprihanto, 2000).

Menurut Notoatmojo (2009), pelatihan adalah suatu proses yang akan menghasilkan suatu perubahan perilaku bagi karyawan (perawat). Perubahan perilaku yang dimaksud adalah peningkatan kemampuan atau kinerja perawat. Pelatihan dalam suatu organisasi sebagai upaya untuk pengembangan sumber daya manusia adalah suatu siklus yang harus terjadi terus-menerus. Hal ini terjadi karena organisasi itu harus berkembang untuk mengantisipasi perubahan-perubahan di luar organisasi tersebut. Untuk itu maka kemampuan sumber daya manusia tersebut harus terus-menerus ditingkatkan seiring dengan kemajuan perkembangan organisasi dan ilmu pengetahuan.

2.6.4 Sarana

Dalam melakukan dokumentasi asuhan keperawatan diperlukan suatu sarana/alat, yaitu formulir yang digunakan untuk mencatat proses asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien dan menjadi hal yang valid dari asuhan

keperawatan (Nursalam, 2001). Selain formulir, buku pedoman juga diperlukan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan agar dalam melaksanakan pekerjaannya, perawat melakukannya sesuai dengan standar operasional prosedur (Aditama, 2000). Sarana dan peralatan di rumah sakit tersebut adalah sebagai penunjang dalam pelayanan asuhan keperawatan dan komponen yang sangat menentukan keterlaksanaan asuhan keperawatan secara baik (Depkes, 1994).

2.6.5 Manajemen Keperawatan

Menurut Swansburg (2001) dalam Susihar (2004), manajemen keperawatan sangat berperan dalam keberhasilan pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan karena manajemen dalam keperawatan berhubungan dengan perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), pengaturan staf (*staffing*), kepemimpinan (*leading*), dan pengendalian (*controlling*). Berdasarkan teori tersebut maka sistem penugasan dan pengawasan merupakan salah satu aktivitas yang dilakukan dalam manajemen suatu organisasi .

A. Metode Penugasan

Untuk mengelola asuhan keperawatan secara efektif dan efisien untuk sejumlah pasien di suatu ruangan dengan jumlah tenaga perawat dan sarana yang ada, diperlukan kerangka kerja dengan mengelompokkan dan membagi kegiatan yang harus dilakukan melalui metode penugasan. Ada beberapa metode penugasan di rumah sakit dalam memberikan asuhan keperawatan (Huber, 1996), antara lain:

a. Metode Kasus (*Case Nursing*)

Asuhan keperawatan menyeluruh dilakukan oleh seorang perawat pada saat dia dinas. Pasien akan dirawat oleh perawat yang berbeda untuk setiap *shift*. Untuk metoda ini diperlukan tenaga perawat yang profesional dan berkualitas. Keuntungan dari metode ini adalah perawat hanya focus pada kebutuhan satu pasien saja sehingga dapat terbentuk hubungan yang akrab dan memuaskan. Sedangkan kelemahan dari metode ini adalah membutuhkan biaya yang mahal karena kurang efisien dan mobilitas perawat menjadi terbatas.

b. Metode Fungsional (*Functional Nursing*)

Pelayanan keperawatan dibagi menurut tugas yang berbeda dan dilaksanakan oleh perawat yang berbeda, prioritas pemenuhan kebutuhan fisik klien seperti fungsi member obat, mengkaji tanda vital, dsb. Kelebihan dari metode ini adalah secara administrative sangat efisien karena setiap perawat mendapat tugas yang spesifik untuk sejumlah pasien. Sedangkan kelemahan metode ini adalah pelayanan keperawatan yang terpilah-pilah sehingga tidak memungkinkan pasien menerima asuhan keperawatan secara holistic.

c. Metode tim (*Team Nursing*)

Pemberian asuhan keperawatan pada pasien dilakukan oleh tim yang terdiri dari ketua tim dan beberapa anggota tim. Tim ini merawat beberapa pasien tertentu. Kelebihan metode ini adalah memfasilitasi pelayanan yang komprehensif dan memungkinkan pencapaian proses asuhan keperawatan. Sedangkan kelemahan metode ini adalah memungkinkan keterlambatan tindakan dan perawat yang kurang terampil akan selalu bergantung pada ketua tim.

d. Metode keperawatan primer (*Primary Nursing*)

Pada metode ini perawat professional diberi tanggung jawab dan wewenang penuh untuk mengkaji, merencanakan, dan melaksanakan asuhan keperawatan dari beberapa pasien yang ditugaskan padanya. Kelebihan metode ini adalah berfokus pada kebutuhan klien yang memberikan otonomi kepada perawatan dan kesinambungan asuhan keperawatan. Sedangkan kelemahan metode ini adalah hanya dapat dilakukan oleh perawat dengan kemampuan professional.

e. Metode Keperawatan Total

Pada metode ini pengorganisasian asuhan keperawatan untuk satu atau beberapa klien oleh satu orang perawat pada saat dinas selama periode tertentu sampai dengan klien pulang. Kepala ruangan bertanggung jawab dalam pembagian tugas dan menerima semua laporan tentang pelayanan keperawatan klien. Kelebihan metode ini adalah focus perawatan sesuai dengan kebutuhan klien, memotivasi perawat untuk bersama untuk bersama klien selama dinas. Sedangkan

kelemahan dari metode ini adalah beban kerja perawat yang tinggi jika jumlah klien banyak, pendelegasian tugas terbatas.

B. Pengawasan

Menurut Azwar (1996), pengawasan adalah melakukan penilaian dan sekaligus koreksi terhadap setiap penilaian karyawan untuk mencapai tujuan seperti yang telah direncanakan sebelumnya. Jika pengawasan dilakukan dengan cermat, akan memberikan manfaat sebagai berikut:

- a. Tujuan yang direncanakan dapat dicapai.
- b. Pembiayaan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dapat sesuai dengan anggaran yang ditentukan sebelumnya.
- c. Pengawasan yang baik akan memacu karyawan berprestasi dan berkreasi sesuai dengan kemampuan yang dimilikinya.

Pengawasan merupakan salah satu cara yang dapat ditempuh untuk oleh pimpinan organisasi atau perusahaan dalam meningkatkan motivasi kerja karyawannya dalam rangka mencapai kinerja organisasi yang lebih baik (Zainun, 1976) dalam (Notoatmojo, 2009).

2.7 Pendekatan Sistem

Dalam sistem organisasi, pendekatan sistem merupakan pendekatan yang seringkali digunakan untuk mengevaluasi perencanaan dan pencapaian, yang diawali dengan variabel masukan, proses, dan keluaran. Efisiensi dan efektifitas sebuah organisasi tidak terkecuali rumah sakit tidak pernah lepas dari unsur-unsur tersebut.

1. Masukan

Masukan (*input*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang diperlukan untuk dapat berfungsinya sistem tersebut. Ada dua macam masukan bagi sistem, yaitu:

- a. Masukan yang diolah oleh proses sistem, maksudnya adalah materi yang akan diolah atau ditangani.
- b. Masukan yang terlibat dan dibutuhkan untuk mengolah dalam proses sistem. Artinya, segala sesuatu sumber daya yang dibutuhkan yang juga

terlibat dalam mengolah dan menangani materi, seperti manusia (*man*), uang (*money*), perlengkapan (*material*), dan bahan-bahan lainnya.

2. Proses

Proses (*process*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang terdapat dalam sistem dan yang berfungsi untuk mengubah masukan menjadi keluaran yang direncanakan.

3. Keluaran

Keluaran (*output*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya proses dalam sistem.

4. Umpan Balik

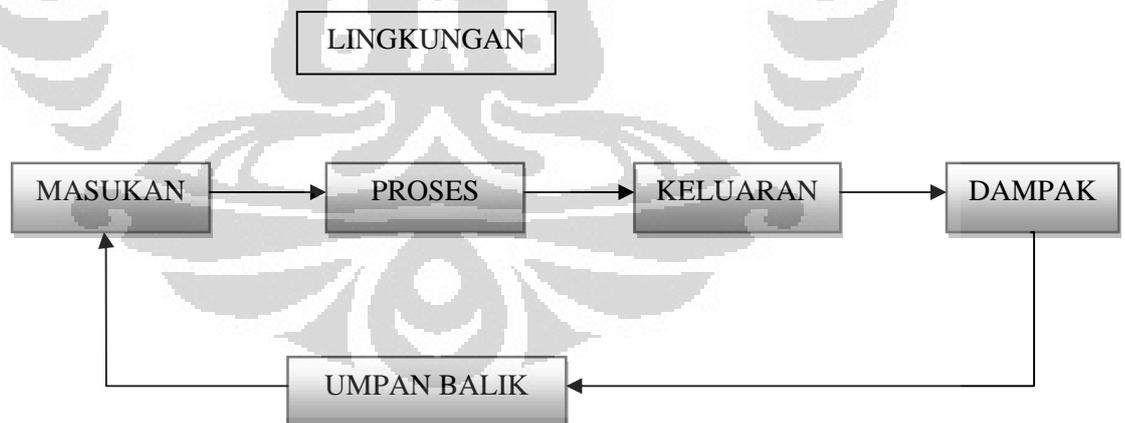
Umpan balik (*feed back*) adalah kumpulan bagian atau elemen yang merupakan keluaran dari sistem dan sekaligus sebagai masukan bagi sistem tersebut.

5. Dampak

Dampak (*impact*) adalah akibat yang dihasilkan oleh keluaran suatu sistem.

6. Lingkungan

Lingkungan (*environment*) adalah dunia luar sistem yang tidak dikelola oleh sistem tetapi mempunyai pengaruh besar terhadap sistem.



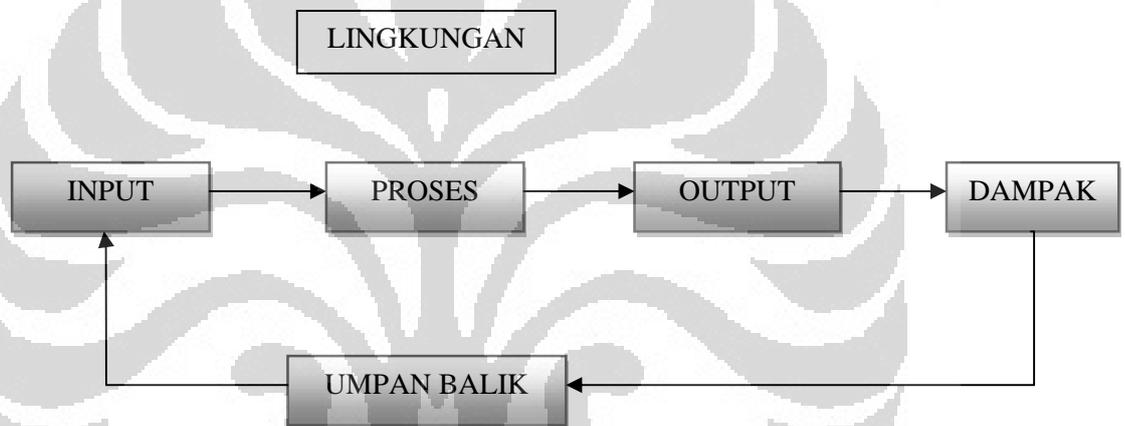
Gambar 2.2 Hubungan Unsur-Unsur Sistem (Azwar, 1996)

BAB 3

KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1 Kerangka Teori

Unsur-unsur sistem seperti masukan, proses, dan keluaran ikut mempengaruhi efisiensi dan efektifitas dari sebuah organisasi termasuk rumah sakit. Penelitian ini menggunakan pendekatan sistem untuk mengevaluasi perencanaan dan pencapaian dengan mengadopsi pada teori yang dikemukakan oleh Azrul Azwar.

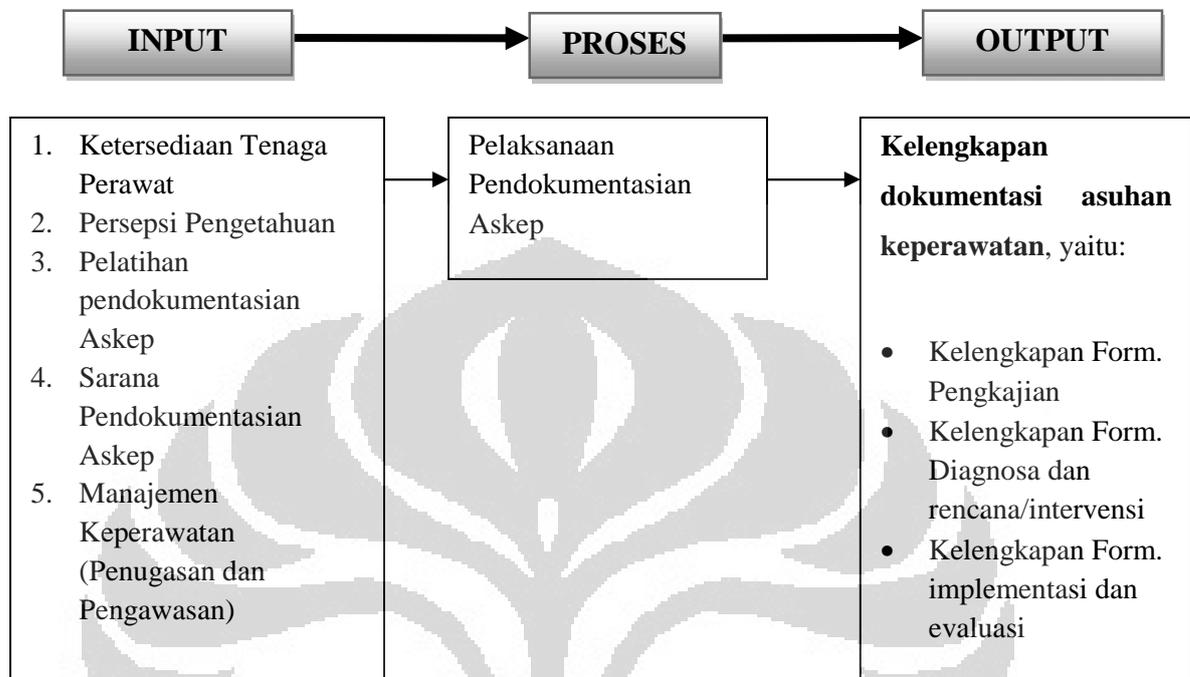


Gambar 3.1 Hubungan Unsur-Unsur Sistem (Azwar, 1996)

Teori lain yang mendukung penelitian ini adalah Permenkes RI No Hk.02.02/Menkes/148/1/2010 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat Pasal 12 ayat 1 yaitu *salah satu kewajiban perawat adalah melakukan pencatatan tindakan keperawatan secara sistematis dan memenuhi standar*. Selain itu, berdasarkan Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis RS (Depkes, 2006) menyatakan *salah satu penanggung jawab pengisian rekam medis adalah tenaga para medis perawatan dan non perawatan yang langsung terlihat didalamnya antara lain: Perawat, Perawat Gigi, Bidan, Tenaga Laboratorium Klinik, Gizi, Anestesi, Penata Rontgen, Rehabilitasi Medik dan lain sebagainya*.

3.2 Kerangka Konsep

Berdasarkan teori yang dikemukakan (Azwar, 1996) dan tujuan penelitian yang diharapkan, maka disusun kerangka konsep penelitian sebagai berikut:



Gambar 3.2 Kerangka Konsep

Analisa sistem merupakan suatu cara kerja yang dengan mempergunakan fasilitas yang ada, dilakukan pengumpulan berbagai masalah yang dihadapi untuk kemudian dicarikan jalan keluarnya sehingga membantu administrator dalam mengambil keputusan yang tepat untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Langkah-langkah dalam melakukan analisa sistem adalah dengan menentukan input, proses, dan output. Input merupakan faktor yang menunjang berlangsungnya atau berfungsinya sistem tersebut. Dalam penelitian ini input sistem adalah pengetahuan perawat, pelatihan, jumlah perawat, sarana pendokumentasian Askep, dan manajemen keperawatan yaitu sistem penugasan dan pengawasan. Proses merupakan elemen yang mengubah input menjadi output sehingga proses dalam penelitian ini adalah pelaksanaan pendokumentasian Askep. Output adalah elemen yang dihasilkan dari berlangsungnya suatu sistem sehingga output dalam penelitian ini adalah kelengkapan dokumentasi Askep.

3.3 Definisi Operasional

Variabel yang terdapat di dalam kerangka konsep dijelaskan lebih rinci dalam tabel sebagai berikut:

Tabel 3.1 Definisi Operasional Penelitian

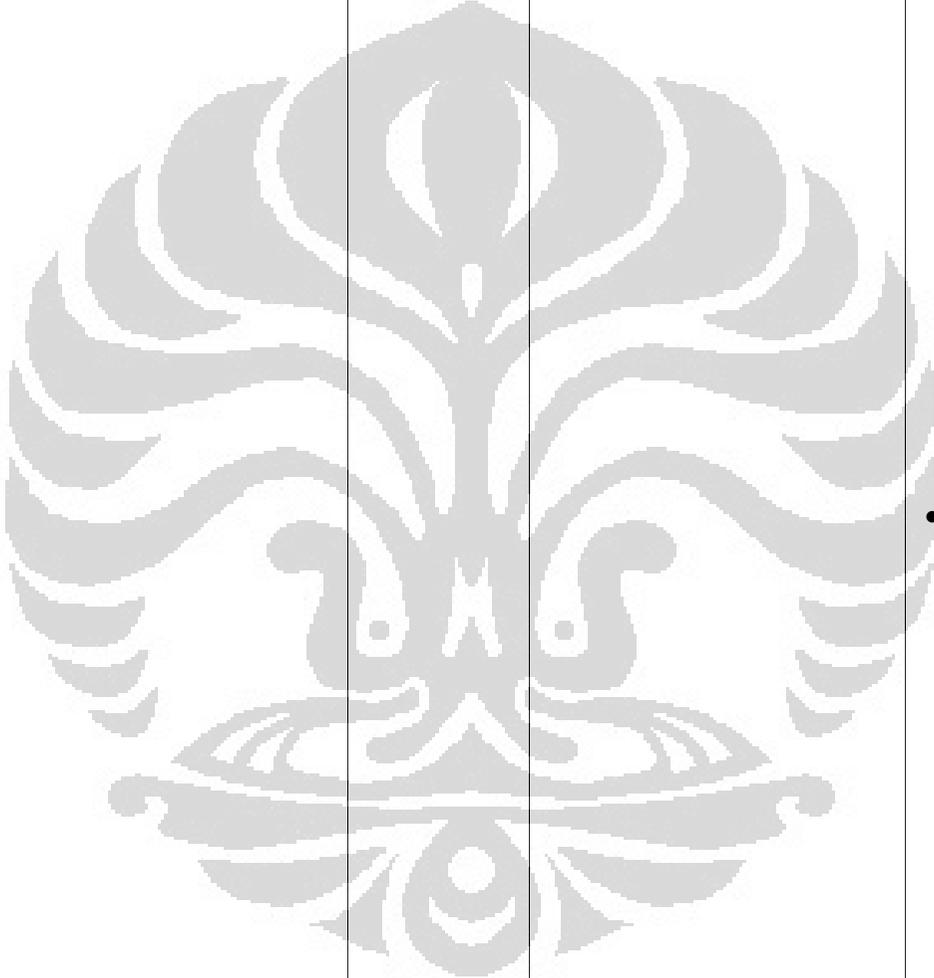
No	Variabel	Definisi operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur
1.	Ketersediaan tenaga Perawat	Jumlah ketersediaan tenaga perawat yang melakukan asuhan keperawatan dan pendokumentasian Askep dibandingkan dengan perhitungan kebutuhan jumlah tenaga perawat berdasarkan rumus Gillies.	Pedoman observasi	Observasi jumlah perawat pelaksana setiap ruang, jumlah TT setiap ruang, dan BOR setiap ruang. Hitung dengan menggunakan rumus kebutuhan tenaga Gillies (Ilyas, 2000): $\frac{AxBx365}{(365 - C)x jam\ kerja/hari}$ Kemudian observasi kebutuhan jumlah perawat berdasarkan rumus	1. Ketersediaan tenaga perawat cukup, jika jumlah perawat di setiap ruang mencukupi atau sesuai dengan perhitungan rumus Gillies dan rumus modifikasi RS Haji Jakarta. 2. Ketersediaan tenaga perawat kurang, jika jumlah perawat di setiap ruang tidak sesuai dengan perhitungan rumus Gillies dan rumus modifikasi RS Haji Jakarta.

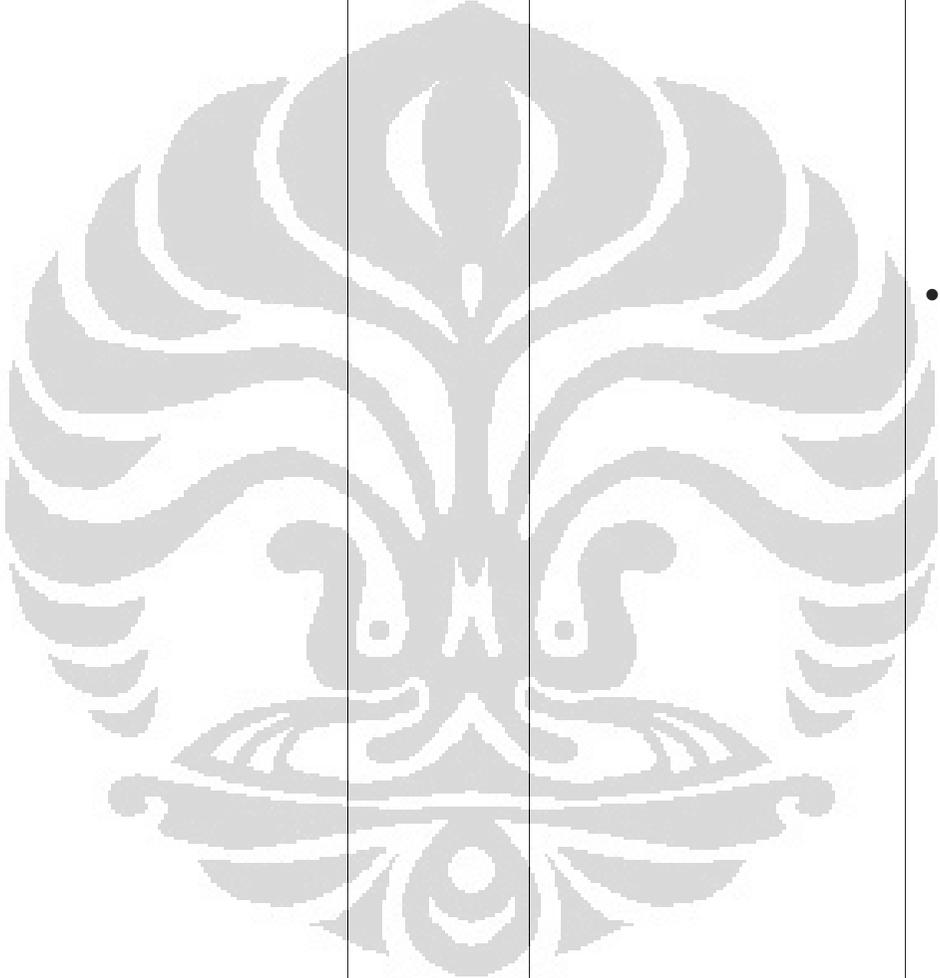
				modifikasi RS Haji Jakarta.	
2.	Persepsi Pengetahuan	Persepsi informan mengenai kemampuan intelektual atau tingkat pemahaman perawat pelaksana mengenai dokumentasi asuhan keperawatan yang dimiliki saat ini.	Pedoman wawancara mendalam	Wawancara mendalam mengenai persepsi perawat terhadap pengetahuannya mengenai dokumentasi Askep.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Persepsi Pengetahuan baik, jika informan berpendapat pengetahuan perawat pelaksana mengenai dokumentasi Askep cukup/memadai/baik. 2. Persepsi Pengetahuan kurang, jika informan berpendapat pengetahuan perawat pelaksana mengenai dokumentasi Askep kurang/buruk.
3.	Pelatihan pendokumentasian Askep	Upaya pemberian materi/pengetahuan mengenai cara atau teknik pendokumentasian Askep secara benar sesuai dengan standar yang diberlakukan RS dan	Pedoman wawancara mendalam	Wawancara mendalam	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ada dan rutin, jika dilakukan pelatihan pendokumentasian Askep secara rutin per tahun. 2. Pernah tetapi tidak rutin, jika dilakukan pelatihan tetapi tidak rutin per tahun.

		dilaksanakan setiap tahunnya untuk mengikuti perkembangan ilmu keperawatan dan agar pendokumentasian dilakukan secara seragam (sesuai standar yang telah ditetapkan).			3. Tidak pernah , jika sama sekali tidak pernah dilakukan pelatihan pendokumentasian Askep.
4.	Sarana pendokumentasian Askep	Segala sesuatu yang memudahkan untuk melakukan pendokumentasian Askep yaitu meliputi formulir Askep yang digunakan untuk mencatat data pasien dan sarana lain seperti komputer , pedoman atau SPO yang memudahkan perawat untuk melakukan pendokumentasian Askep.	Pedoman Observasi; Pedoman wawancara mendalam	Observasi dan wawancara mendalam	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sarana tersedia dan mendukung, jika sarana ada, mencukupi, dan memudahkan perawat dalam mendokumentasikan Askep. 2. Sarana tersedia tetapi tidak mendukung, jika sarana ada tetapi perawat mengalami kesulitan dalam pengisiannya. 3. Sarana tidak tersedia.
5.	Manajemen keperawatan	Suatu koordinasi dari sumber-sumber keperawatan melalui proses manajemen yang	Pedoman wawancara	Wawancara mendalam	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen baik, jika dilakukan pengawasan dan penugasan terkait pendokumentasian

		dilakukan oleh bagian keperawatan, komite keperawatan, atau kepala ruangan rawat inap yang berkaitan dengan pengawasan dan sistem penugasan terhadap pelaksanaan pendokumentasian Askep.	mendalam		Askep oleh kepala ruangan dan komite keperawatan secara rutin. 2. Manajemen buruk, jika sama sekali tidak dilakukan supervisi dan penugasan terkait pendokumentasian Askep oleh kepala ruangan dan komite keperawatan.
6.	Pelaksanaan pendokumentasian Askep	Kesesuaian prosedur pendokumentasian/pencatatan pelaksanaan asuhan keperawatan yang meliputi lima tahap (pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi) yang dilakukan oleh perawat berdasarkan SPO yang berlaku di RS Haji Jakarta.	Pedoman wawancara mendalam dan observasi	Wawancara mendalam dan observasi	1. Pendokumentasian sesuai dengan prosedur, jika proses pendokumentasian dilakukan sesuai dengan standar pedoman penerapan dokumentasi Askep. 2. Pendokumentasian kurang sesuai dengan prosedur, jika jika terdapat beberapa proses pendokumentasian yang tidak dilakukan sesuai dengan

					<p>standar penerapan dokumentasi Askep.</p> <p>3. Pendokumentasian tidak sesuai dengan prosedur, jika seluruh proses pendokumentasian tidak dilakukan sesuai dengan standar pedoman penerapan dokumentasi Askep.</p>
7.	Kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan	Kualitas data asuhan keperawatan yang dibuat oleh tim perawat yang dinilai berdasarkan kelengkapan pengisian variabel yang ada di formulir asuhan keperawatan mulai dari tahap pengkajian hingga evaluasi.	Pedoman Observasi	Observasi dokumen Askep pada status pasien.	<p>Persentase kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan (rata-rata persentase kelengkapan pengkajian, diagnosa rencana/intervensi, dan implementasi/evaluasi) (Standar RS Haji Jakarta: 80%)</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Kelengkapan Pengkajian:</u> Menghitung jumlah masing-masing variabel yang terisi di

				<p>dalam formulir pengkajian dari total sampel kemudian dihitung persentasenya (jumlah variabel terisi/jumlah dokumen* 100%). Kemudian persentase kelengkapan per variabel dirata-ratakan sehingga didapatkan persentase kelengkapan formulir pengkajian.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Kelengkapan Diagnosa/Rencana Intervensi:</u> Menghitung jumlah masing-masing variabel yang terisi di dalam formulir diagnosa/rencana intervensi dari total sampel kemudian dihitung persentasenya (jumlah variabel terisi/jumlah dokumen* 100%). Kemudian persentase
--	--	--	---	---

				<p>kelengkapan per variabel dirata-ratakan sehingga didapatkan persentase kelengkapan formulir diagnosa/rencana intervensi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Kelengkapan Implementasi/Evaluasi:</u> Menghitung jumlah masing-masing variabel yang terisi di dalam formulir implementasi/evaluasi dari total sampel kemudian dihitung persentasenya (jumlah variabel terisi/jumlah dokumen* 100%. Kemudian persentase kelengkapan per variabel dirata-ratakan sehingga didapatkan persentase kelengkapan formulir implementasi/evaluasi.
--	--	--	---	---

BAB 4

METODOLOGI PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif yang bersifat deskriptif yang ditekankan pada kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien rawat inap dewasa non kebidanan RS Haji Jakarta tahun 2012 dan didukung dengan pendekatan kualitatif untuk menjelaskan karakteristik kelengkapan dokumentasi Askep melalui pendekatan sistem.

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada Bulan Mei-Juni 2012 dengan melihat dokumen rekam medis pasien rawat inap dewasa non kebidanan pada bulan Mei 2012 yaitu di ruang Syifa, Afiah, Muzdalifah, Sakinah, dan Istiqomah RS Haji Jakarta.

4.3 Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan dua cara, yaitu:

1. Metode pengamatan observasi

Melakukan pengamatan terhadap dokumen asuhan keperawatan yang ada di dalam status rekam medis pasien rawat inap dengan menilai kelengkapan pengisian variabel pada formulir asuhan keperawatan.

2. Metode wawancara

Melakukan wawancara mendalam mengenai hal-hal yang menunjang pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan terhadap beberapa informan.

4.4 Populasi dan Sampel Penelitian

4.4.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh dokumen asuhan keperawatan pada status pasien rawat inap pada bulan Mei 2012 yang telah disimpan di unit rekam medis.

4.4.2 Sampel

Sampel penelitian ini adalah dokumen asuhan keperawatan rawat inap dewasa non kebidanan pada bulan Mei 2012 yang terpilih. Untuk mendapatkan besar sampel peneliti menggunakan rumus estimasi proporsi (Iwan Ariawan, 1998) Rumus sampel tersebut adalah :

$$n = \frac{N \cdot Z^2_{1-\alpha/2} p q}{d^2 (N-1) + Z^2_{1-\alpha/2} p q}$$

Keterangan:

- n : Besar sampel
- N : Jumlah Populasi
- $Z_{1-\alpha/2}$: 1,96 pada $\alpha = 0,05$
- P : Proporsi prevalensi kejadian (0,5)
- d : Presisi/sampling error ditetapkan (0,1)

Berdasarkan rumus di atas, dari jumlah populasi sejumlah 1389 dokumen, dilakukan perhitungan besar sampel sebagai berikut :

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5 \cdot 1389}{0,1^2 \cdot 12389 + 1,96^2 \cdot 0,5 \cdot 0,5}$$

$$n = 89,83 \text{ dibulatkan menjadi } 90$$

Berdasarkan rumus di atas, maka jumlah sampel yang dibutuhkan adalah 90 dokumen dan untuk menghindari terjadinya *drop out*, maka jumlah sampel ditambah 10% sehingga jumlah sampelnya menjadi 99 dokumen. Sampel dipilih dengan metode *simple random sampling* yaitu menggunakan nomor acak yang dikeluarkan aplikasi pengolah angka berdasarkan jumlah sampel dan populasi. Nomor acak tersebut kemudian ditelusuri di buku ekspedisi rawat inap bulan Mei 2012 kemudian dicatat nomor rekam medis yang menjadi sampel. Sampel dokumen yang dipilih mempunyai kriteria inklusi yaitu dokumen milik pasien rawat inap dewasa non kebidanan dengan lama rawat minimal dua hari dan kriteria eksklusi yaitu pasien rawat inap kebidanan (ibu bersalin) dan pasien anak/neonatus. Jika nomor nomor rekam medis yang

terpilih ternyata masuk dalam kriteria eksklusi, maka peneliti melewatkannya dan memilih nomor setelahnya yang mempunyai kriteria inklusi. Setelah sampel terpilih, maka langkah selanjutnya adalah melihat kelengkapan pengisian dokumen asuhan keperawatan menggunakan lembar observasi *checklist*.

4.5 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah pedoman wawancara mendalam, pedoman observasi (lembar *checklist*), dan *recorder*.

4.6 Informan Penelitian

Informan dalam penelitian ini dipilih secara *purposive* (sesuai kecukupan dan kesesuaian) yaitu perawat pelaksana, kepala ruangan, dan pihak dari bagian keperawatan.

4.7 Pengolahan dan Analisa Data

Pengolahan dan analisa data dilakukan dengan beberapa tahap sebagai berikut:

1. Observasi kelengkapan dokumen asuhan keperawatan lalu melakukan manajemen data melalui tahapan pengolahan data yaitu *editing*, *coding*, *processing*, dan *cleaning*. Kemudian hasilnya dituangkan dalam bentuk distribusi frekuensi (persentase) kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan.
2. Mengumpulkan data dari informan dengan wawancara mendalam.
3. Membuat transkrip
4. Membuat intisari/matriks
5. Melakukan pengkatagorian
6. Membuat interpretasi
7. Penyajian data, dilakukan secara naratif.
8. Melakukan *Content Analysis* (pembahasan mendalam informasi) dan membahas hasil penelitian dengan berbagai sumber bacaan dan penelitian sebelumnya.

BAB 5

GAMBARAN UMUM RS HAJI JAKARTA

5.1 Sejarah RS Haji Jakarta

RS Haji Jakarta merupakan rumah sakit umum yang melayani masyarakat luas yang didirikan untuk mengenang musibah jemaah haji di Mina pada tahun 1990 dan diresmikan pada tanggal 12 November 1994 oleh Presiden Soeharto sebagai kelanjutan Surat Keputusan Bersama tiga menteri (Menteri Dalam Negeri, Menteri Agama, dan Menteri Kesehatan) tentang pembentukan Panitia Pembangunan RS Haji Jakarta di empat embarkasi. RS Haji Jakarta memiliki luas tanah 1 Ha dengan luas bangunan 14.000 m² dan merupakan salah satu dari empat RS Haji di Indonesia setelah RS Haji Medan, RS Haji Ujung Pandang, dan RS Haji Surabaya.

Sejak berdiri hingga saat ini, RS Haji Jakarta mengalami banyak perkembangan. Pada tahun 1994 - 1997, RS Haji Jakarta merupakan Unit Pelaksana Teknis (UPT) Dinas Kesehatan Pemda DKI Jakarta berdasarkan Keputusan Gubernur DKI Jakarta No 1504 Tahun 1994. Kemudian pada tahun 1997 - 2004, status badan hukum RS Haji Jakarta berubah menjadi Yayasan RS Haji Jakarta berdasarkan SK Gubernur DKI Jakarta No 1524 Tahun 1997 dan Akte Notaris Sutjipto No 28 Tanggal 5 Maret 1997. Pada akhirnya, tahun 2004 - sekarang, statusnya berupa Perseroan Terbatas (PT) berdasarkan Perda DPRD DKI No. 13 Tahun 2004 dan Akte Notaris Sutjipto No 71 Tanggal 17 September 2004. Namun saat ini, RS Haji Jakarta sedang dalam proses pembubaran PT berdasarkan Putusan Mahkamah Agung Republik Indonesia Reg. No. 05 P/HUM/2005, Peraturan Daerah Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 5 Tahun 2006, dan selanjutnya akan menuju bentuk Badan Layanan Umum (BLU).

Kepemilikan RS Haji Jakarta sesuai dengan PERDA No. 13 tahun 2004 tentang pendirian PT RS Haji Jakarta tanggal 10 Agustus 2004 meliputi 51% Pemda DKI Jakarta, 42% Departemen Agama, IPHI 1%, dan Koperasi Karyawan RS Haji Jakarta mendapat 6%.

RS Haji Jakarta memiliki izin operasional berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. HK.07.06/III/4102/2009 tentang pemberian izin penyelenggaraan rumah sakit umum dengan nama “Rumah Sakit Haji Jakarta” Provinsi DKI Jakarta tertanggal 15 Oktober 2009. Adapun tujuan pengelolaan rumah sakit adalah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dengan memberikan pelayanan kesehatan yang paripurna, bermutu, terjangkau, dan akuntabel kepada seluruh lapisan masyarakat dengan beberapa cara, yaitu:

- a. Menyelenggarakan praktek bisnis yang sehat, berorientasi pada prinsip ekonomis dan produktivitas, melalui pengelolaan RS yang menerapkan kaidah *Good Corporate Governance*. Dengan tetap melaksanakan fungsi sosial RS dan tidak semata-mata mencari keuntungan.
- b. Melaksanakan pelayanan yang prima dengan kaidah *Good Clinical Governance*.
- c. Menunjang kegiatan pendidikan dan penelitian secara berkesinambungan dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan secara terpadu.

Untuk meningkatkan mutu sistem manajemen rumah sakit, maka pada tahun 1997 RS Haji Jakarta mendapatkan akreditasi 5 Standar Pelayanan dasar yang diikuti dengan kepemilikan Sertifikat ISO 9001 : 2000, sejak tahun 2002 untuk seluruh pelayanan kesehatan. Kemudian pada tanggal 09 Desember 2009, sistem manajemen mutu RS Haji Jakarta kembali mendapatkan Akreditasi Penuh Tingkat Lengkap 16 Standar Pelayanan dan Sertifikat ISO 9001 : 2008 pada tanggal 18 Juli 2010 untuk seluruh pelayanan kesehatan.

5.2 Visi dan Misi RS Haji Jakarta

5.2.1 Visi

Visi RS Haji Jakarta adalah “*Menjadi Rumah Sakit Islam Berkelas Dunia*”.

5.2.2 Misi

Untuk mencapai visinya, RS Haji Jakarta mempunyai beberapa misi, yaitu:

- a. Meningkatkan kualitas hidup manusia sebagai ibadah
- b. Melaksanakan layanan kesehatan islami, paripurna, dan berkualitas

- c. Mempersiapkan dan meningkatkan sumber daya untuk mencapai rumah sakit berkelas dunia.

5.3 Fasilitas dan Pelayanan

5.3.1 Pelayanan Medik Spesialistik

Pelayanan medik spesialistik yang disediakan RS Haji Jakarta meliputi:

1. Pelayanan medik spesialistik dasar yang terdiri dari pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, obstetric, dan ginekologi.
2. Pelayanan spesialis penunjang medik yang terdiri dari pelayanan anesthesiologi, radiologi, rehabilitasi medik, dan patologi klinik.
3. Pelayanan medik spesialistik lain yang terdiri dari pelayanan mata, THT, syaraf, jantung dan pembuluh darah, kulit dan kelamin, kedokteran jiwa, paru-paru, orthopedik, urologi, dan bedah syaraf.
4. Pelayanan medik spesialis gigi mulut yang terdiri dari pelayanan bedah mulut, konservasi/endodonsi, periodonti, kesehatan gigi anak, dan prostodonsi.
5. Pelayanan medik subspecialis dasar yang terdiri dari pelayanan bedah (digestive, saluran vaskuler, tulang, syaraf, anak, saluran kemih, saluran cerna, dan tumor), penyakit dalam (ginjal dan hipertensi), anak (jantung dan tumbuh kembang), serta pelayanan obstetric dan ginekologi.

5.3.2 Pelayanan 24 Jam

RS Haji Jakarta memberikan pelayanan 24 jam yang terdiri atas pelayanan gawat darurat, radiologi, farmasi, laboratorium, bank darah, ambulans, kamar ruang bersalin, ruang operasi, dan pemulasaran jenazah.

5.3.3 Pelayanan Penunjang Klinik

Pelayanan penunjang klinik antara lain:

- a. Perawatan intensif
- b. Pelayanan darah
- c. Gizi
- d. Farmasi

e. Rekam medik

5.3.4 Pelayanan Penunjang Non Klinik

Pelayanan Penunjang Non Klinik yang disediakan RS Haji Jakarta antara lain *laundry*/linen, jasa boga/dapur, teknik dan pemeliharaan fasilitas, pengelolaan limbah, gudang, *ambulance*, komunikasi, pemulasaran jenazah, pemadam kebakaran, pengelolaan gas medik, dan penampungan air bersih.

5.3.5 Fasilitas Penunjang Kesehatan

Pelayanan Penunjang Kesehatan yang disediakan RS Haji Jakarta diantaranya adalah *endoscopy*, *esofagoscopy*, *bronchoscopy*, audiometri, USG, EEG, fisioterapi, terapi wicara, *treadmill*, klinik kecantikan, klinik edukasi diabetes, klinik keluarga berencana & laktasi, klinik perawatan luka, pelayanan & konsultasi kesehatan calon haji, hemodialisa, klinik konsultasi gizi, *medical check up*, dan senam kesehatan (diabetes, asma, osteoporosis, senam hamil).

5.3.6 Pelayanan Keperawatan dan Kebidanan

RS Haji Jakarta memberikan pelayanan keperawatan dan kebidanan dengan menyediakan 212 tempat tidur dengan beberapa katagori kelas (Super VIP, VIP, kelas I, II, III, ICU/ICCU). RS Haji Jakarta mempunyai 10 ruang rawat inap antara lain ruang Syifa, Afiah, Muzdalifah, Istiqomah, Sakinah, Hasanah 1, Hasanah 2, Amanah, Neonatus, ICU, dan NICU.

5.3.7 Pelayanan Pasien Jemaah Haji

RS Haji Jakarta menerima *Medical Check Up* calon jemaah haji sebelum berangkat haji. Pelayanan rawat inap bagi jemaah haji sebelum berangkat (embarkasi) dan setelah pulang dari haji (debarkasi) tidak dikenakan biaya (maksimal dua minggu/14 hari).

5.4 Kondisi Ketenagaan

Jumlah karyawan RS Haji Jakarta per Agustus 2010 adalah sebagai berikut:

1. Berdasarkan status
 - a. Tetap : 637 orang
 - b. Kontrak : 114 orang
2. Berdasarkan jenis tenaga:
 - a. Dokter dan apoteker : 28 orang
 - b. Perawat/bidan : 332 orang
 - c. Tenaga penunjang : 88 orang
 - d. Tenaga non medis : 303 orang
 - e. Dokter tamu : 74 orang

5.5 Struktur Organisasi RS Haji Jakarta

Struktur organisasi RS Haji Jakarta dibuat berdasarkan keputusan Direktur Rumah Sakit Haji Jakarta Nomor: 193/RSHJ/WAS/SK/VIII/2009 (lampiran 6).

5.6 Gambaran Unit Rekam Medis

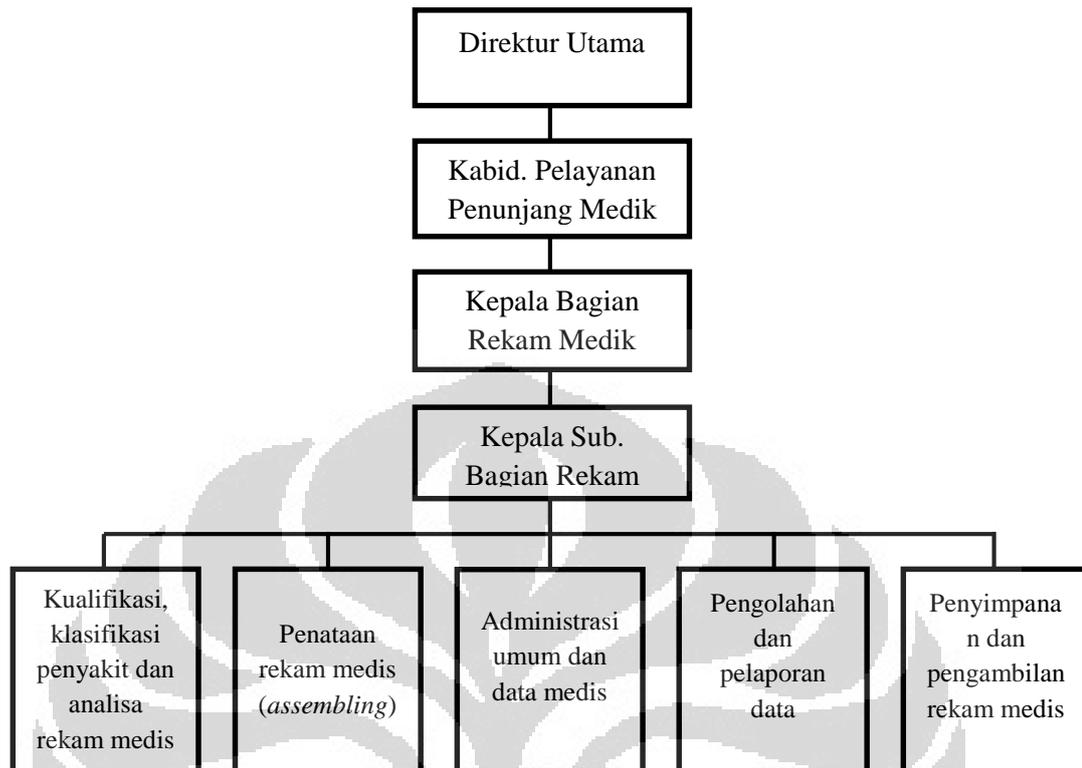
Unit rekam medis RS Haji Jakarta adalah unit yang berfungsi untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Unit rekam medis RS Haji Jakarta memiliki visi dan misi sebagai berikut:

- a. Visi : Melayani dengan cepat, cermat dan tepat.
- b. Misi :
 1. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan pasien melalui kecepatan, ketepatan, kecermatan pelayanan rekam medis.
 2. Meningkatkan dan mengembangkan wawasan, pengetahuan, keterampilan dan teknologi di bidang rekam medik rumah sakit.
 3. Menggalang kerjasama secara harmonis dengan unit kerja lainnya dalam lingkungan Rumah Sakit Haji Jakarta terutama dengan unit layanan medis sehingga suatu team pelayanan yang handal.

Adapun tujuan unit rekam medis RS Haji Jakarta adalah:

1. Rekam medis menunjang tercapainya tertib administrasi dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit.
2. Menyelenggarakan pelayanan rekam medis di rumah sakit.
3. Menyediakan data dan informasi rekam medis di rumah sakit.

Unit Rekam Medis RS Haji Jakarta memiliki struktur organisasi sebagai berikut:



Gambar 5.1 Bagan Hirarki Jabatan di Unit Rekam Medis RS Haji Jakarta 2012

Sumber : Unit Rekam Medis RS Haji Jakarta

5.7 Gambaran Umum Bagian Keperawatan

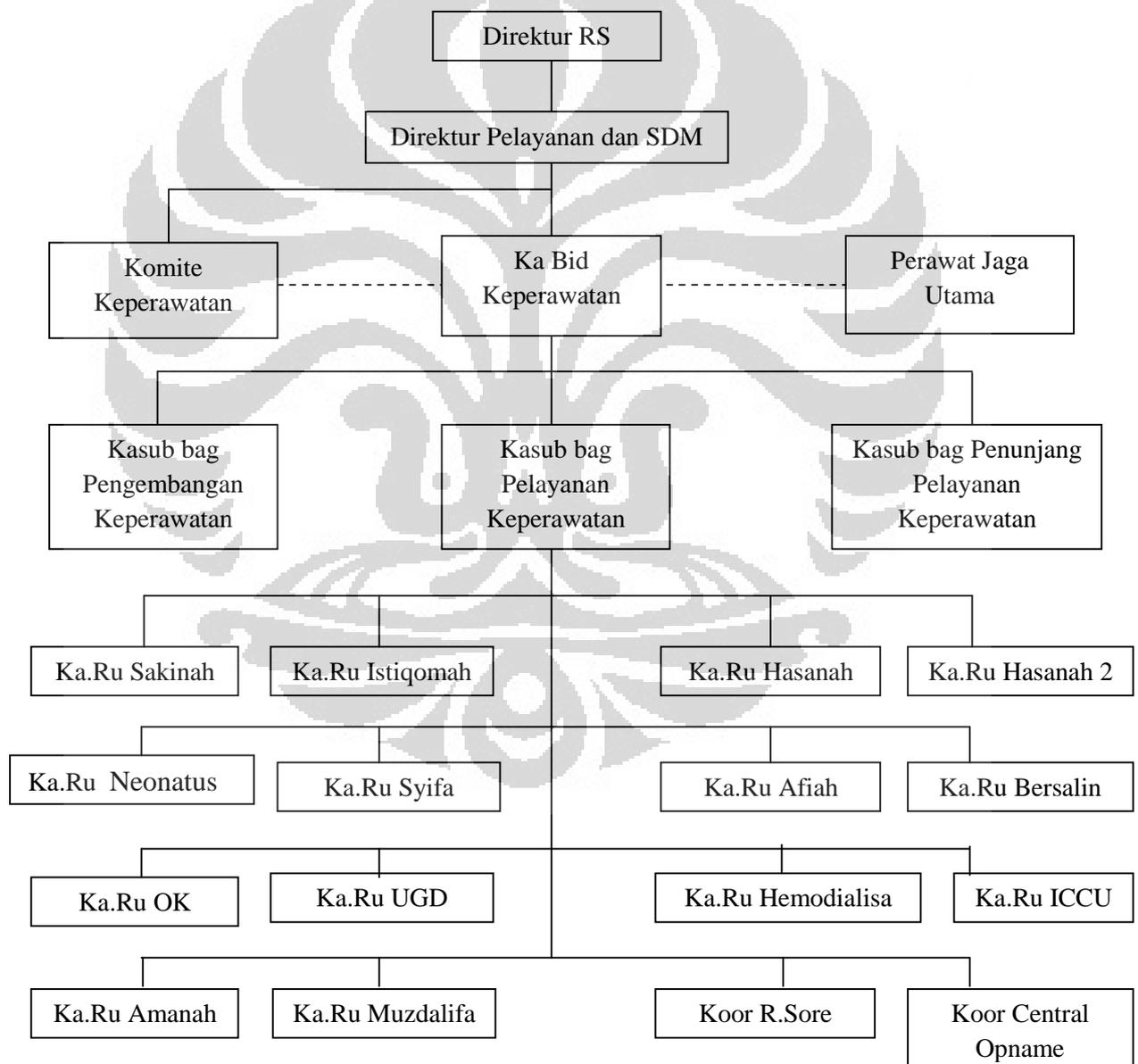
Bagian Keperawatan RS Haji Jakarta mempunyai misi yaitu menyelenggarakan pelayanan asuhan keperawatan yang bermutu dalam nuansa keislaman yang kental untuk meningkatkan kualitas hidup manusia seutuhnya. Adapun falsafah Bagian Keperawatan adalah bantuan pelayanan profesional islami yang diberikan kepada pasien, keluarga, dan mencangkup seluruh proses kehidupan manusia seutuhnya, baik sakit maupun sehat tanpa memandang bangsa, suku bangsa, kepercayaan, dan derajat dengan berlandaskan iman dan taqwa kepada Allah SWT.

Bagian keperawatan memiliki tujuan umum dan khusus. Adapun tujuan umum Bagian Keperawatan adalah membentuk sikap dan perilaku sesuai visi dan misi RS Haji Jakarta dengan memberikan pelayanan asuhan keperawatan islami yang berkualitas bagi pasien umum serta jemaah haji dan melaksanakan dakwah

islamiyah dalam setiap kegiatan serta menciptakan iklim yang harmonis. Sedangkan tujuan khusus Bagian Keperawatan adalah:

- Pengelolaan pelayanan asuhan keperawatan islami secara efisien dan efektif sesuai standar asuhan keperawatan.
- Pengelolaan SDM secara berdaya guna dan berhasil guna sehingga menjadi manusia yang beriman dan bertakwa.
- Pengelolaan sarana dan prasarana yang sesuai dengan ketentuan yang bernuansa islami.

Bagian Keperawatan RS Haji Jakarta mempunyai struktur jabatan sebagai berikut:



Gambar 5.2 Struktur Jabatan Bagian Keperawatan RS Haji Jakarta 2012

BAB 6

HASIL PENELITIAN

Hasil penelitian ini akan diuraikan secara sistematis sesuai dengan pendekatan sistem yang digunakan yaitu input, proses, dan output sistem pendokumentasian asuhan keperawatan di instalasi rawat inap dewasa non kebidanan RS Haji Jakarta.

6.1 Pelaksanaan Penelitian

Data dikumpulkan melalui observasi langsung dokumen (status) pasien rawat inap dewasa non kebidanan bulan Mei 2012 di unit rekam medis RS Haji Jakarta untuk menilai kelengkapan pengisian dokumen asuhan keperawatan dengan teknik *sampling* acak. Selain itu data juga dikumpulkan melalui wawancara kepada tiga orang perawat pelaksana, dua kepala ruangan rawat inap, dan kepala sub bagian pelayanan keperawatan.

6.2 Karakteristik Informan

Dalam penelitian ini, informan yang menjadi sumber informasi adalah tiga orang perawat pelaksana dari ruang Afiah, Syifa, dan Muzdalifah, dua orang kepala ruangan dari ruang Afiah dan Muzdalifah, serta kepala sub bagian pelayanan keperawatan. Berikut ini adalah tabel karakteristik informan yang dilihat dari jabatan, lama kerja, dan pendidikan terakhir yang diterima:

Tabel 6.1 Karakteristik Informan

Informan	Jabatan	Lama Kerja	Pendidikan Terakhir
1	Ka. Ruang	16 tahun	S1 Keperawatan
2	Perawat pelaksana	12 tahun	S1 Keperawatan
3	Ka. Ruang	11 tahun	S1 Keperawatan
4	Perawat pelaksana	6 tahun	D3
5	Perawat pelaksana	5 tahun	D3
6	Ka.Subag Pelayanan Keperawatan	17 tahun	S1 Keperawatan

6.3 Hasil Penelitian

6.3.1 Input Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Input pendokumentasian asuhan keperawatan yang diteliti meliputi pengetahuan perawat, pelatihan, jumlah tenaga perawat, sarana, dan manajemen (sistem pengawasan dan penugasan).

6.3.1.1 Pengetahuan Perawat

Berdasarkan hasil wawancara, seluruh informan mengatakan pengetahuan perawat mengenai dokumentasi asuhan keperawatan sudah cukup dan memadai karena pengetahuan tersebut sudah diterima saat perkuliahan mereka terdahulu. Namun diakui oleh beberapa informan bahwa pengetahuan yang baik tentang dokumentasi asuhan keperawatan tidak menjamin pelaksanaan pendokumentasian secara maksimal karena dipengaruhi oleh faktor lain seperti kesadaran/kemauan perawat itu sendiri dan situasi di ruangan. Selain itu, dengan latar belakang institusi pendidikan dan jenjang pendidikan yang berbeda memungkinkan perbedaan interpretasi atau implementasi dari pengetahuan mereka. Berikut pendapat informan mengenai pengetahuan dokumentasi asuhan keperawatan:

“...kalo lihat dokumen nanti mungkin belum maksimal cuma klo ditanya pengetahuan pastinya mereka tahulah karena udah lepas dari pendidikan ya kan...” (Informan 1)

“Kebetulan disini, insyaAllah sih klo pengetahuan pendokumentasian, cuman ya kalo pelaksanaan dilapangannya gini mungkin karena pasiennya terlalu penuh. Jadi kita emang akuin belum terlalu maksimal” (Informan 5)

“Kalo menurut saya untuk masalah pendokumentasian, perawat itu sebenarnya udah tau ya. Tinggal setiap individu kan dari institusi yg berbeda, dari jenjang pendidikan yg berbeda, pasti akan berbeda juga bagaimana cara dia mengaplikasikannya” (Informan 6)

6.3.1.2 Pelatihan

Menurut beberapa informan, pelatihan khusus bersertifikat mengenai dokumentasi asuhan keperawatan belum pernah dilakukan tetapi pelatihan dalam bentuk *in house training* sudah pernah diberikan meskipun pelatihan tersebut sudah lama sekali dan tidak rutin dilakukan. Selain itu, sosialisasi juga pernah diberikan oleh komite keperawatan jika ada format pendokumentasian yang baru seperti format pengkajian yang awalnya tiga lembar menjadi satu lembar.

Orientasi terkait pendokumentasian asuhan keperawatan juga diberikan untuk perawat baru. Menurut beberapa informan, pelatihan diperlukan untuk menambah atau memperbaharui pengetahuan perawat dan menyamakan persepsi di antara perawat mengenai dokumentasi asuhan keperawatan. Berikut merupakan pendapat beberapa informan:

“...Pelatihan khusus sih belum ada, baru sosialisasi seperti itu aja. Misalnya sosialisasi ada formulir baru dari komite keperawatan misalnya untuk pendokumentasian asuhan keperawatan identifikasi pasien, baru sebatas sosialisasi aja. Kalo pelatihan khususnya sih belum ada...” (Informan 3)

“...Kalo pelatihan secara itu kita belum..ehmm paling pernah pengisian misalkan pengkajian kan format pengkajiannya itu berubah ya dari lama ke yg baru dari 3 lembar sekarang jadi 1 lembar pernah ada sih tapi ngga sampai 100% ikut waktu itu..pelatihannya dalam bentuk share knowledge in house training... Pelatihan perlu, paling tidak refresh dibutuhkan juga..” (Informan 1)

“Pernah, udah lama banget. Dulu-dulu kita pernah ada in house training tentang dokumentasi asuhan keperawatan. tapi ya udah lama itu waktunya ngga secara rutin ya... Perlu! Misalnya dengan in house training. Kita pengennya waktu sedikit tapi sering gitu loh.” (Informan 6)

“Kalo misalkan ini (pelatihan-red) ya bagus itu.. bagusnya sih ada...” (Informan 5)

“Kan kalo masalah format pendokumentasian itu kan berbeda-beda tiap RS, setiap yang baru akan selalu diorientasikan ini loh format kita bagaimana mengisinya, singkatan-singkatan yang digunakan itu kita berikan kepada yang baru..” (Informan 2)

6.3.1.3 Ketersediaan Tenaga Perawat

Berdasarkan hasil wawancara, persepsi informan mengenai jumlah tenaga perawat di instalasi rawat inap RS Haji Jakarta sudah cukup tetapi terkadang bersifat situasional, artinya tergantung pada kondisi dan jumlah pasien yang ada. Tenaga perawat cukup jika tidak ada yang cuti dan tidak cukup jika jumlah pasien terlalu penuh (*crowded*) dan membutuhkan pengawasan. Berikut pendapat perawat mengenai jumlah tenaga perawat di ruang rawat inap:

“insyaAllah sudah cukup kalo tidak ada yg cuti melahirkan...” (Informan 1)

“Saya rasa cukup ya, kecuali situasi tertentu misalnya ada yang tidak masuk...” (Informan 2)

“Kalo soal cukup sih cukup aja...” (Informan 3)

“Kalo di ruangan ini sih, kalo untuk tenaga perawatnya.. misalnya berdua ya kalo kondisi pasiennya tenang ya cukup, kalo kondisi pasiennya agak-agak crowded ya dengan membutuhkan pengawasan kalo cuma berdua ya ga kepegang..” (Informan 4)

“jadi gimana ya sebenarnya cukup ngga cukup sih..” (Informan 5)

Pekerjaan seorang perawat yang memberikan pelayanan kesehatan terhadap pasien dan juga mendokumentasikan tindakannya, terkadang merasa pendokumentasian asuhan keperawatan adalah beban. Dengan jumlah pasien yang banyak dan keterbatasan waktu yang ada membuat dokumentasi asuhan keperawatan diletakkan meskipun harus tetap dikerjakan. Hal ini sesuai dengan pendapat beberapa informan sebagai berikut:

“Tapi mau ngga mau harus dikerjakan kan.jadi ya itu nambah beban udah stress. Jujur beban..” (Informan 4)

“...poin-poin tertentu yang harus didokumentasikan suka terlewat gitu.. faktornya bisa karena tidak sempat mereka terlalu sibuk kadangkala juga karena tidak terbiasa....” (Informan 1)

“...Cuma pada saat-saat sibuk banget gitu kondisi pasien lagi kritis gitu kan kadang suka lupa mengisi..” (Informan 3).

Agar jumlah tenaga perawat lebih objektif, berikut merupakan jumlah tenaga perawat, tempat tidur, dan BOR setiap ruang di instalasi rawat inap RS Haji Jakarta tahun 2012:

Tabel 6.2 Jumlah Tenaga Perawat, Tempat Tidur, dan BOR di Instalasi Rawat Inap RS Haji Jakarta Tahun 2012

No	Ruang	Jumlah Perawat	Jumlah TT	BOR
1	Syifa	34	51	70.6
2	Afiah	29	36	81.7
3	Muzdalifah	11	9	53.1
4	Istiqomah	21	15	85.4
5	Sakinah	16	10	86.8
6	Hasanah 1	22	29	66.5
7	Hasanah 2	17	22	67.0
8	Amanah	16	19	53.1
9	Neonatus	11	12	24.5
10	ICU dan NICU	21	7	51.9

Sumber: Bag. Keperawatan dan RM RS Haji Jakarta

6.3.1.4 Sarana Pendokumentasian

Sarana pendokumentasian antara lain formulir pengkajian, formulir diagnosa dan perencanaan, dan formulir implementasi dan evaluasi. Menurut para

informan, formulir tersebut selalu tersedia dan mencukupi. Jika ada pasien baru, maka biasanya formulir-formulir tersebut telah diterima satu paket dari rekam medis atau *central opname* seperti yang diungkapkan informan berikut ini:

“Kalau sarana sih insyaAllah pasti ada karena kita nerima dari RM pengkajian ya udah satu bendel. Untuk diagnosa juga sudah ada. Kalo sarana sih saya pikir itu lebih dari cukup...” (Informan 1)

“Selalu tersedia, udah pasti kalo ada pasien baru udah ada pasti dari central opname/central admission itu udah satu paket. Jadi kita tinggal ngisi aja diruangan. Tapi kalo untuk lembaran asuhan keperawatan yang persis diisi perawat, kalo habis ya kita sudah siap diruangan..” (Informan 3)

Untuk format formulir, masing-masing formulir memiliki format yang berbeda. Berdasarkan hasil observasi diketahui bahwa formulir pengkajian memiliki format *checklist* dan isian singkat. Sedangkan untuk formulir diagnosa dan perencanaan memang telah disediakan sesuai dengan permasalahan pasien sehingga perawat tinggal menyesuaikannya saja dengan kondisi pasien. Untuk formulir diagnosa dan perencanaan, peneliti menemukan bahwa formatnya belum baku karena dari beberapa status yang diobservasi ditemukan beberapa format yang berbeda antara lain ada yang berbentuk *checklist* dan masih ada yang berbentuk isian. Untuk yang berbentuk *checklist* juga ditemukan beberapa format yang berbeda. Ada format yang lengkap mencakup variabel identitas pasien, tanggal, diagnosa, kriteria hasil, rencana tindakan, dan nama/tanda tangan perawat. Selain itu, ada pula format yang hanya mencakup identitas pasien, nomor, diagnosa, kriteria hasil, dan rencana tindakan tanpa menyediakan variabel tanggal diagnosa dan nama/tanda tangan perawat. Untuk formulir implementasi dan evaluasi, formatnya berupa isian.

Dalam pengisiannya, beberapa informan berpendapat tidak ada kesulitan dalam pengisiannya. Hanya saja selama ini terkendala pada terbatasnya waktu pengisian yang mengakibatkan dokumen asuhan keperawatan terlewat untuk dikerjakan. Hal tersebut seperti yang diungkapkan informan sebagai berikut:

“Kalo kesulitan mungkin ngga, cuma pada saat-saat sibuk banget gitu kondisi pasien lagi kritis gitu kan kadang suka lupa mengisi..” (Informan 3)

“Jadi gini kita sebenarnya kerja 6 jam setiap shift itu. Kalo misalnya pengkajian penuh kaya gini ini saya rasa ga cukup 15 menit atau setengah jam. Itu belum tindakan yg lainnya. Kalo misalkan kita megang satu pasien sehari ya mungkin masih bisa. Kalo misalkan satu kamar aja 6, yang satu butuh apa yang satu butuh apa, ga bakalan ter-cover..” (Informan 5)

“Nggak...cuman terkadang itulah kita lamanya di dokumentasi mba, kadang kalo misalnya tindakan kita lebih mendahulukan tindakan daripada pendokumentasian. Ya itu sih mungkin waktu ya kita butuh waktu ekstra kali ya...” (Informan 4)

Sarana lain yang menunjang pendokumentasian asuhan keperawatan adalah Standar Prosedur Operasional (SPO) atau Petunjuk Teknis Penerapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan dengan nomor dokumen SPO/ADMKEP/033. Namun, untuk petunjuk teknis pengisian dokumentasi asuhan keperawatan diakui belum tersedia seperti yang diungkapkan oleh informan sebagai berikut:

“Belum ada deh kayanya kalo juknis itu aja paling yang sosialisasi dari yang penggantian ke format lama ke format yang baru. Juknis secara tertulisnya kayanya nggak ada deh..” (Informan 1)

“Kalo juknis pengisiannya sih saya nggak tau ada atau tidak. Mungkin bisa jadi emang ga ada tapi kalo saya sendiri dan beberapa kita dikasih taunya kalo pengisiannya kalo tidak bermasalah tetap kita isi tidak ada masalah..” (Informan 2)

“Bukunya sendiri sih belum ada, petunjuk teknis sih ya kalo misalnya memang ada biasanya sebatas sosialisasi ya.. klo bentuk juknisnya seperti apa belum ada sih..” (Informan 3)

“Oohh pedomannya ada, kalo pedoman yang cara pengisiannya sih aku belum pernah pegang..” (Informan 4)

“Untuk pedoman pengisian itu oo belum ada. Bikin kalo gitu..” (Informan 5)

Selain itu, sarana tambahan lainnya yang mendukung pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan adalah komputer, *printer*, dan mesin fotokopi yang biasanya digunakan untuk membuat dokumentasi diagnosa dan rencana tindakan seperti yang disebutkan sebelumnya.

6.3.1.5 Manajemen (Penugasan dan Pengawasan)

Di RS Haji Jakarta telah diterapkan sistem penugasan. Sistem penugasan di rawat inap RS Haji Jakarta berbeda di setiap ruangan meskipun secara akreditasi menggunakan metode tim. Namun, kenyataannya di lapangan, ada dua ruangan yang sedang diujicobakan menggunakan metode primer. Pada metode tim, yang bertanggung jawab terhadap pendokumentasian adalah ketua tim meskipun anggota tim juga turut serta dalam proses pendokumentasian. Sedangkan metode primer hampir sama dengan metode tim tetapi yang bertanggung jawab adalah satu orang yang diberi tanggung jawab asuhan keperawatan.

Menurut informan perawat pelaksana, untuk pengawasan terhadap pendokumentasian, pengawasan dan evaluasi telah dilakukan baik oleh kepala ruangan, bagian keperawatan, dan komite keperawatan. Kepala ruang biasanya melakukan pengecekan pada status pasien untuk melihat apakah dokumentasi sudah diisi atau belum. Jika belum, biasanya kepala ruang memberikan himbauan atau teguran kepada perawat pelaksana yang bertanggung jawab untuk segera mengisinya. Namun, pengawasan yang dilakukan oleh kepala ruangan ini tidak semuanya bersifat rutin karena terbatasnya waktu yang dimiliki oleh kepala ruang dan tidak mencakup semua status pasien karena jumlah pasien yang terlalu banyak. Hal tersebut sesuai dengan pernyataan informan berikut:

“Pengawasannya tidak rutin karena tidak disini terus dengan melihat statusnya satu-satu karena waktu sedikit...” (Informan 1)

“Ada, tapi ngga mungkin status pasien diawasi satu-satu kalo pasiennya banyak gini.” (Informan 5)

Selain itu, ada juga ruangan yang kepala ruangnya melakukan pengawasannya secara rutin sebelum pasien pulang.

“Itu rutin kita ngechecknya waktu pasien pulang, kalo ada pengkajian atau asuhan keperawatan yang belum diisi apalagi diagnosa masuknya tuh, perawat yang menerima pasien harus mengisi. Jangan sampe status turun itu belum diisi pengkajiannya..” (Informan 3)

Selain kepala ruangan, pengawasan dan evaluasi dokumentasi asuhan keperawatan juga dilakukan oleh bagian keperawatan dan komite keperawatan berupa ronde keperawatan yang dilakukan rutin setiap enam bulan sekali (dua minggu sekali di setiap ruang). Hasil evaluasi dari ronde keperawatan beserta rekomendasi tindak lanjut kemudian diserahkan kepada masing-masing kepala ruangan yang kemudian menyampaikannya kepada perawat pelaksana di ruangnya masing-masing.

Selain pengawasan, diakui oleh para informan bahwa kepala ruang memberikan dukungan dengan mengingatkan atau menghimbau perawat pelaksana untuk menuliskan apa yang dikerjakan di dokumentasi asuhan keperawatan. Selain itu, bentuk dukungan lain yang diberikan oleh komite keperawatan juga adalah dengan melakukan revisi formulir asuhan keperawatan untuk mempermudah perawat melakukan dokumentasi asuhan keperawatan seperti format pengkajian yang awalnya tiga lembar menjadi satu lembar.

Meskipun demikian, belum ada sistem *reward/punishment* yang diterapkan oleh bagian keperawatan atau kepala ruang terkait pendokumentasian asuhan keperawatan.

6.3.2 Proses Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Berdasarkan hasil wawancara sebagian besar informan menyatakan bahwa pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di RS Haji Jakarta belum sepenuhnya sesuai dengan SPO penerapan dokumentasi asuhan keperawatan. Berikut merupakan pendapat informan mengenai pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan:

“Ya memang harusnya sesuai SPO, cuma kalo dilapangan kan kita ada langkah-langkah yang ngga sesuai juga sih kadang. Kadang kita sifatnya manipulatif gitu. Memang sih disini belum efektif soalnya ya pasiennya terlalu penuh terus karyawan kitanya masih belum...” (Informan 5)

“Ya secara global mah sudah lah.. Cuma secara gambangnya tidak seperti ini (SPO-red) ya prosesnya tapi tidak persis seperti ini sekitar 80-90% sama lah tapi tidak baku seperti ini lah..” (Informan 4)

“Belum semua perawat sama caranya dalam mendokumentasikan padahal sudah ada standarnya (SPO).” (Informan 6)

Sedangkan berdasarkan observasi status pasien diketahui bahwa hal-hal tertentu yang telah diatur dalam SPO belum semuanya dilakukan. Berikut merupakan beberapa hal yang terkadang tidak sesuai dengan SPO:

Tabel 6.3 Pelaksanaan Pendokumentasian Yang Tidak Sesuai Dengan SPO

No	Ketentuan SPO (SPO/ADMKEP/033)	Kenyataan di lapangan
1.	Melakukan pemeriksaan fisik yaitu tanda-tanda vital, TB, BB, keadaan kulit, bentuk tubuh kecacatan, tingkat kesadaran, dll	Data TB dan BB pada pemeriksaan fisik sering kali kosong (83%)
2.	Rumusan diagnosa keperawatan terdiri dari PES (<i>Problem Etiology Symptom</i>)	Tidak semua diagnosa terdiri dari PES, terkadang ditemukan yang hanya terdiri dari PE.

Untuk evaluasi asuhan keperawatan yang dicatat dalam catatan perkembangan digunakan metode SOAP (*Subjective, Objective, Analysis, Planning*) tetapi pada kenyataannya sering kali data *subjective* dilewatkan atau tidak diisi. Selain itu, periode dilakukan evaluasi dengan metode SOAP tersebut tidak seragam yaitu apakah per hari atau per *shift* karena hal tersebut belum diatur dalam SPO yang ada.

6.3.3 Output (Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan)

Berdasarkan hasil observasi dengan melihat kelengkapan pengisian variabel yang terdapat dalam formulir asuhan keperawatan diketahui bahwa kelengkapan formulir pengkajian hanya mencapai 53%, formulir diagnosa dan rencana mencapai 61%, dan formulir implementasi dan evaluasi mencapai 75%. Oleh karena itu, dapat disimpulkan bahwa kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pasien rawat inap dewasa non kebidanan bulan Mei 2012 (saat penelitian) hanya mencapai 63% sehingga belum mencapai target RS Haji Jakarta sebesar 80%. Untuk lebih lengkapnya, kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan dapat dilihat pada tabel 6.4 di bawah ini:

Tabel 6.4 Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Pada Pasien Rawat Inap Dewasa Non Kebidanan RS Haji Jakarta Mei 2012

No	Variabel	Kelengkapan		Ketidaklengkapan	
		Jumlah	%	Jumlah	%
A. PENGKAJIAN					
1.	Identitas Pasien	3	3%	91	97%
2.	Riwayat Penyakit Sekarang	38	40%	56	60%
3.	Riwayat Penyakit Dulu	36	38%	58	62%
4.	Riwayat Penyakit Keluarga	34	36%	60	64%
5.	Pemeriksaan Fisik	11	12%	83	88%
6.	Data Psikologis	79	84%	15	16%
7.	Data Sosiologis	69	73%	25	27%
8.	Data Spiritual	41	44%	53	56%
9.	Pola kebiasaan	77	82%	17	18%
10.	Data Penunjang	67	71%	27	29%
11.	Rumusan Masalah	55	59%	39	41%
12.	Tanggal	73	78%	21	22%
13.	Nama perawat	40	43%	54	57%
14.	tanda tangan	69	73%	25	27%
	Rata-rata		53%		47%
B. DIAGNOSA DAN RENCANA INTERVENSI					
1.	Identitas Pasien	59	63%	35	37%
2.	Tanggal	51	54%	43	46%
3.	Diagnosa Keperawatan	71	76%	23	24%
4.	Kriteria Tujuan/Hasil	69	73%	25	27%
5.	Rencana Intervensi	70	74%	24	26%
6.	Nama perawat	26	28%	68	72%
7.	tanda tangan	54	57%	40	43%
	Rata-rata		61%		39%
C. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI					
1.	Identitas Pasien	82	87%	12	13%
2.	Tanggal dan Jam Tindakan	92	98%	2	2%
3.	Catatan tindakan perawat (implementasi)	92	98%	2	2%
4.	Nama/ttd (implementasi)	92	98%	2	2%
5.	Diagnosa	9	10%	85	90%
6.	Catatan perkembangan (evaluasi)	61	65%	33	35%
7.	Nama/ttd (evaluasi)	62	66%	32	34%
	Rata-rata		75%		25%
	RATA-RATA		63%		37%

BAB 7

PEMBAHASAN

7.1 Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini antara lain:

1. Penelitian ini hanya meneliti kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan. Sedangkan keakuratan dan relevansi tidak diteliti karena latar belakang pendidikan peneliti bukan dari bidang keperawatan.
2. Dokumentasi asuhan keperawatan yang diteliti hanya difokuskan pada status pasien rawat inap dewasa non kebidanan karena berbedanya format pendokumentasian antara pasien dewasa, anak, dan kebidanan serta keterbatasan instrumen penelitian sehingga tidak mewakili pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di RS Haji Jakarta secara keseluruhan.
3. Pengukuran pengetahuan perawat tidak menggunakan alat ukur pengetahuan yang valid melainkan hanya berdasarkan persepsi informan yang diukur dengan wawancara.
4. Pengambilan data hanya dalam kurun waktu dua minggu sehingga memungkinkan banyak hal yang tidak tergalai secara mendalam mengenai dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien rawat inap dewasa non kebidanan.
5. Penelitian ini hanya memberikan gambaran masing-masing variabel dan tidak memaparkan hubungan antara variabel dengan kelengkapan dokumen Askep.

7.2 Pembahasan Hasil Penelitian

Hasil penelitian ini akan dibahas secara sistematis sesuai dengan pendekatan sistem yang digunakan yaitu input, proses, dan output sistem dan berdasarkan teori-teori yang ada dan membandingkannya dengan penelitian yang pernah ada sebelumnya.

7.2.1 Input

7.2.1.1 Pengetahuan Perawat.

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui penginderaan yang dimilikinya (Notoatmojo, 2007). Sedangkan pengetahuan perawat terhadap dokumentasi asuhan keperawatan adalah kemampuan intelektual atau tingkat pemahaman perawat mengenai dokumentasi asuhan keperawatan. Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa pengetahuan perawat mengenai dokumentasi asuhan keperawatan cukup baik karena pada dasarnya pengetahuan tersebut telah diterima selama perkuliahan baik D3 maupun S1.

Menurut Gibson (1996) dalam Ilyas (2001), pengetahuan merupakan faktor individu yang memengaruhi kinerja seseorang. Hal ini senada dengan pendapat Green (1980) dalam Khairani (2011) yang menyatakan pengetahuan merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi perilaku yang selanjutnya akan mempengaruhi kinerja individu. Kinerja dalam hal ini dapat dinilai dari kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan. Berdasarkan penelitian Widyaningtyas (2007), Amril (2004), dan Pribadi (2009), ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan pelaksanaan dokumentasi Askep.

Meskipun demikian, teori tersebut kurang sejalan dengan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa pengetahuan perawat yang baik ternyata tidak serta diikuti dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di RS Haji Jakarta yang masih dibawah target 80%. Pengetahuan seseorang tentang sesuatu yang sudah cukup baik, belum tentu berperilaku dan menghasilkan kinerja yang sesuai dengan pengetahuannya, tetapi juga dipengaruhi dengan faktor lain seperti beban kerja perawat. Oleh karena itu, menurut peneliti pengetahuan perawat tentang dokumentasi asuhan keperawatan harus didukung oleh manajemen SDM yang baik seperti mengoptimalkan metode penugasan dan mencukupkan jumlah perawat pada setiap ruang sesuai dengan perhitungan yang tepat sehingga beban kerja perawat tidak berlebihan.

7.2.1.2 Pelatihan

Ilmu keperawatan juga merupakan ilmu pengetahuan yang selalu berkembang dari waktu ke waktu. Oleh karena itu, diperlukan suatu upaya untuk memperbaharui dan meningkatkan pengetahuan perawat dalam hal ini khususnya mengenai dokumentasi asuhan keperawatan. Upaya tersebut dapat dilakukan dengan pelatihan. Menurut Soeprihanto (2000), pelatihan adalah suatu kegiatan untuk memperbaiki kemampuan karyawan dengan cara meningkatkan pengetahuan dan keterampilan operasional dalam menjalankan suatu pekerjaan atau dapat dikatakan pula merupakan suatu proses pembinaan pengertian dan pengetahuan terhadap sekelompok fakta, aturan, serta metode yang terorganisasikan dengan mengutamakan pembinaan kejujuran dan keterampilan operasional.

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan diketahui bahwa pelatihan mengenai dokumentasi asuhan keperawatan sudah pernah diberikan dalam bentuk *in house training* tetapi sifatnya tidak rutin. Karena pelatihan tersebut sudah lama sekali dilaksanakan, maka memungkinkan ada perawat yang belum mendapatkan pelatihan meskipun orientasi tentang pendokumentasian (pengenalan formulir yang digunakan) telah diberikan di awal untuk perawat baru. Menurut Notoatmojo (2009), pelatihan dalam suatu organisasi sebagai upaya untuk pengembangan dan peningkatan kinerja sumber daya manusia adalah suatu siklus yang harus terjadi terus-menerus. Hal ini terjadi karena organisasi itu harus berkembang untuk mengantisipasi perubahan-perubahan di luar organisasi tersebut. Untuk itu maka kemampuan sumber daya manusia tersebut harus terus-menerus ditingkatkan seiring dengan kemajuan perkembangan organisasi dan ilmu pengetahuan. Berdasarkan penelitian Widyaningtyas (2007), ada hubungan yang signifikan antara pelatihan dan pendokumentasian asuhan keperawatan.

Selain itu, dengan latar belakang jenjang dan institusi pendidikan yang berbeda dari masing-masing perawat memungkinkan interpretasi dan implementasi dokumentasi asuhan keperawatan yang berbeda atau tidak seragam meskipun standar sudah tersedia. Hal ini dapat dibuktikan dari tidak seragamnya periode evaluasi SOAP, penulisan diagnosa, dan ketidaklengkapan dokumentasi Askep itu sendiri. Oleh karena itu, menurut peneliti pelatihan secara

berkelanjutan perlu dilakukan untuk memperbaiki kualitas dokumentasi asuhan keperawatan. Pelatihan dilakukan tidak hanya dengan memberikan ilmu pengetahuan tetapi juga dengan memperkenalkan standar yang diterapkan rumah sakit agar pendokumentasian menjadi seragam sesuai dengan standar yang ada dan mengingatkan perawat mengenai pentingnya pendokumentasian asuhan keperawatan agar tercipta kesadaran dalam diri perawat untuk selalu mendokumentasikan segala tindakannya.

7.2.1.3 Ketersediaan Tenaga Perawat

Untuk menilai kecukupan jumlah tenaga perawat di RS Haji Jakarta peneliti menggunakan perhitungan rumus Gillies dan rumus modifikasi RS Haji Jakarta dan kemudian membandingkan hasilnya dengan jumlah perawat yang ada. Berikut merupakan rumus Gillies (1982) yang dikutip oleh Ilyas (2000) yang digunakan:

$$\text{Tenaga perawat (Gillies)} = \frac{A \times B \times 365}{(365 - C) \times \text{jam kerja/hari}}$$

Keterangan:

A = Jam perawatan/24 jam (Waktu yang dibutuhkan pasien) → 6 Jam

B = Sensus Harian (BOR x jumlah tempat tidur)

C = Jumlah hari libur (52 hari minggu, 12 hari libur nasional, 12 hari cuti)

365 (Jumlah hari kerja selama setahun)

Berikut merupakan matriks kecukupan jumlah tenaga perawat di RS Haji Jakarta:

Tabel 7.1 Matriks Kecukupan Jumlah Tenaga Perawat Rawat Inap Dewasa Non Kebidanan Berdasarkan Perhitungan Gillies

Ruangan	A	T	O	C	D	Jumlah Perawat (Gillies) (A*T*O*365)/(365-C)*D	Jumlah Perawat Sebenarnya
Syifa	6	51	70.6	76	6	42	41
Afiah	6	36	81.7	76	6	35	32
Muzdalifah	6	9	53.1	76	6	6	11
Istiqomah	6	15	85.4	76	6	15	21
Sakinah	6	10	86.8	76	6	11	17

Keterangan: A: Jam perawatan/24 jam T: Jumlah tempat tidur O: BOR

C: Jumlah hari libur/tahun D: Jam kerja perawat

**Tabel 7.2 Matriks Kecukupan Jumlah Tenaga Perawat Dewasa Non Kebidanan
(Rumus Modifikasi RS Haji Jakarta)**

Ruangan	Kebutuhan Tenaga (A)	loss day (B)	Koreksi Tenaga (C)	Proses Rujukan (D)	KebutuhanTenaga (A+B+C+D)	Tenaga Saat ini
Syifa	27	7	9	3	45	41
Afiah	19	5	6	3	33	32
Muzdalifah	4	1	1	3	8	11
Istiqomah	12	3	4	3	21	21
Sakinah	9	2	3	3	17	17

Setelah dibandingkan dengan jumlah perawat berdasarkan perhitungan Gillies dan perhitungan RS Haji Jakarta, diketahui bahwa ada dua ruangan rawat inap dewasa non kebidanan yang jumlah perawatnya belum mencukupi yaitu ruang Syifa dan Afiah. Sedangkan jumlah perawat rawat inap dewasa non kebidanan di ruang lainnya telah mencukupi atau bahkan melebihi kebutuhan perawat. Kurangnya jumlah tenaga perawat akan mengakibatkan bertambahnya beban kerja perawat. Beban kerja perawat yang berlebih membuat perawat membutuhkan waktu tambahan dalam menyelesaikan pekerjaannya. Diakui oleh para informan perawat pelaksana tingginya beban kerja membuat mereka terkadang tidak sempat mendokumentasikan asuhan keperawatan sehingga dokumentasi Askep sering ditemukan tidak lengkap.

Hal tersebut sejalan dengan pendapat Ellis dan Lees (1990) dalam Susanti (2004), *staffing* yang kurang memadai juga dikenal sebagai aspek yang paling tinggi menyebabkan *stress* bagi pekerja perawatan. Oleh karena itu, menurut peneliti perlu perhitungan yang tepat untuk menentukan jumlah perawat yang dibutuhkan. Untuk mengoptimalkan kinerja perawat maka diperlukan penambahan jumlah perawat di ruang yang jumlah perawatnya masih kurang dari seharusnya dengan penambahan perawat baru atau pun dengan melakukan pemindahan perawat dari ruang yang perawatnya berlebih ke ruang yang perawatnya masih kurang atau dengan bekerja sama dengan institusi pendidikan perawat dengan membuka kesempatan praktek kerja lapangan setiap bulannya.

7.2.1.4 Sarana Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Dalam melakukan dokumentasi asuhan keperawatan diperlukan suatu sarana/alat, yaitu formulir yang digunakan untuk mencatat proses asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien dan menjadi hal yang valid dari asuhan keperawatan (Nursalam, 2011). Berdasarkan penelitian Widyaningtyas (2007), ada hubungan yang signifikan antara sarana dan pendokumentasian asuhan keperawatan. Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan sarana pendokumentasian di RS Haji Jakarta telah mencukupi dan mendukung proses pendokumentasian asuhan keperawatan. Sarana tersebut antara lain formulir, SPO, *printer*, dan mesin foto kopi. Sarana dan peralatan di rumah sakit tersebut adalah sebagai penunjang dalam pelayanan asuhan keperawatan dan komponen yang sangat menentukan keterlaksanaan asuhan keperawatan secara baik.

Seperti yang telah disebutkan sebelumnya, RS Haji mempunyai standar dalam bentuk SPO Penerapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan. Menurut Aditama (2000), buku pedoman juga diperlukan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan agar dalam melaksanakan pekerjaannya, perawat melakukannya sesuai dengan standar operasional prosedur. Akan tetapi, menurut pendapat penulis, ada beberapa hal teknis yang belum tercantum dalam SPO Penerapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan seperti teknis pengisian data yang tidak bermasalah sehingga ketika dilakukan penilaian kelengkapan kemudian ditemukan variabel yang kosong, hal tersebut menjadi bias apakah memang dikosongkan karena tidak ada masalah atau memang belum terkaji/terlewatkan.

Selain hal tersebut, penulisan tanggal, nama dan tanda tangan perawat juga belum diatur secara tertulis dalam SPO sehingga ketika observasi dokumen ditemukan penulisan ketiga variabel tersebut menjadi tidak jelas atau kosong. Teknis mengenai metode evaluasi SOAP dan periodenya juga belum diatur secara tertulis dalam SPO. Hal tersebut mengakibatkan tidak seragamnya periode evaluasi SOAP sehingga ada perawat yang menuliskannya per hari dan ada yang per *shift*.

Oleh karena itu, menurut pendapat penulis SPO yang ada harus direvisi atau dibuat petunjuk teknis/pedoman khusus yang mengatur teknis pengisian masing-masing formulir dalam dokumentasi asuhan keperawatan. Selain itu, perlu

dilakukan sosialisasi SPO kepada perawat pelaksana karena berdasarkan hasil wawancara dengan informan, ada beberapa perawat yang belum tahu mengenai SPO tersebut.

7.2.1.5 Manajemen Keperawatan (Penugasan dan Pengawasan)

Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa manajemen dalam pendokumentasian asuhan keperawatan sudah baik, karena sistem penugasan sudah diterapkan dan pengawasan sudah dilakukan secara rutin.

A. Penugasan

Untuk mengelola asuhan keperawatan dan dokumentasinya secara efektif dan efisien untuk sejumlah pasien di suatu ruangan dengan jumlah tenaga perawat dan sarana yang ada, diperlukan kerangka kerja dengan mengelompokkan dan membagi kegiatan yang harus dilakukan melalui metode penugasan. Menurut Huber (1996), dalam pengorganisasian keperawatan yang paling berperan adalah metode penugasan keperawatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa RS Haji Jakarta telah menerapkan metode penugasan. Metode penugasan yang diterapkan RS Haji Jakarta adalah metode tim dan metode primer. Pada kedua metode ini, pendokumentasian asuhan keperawatan menjadi tanggung jawab ketua tim (metode tim) dan perawat profesional diberi tanggung jawab (metode primer).

Namun, menurut pendapat peneliti, ada satu kelemahan dalam metode tersebut yaitu kemungkinan tidak terisinya dokumentasi asuhan keperawatan karena perawat menjadi bergantung pada ketua tim atau perawat yang diberi tanggung jawab. Hal tersebut menyebabkan bertambahnya beban kerja ketua tim. Hal ini sejalan pernyataan Huber (1996) yaitu kelemahan metode tim adalah memungkinkan keterlambatan tindakan (termasuk pendokumentasian) dan perawat yang kurang terampil akan selalu bergantung pada ketua tim. Padahal yang bertugas mengisi dokumentasi asuhan keperawatan bukan hanya ketua tim atau perawat profesional yang diberi tanggung jawab. Oleh karena itu, menurut peneliti kepala ruangan, ketua tim, atau perawat yang diberi tanggung jawab harus selalu mengingatkan perawat lainnya untuk selalu

melakukan dokumentasi asuhan keperawatan dan dengan membuat SPO yang mengatur pembagian tugas antara anggota dan ketua tim.

B. Pengawasan

Menurut Azwar (1996), pengawasan adalah melakukan penilaian dan sekaligus koreksi terhadap setiap penilaian karyawan untuk mencapai tujuan seperti yang telah direncanakan sebelumnya. Kegiatan pengawasan terkait pendokumentasian asuhan keperawatan, di RS Haji Jakarta sudah ada dan dilakukan secara rutin setiap enam bulan sekali di masing-masing ruang perawatan melalui kegiatan ronde keperawatan yang dilakukan oleh bagian keperawatan dan komite keperawatan. Pengawasan juga dilakukan oleh kepala ruang tetapi tidak semua ruang sifatnya rutin. Pengawasan dilakukan dengan harapan dapat membawa perbaikan dari kinerja terkait asuhan keperawatan yang dinilai masih kurang termasuk kelengkapan dan keakuratan pendokumentasian asuhan keperawatan. Hal ini sejalan dengan yang dikemukakan oleh Zainun (1976) dalam Notoatmojo (2009), bahwa pengawasan merupakan salah satu cara yang dapat ditempuh untuk oleh pimpinan organisasi atau perusahaan dalam meningkatkan motivasi kerja karyawannya dalam rangka mencapai kinerja organisasi yang lebih baik. Penelitian Wahyuana (2011) menunjukkan ada hubungan yang signifikan antara pengawasan dan dokumentasi asuhan keperawatan.

Dengan melihat kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan RS Haji Jakarta yang masih di bawah 80%, peneliti berpendapat bahwa diperlukan upaya lain selain pengawasan dalam meningkatkan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan. Upaya tersebut dapat dilakukan dengan menerapkan sistem *reward* dan *punishment* agar perawat memiliki motivasi lebih dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan. Menurut Notoatmojo (2009), memberikan *reward* (penghargaan) dan *punishment* (hukuman) oleh atasan kepada bawahan juga dapat dipandang sebagai upaya peningkatan motivasi kerja.

Reward diberikan oleh pimpinan kepada perawat yang melakukan tindakan dan pendokumentasian asuhan keperawatan secara benar. *Reward*

dapat berupa uang, barang, atau non materiil seperti piagam penghargaan , atau sekedar pujian secara lisan. Dengan *reward* yang diberikan akan meningkatkan semangat kerja perawat dan pada akhirnya akan memacu kinerja mereka. Widyaningtyas (2007), ada hubungan yang signifikan antara *reward* dan pendokumentasian asuhan keperawatan.

Sedangkan *punishment* diberikan kepada perawat yang kinerjanya kurang atau buruk. Salah satunya jika mendokumentasikan asuhan keperawatan tidak lengkap. Berdasarkan penelitian yang dilakukan Pramesti (2010) diketahui bahwa faktor sanksi hukuman memiliki hubungan yang signifikan terhadap disiplin kerja. *Punishment* dapat diberikan dengan pengurangan insentif, pemberian surat teguran, hingga pemecatan.

7.2.2 Proses Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Proses pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan dapat dinilai berdasarkan standar yang diterapkan oleh RS Haji Jakarta. Standar dokumentasi adalah suatu pernyataan tentang kualitas dan kuantitas dokumentasi yang dipertimbangkan dengan baik dalam suatu situasi tertentu (Nursalam, 2011). Standar dokumentasi memberikan informasi adanya suatu ukuran terhadap kualitas dokumentasi keperawatan. Perawat memerlukan suatu standar dokumentasi untuk memperkuat pola pendokumentasian dan sebagai petunjuk atau pedoman praktik pendokumentasian dalam memberikan asuhan keperawatan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa bahwa pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di RS Haji Jakarta kurang sesuai dengan SPO penerapan dokumentasi asuhan keperawatan. Padahal menurut Nursalam (2011), kemampuan perawat dalam pendokumentasian ditujukan pada kerampilan menulis sesuai dengan standar dokumentasi yang konsisten, pola yang efektif, lengkap, dan akurat.

Mengenai keterbatasan waktu yang dikeluhkan informan perawat pelaksana untuk pendokumentasian asuhan keperawatan, hal tersebut tidak bisa dijadikan alasan tidak lengkapnya dokumentasi asuhan keperawatan. karena pendokumentasian tidak hanya dilakukan pada satu waktu tertentu tetapi bisa dilakukan secara terus menerus atau berkelanjutan (*on going assessment*) yang

merupakan dokumentasi ulang yang dilakukan kembali setelah pengkajian awal untuk menguatkan dan memperluas data dasar yang telah diperoleh (Nursalam, 2011). Menurut Hutahean (2010), dibutuhkan kesabaran perawat dalam pembuatan dokumentasi keperawatan, termasuk meluangkan waktu untuk memeriksa kebenaran dari data pasien yang telah atau sedang diperiksa.

7.2.3 Output (Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan)

Kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan akan dibahas per formulir yang terdiri dari kelengkapan pengkajian, kelengkapan diagnosa dan rencana intervensi, serta kelengkapan formulir implementasi dan evaluasi.

1. Kelengkapan Pengkajian

Formulir pengkajian terdiri dari banyak variabel yang dikategorikan menjadi 14 variabel utama yang masing-masing harus diisi lengkap yaitu identitas pasien, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dulu, riwayat penyakit keluarga, pemeriksaan fisik, data psikologis, data sosiologis, data spiritual, pola kebiasaan, data penunjang, rumusan masalah, tanggal, nama perawat, dan tanda tangan. Berdasarkan observasi diketahui bahwa kelengkapan dokumentasi pengkajian cukup rendah yaitu hanya mencapai 53%. Variabel yang paling sering ditemukan tidak lengkap adalah identitas pasien dan pemeriksaan fisik. Peneliti menduga identitas pasien paling banyak tidak lengkap karena terdiri dari variabel yang cukup banyak (10 variabel) dan tidak semua variabel dianggap penting oleh perawat. Sedangkan pada pemeriksaan fisik, data mengenai berat badan dan tinggi badan paling sering tidak diisi padahal data mengenai BB dan TB ini sangat penting dalam proses pemberian terapi, nutrisi atau gizi.

Menurut Hutahean (2010), data pengkajian harus lengkap, akurat, dan dilakukan terus-menerus agar dapat mendukung pengidentifikasian masalah klien dengan baik dan tepat. Karena proses keperawatan (pengkajian-evaluasi) merupakan proses yang berhubungan satu sama lain, maka ketidakakuratan atau ketidangelengkapan pengkajian memungkinkan berdampak pada

ketidaktepatan penentuan diagnosa dan intervensi keperawatan yang ditentukan.

2. Kelengkapan Diagnosa dan Rencana Intervensi

Formulir diagnosa dan rencana intervensi terdiri dari tujuh variabel utama yaitu identitas pasien, tanggal, diagnosa keperawatan, kriteria tujuan/hasil, rencana intervensi, nama perawat, dan tanda tangan. Kelengkapan formulir diagnosa keperawatan dan rencana intervensi lebih tinggi dibandingkan dengan formulir pengkajian yaitu mencapai 61%. Variabel yang paling sering ditemukan tidak lengkap adalah tanggal penegakkan diagnosa dan nama perawat yang mendokumentasikan. Menurut Koziar et al (2004) dalam Dinarti et al (2009), catatan kesehatan pasien adalah catatan permanen yang sah, sehingga inisial dan nama yang tidak lengkap dan catatan yang tidak ditandatangani dapat membuat bingung, menyebabkan salah identifikasi ataupun berpotensi mengakibatkan timbulnya tuntutan terhadap pembuatan berkas. Ketidaklengkapan data diagnosa dan rencana intervensi tentunya akan berdampak pada kurangnya atau tidak tepatnya implementasi asuhan keperawatan yang diberikan.

3. Kelengkapan Implementasi dan Evaluasi

Formulir implementasi dan evaluasi terdiri dari tujuh variabel utama yaitu identitas pasien, tanggal dan jam tindakan, catatan tindakan perawat, nama/ttd, diagnosa, catatan perkembangan (evaluasi), dan nama/ttd untuk evaluasi. Berbeda dengan formulir lainnya, formulir ini diisi oleh banyak perawat bergantian setiap *shift*. Kelengkapan formulir implementasi dan evaluasi sudah cukup tinggi yaitu 75%. Variabel yang paling sering ditemui tidak lengkap adalah diagnosa keperawatan. peneliti berpendapat bahwa hal ini terjadi karena perawat merasa tidak perlu lagi menuliskan diagnosa tersebut karena sudah ditulis di formulir sebelumnya. Menurut Hutahean (2010), dalam mendokumentasikan implementasi keperawatan, diagnosa atau nomor diagnosa harus dituliskan sesuai dengan implementasi yang dilakukan.

Secara keseluruhan, peneliti menyimpulkan bahwa kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di RS Haji Jakarta masih cukup rendah yaitu 63% (dibawah target RS Haji 80%). Menurut Nursalam (2011), data yang terkumpul harus lengkap agar dapat membantu perawat dalam mengatasi masalah klien yang kemudian akan membantu meningkatkan mutu pelayanan keperawatan. Selain itu, menurut Hutahean (2010), informasi yang dicatat oleh perawat harus lengkap dan akurat sehingga dapat diinterpretasikan secara tepat oleh orang lain. Dokumentasi yang tidak lengkap dapat mengakibatkan salah persepsi tenaga kesehatan lainnya sehingga akan menimbulkan risiko intervensi yang salah kemudian berpotensi timbulnya keluhan (*complaint*) pasien yang pada akhirnya berpengaruh pada tingkat kepuasan pasien.

Selain itu, dokumentasi yang lengkap dan menyeluruh juga merupakan hal penting untuk penetapan DRG atau klaim asuransi dan penggantian biaya yang akurat. Kompleksitas masalah dan intensitas kebutuhan pasien harus didokumentasikan untuk memastikan penggantian biaya yang lengkap. Tanpa memperhatikan keadaan klinis, perawat harus menyadari bahwa masalah pendokumentasian berkaitan dengan masalah penggantian biaya (Lyer & Camp, 2004).

BAB 8

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1 Kesimpulan

Dari penelitian yang telah dilakukan di RS Haji Jakarta dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan masih ditemukan beberapa permasalahan. Permasalahan ini dapat dilihat dengan terdapatnya ketidaksesuaian praktik di lapangan dengan prosedur penerapan dokumentasi asuhan keperawatan atau ilmu keperawatan yang ada. Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan, maka dapat dikemukakan kesimpulan mengenai kelengkapan dan faktor penunjang dokumentasi asuhan keperawatan sebagai berikut:

1. Kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pasien rawat inap dewasa non kebidanan bulan Mei 2012 di RS Haji Jakarta hanya mencapai 63 % sehingga belum mencapai target RS Haji Jakarta sebesar 80%. Kelengkapan masing-masing formulir yaitu formulir pengkajian hanya mencapai 53%, formulir diagnosa dan rencana mencapai 61%, dan formulir implementasi dan evaluasi mencapai 75%.
2. Pengetahuan perawat mengenai dokumentasi asuhan keperawatan dinilai cukup karena pengetahuan tersebut telah didapatkan selama perkuliahan.
3. Pelatihan mengenai dokumentasi asuhan keperawatan di RS Haji Jakarta sudah pernah diberikan dalam bentuk *in house training* meskipun pelatihan tersebut sudah lama sekali dan tidak rutin dilakukan.
4. Berdasarkan perhitungan dengan rumus Gillies dan rumus modifikasi RS Haji Jakarta, ada beberapa ruang rawat inap dewasa non kebidanan yang jumlah perawatnya kurang (Syifa dan Afiah), sedangkan selebihnya sudah cukup.
5. Sarana pendokumentasian asuhan keperawatan sudah tersedia dan mencukupi meliputi formulir, SPO Penerepan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan, dan sarana penunjang lainnya seperti *printer* dan mesin foto kopi. Akan tetapi petunjuk teknis pengisian formulir dokumentasi asuhan keperawatan belum tersedia.

6. Manajemen berupa sistem penugasan dan pengawasan sudah diterapkan di RS Haji Jakarta. Penugasan dilakukan dengan metode tim dan primer. Pengawasan dan evaluasi terkait dokumentasi asuhan keperawatan telah dilakukan secara rutin melalui kegiatan ronde keperawatan yang dilakukan di setiap ruang rawat inap oleh bagian keperawatan dan komite keperawatan. Akan tetapi kegiatan pengawasan yang dilakukan oleh kepala ruangan belum semuanya bersifat rutin dan menyeluruh.
7. Proses pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan belum semuanya (kurang) sesuai dengan SPO yang ada.

8.2 Saran

Saran untuk menyelesaikan masalah dan mengoptimalkan pendokumentasian asuhan keperawatan di RS Haji Jakarta diuraikan sebagai berikut:

8.2.1 Bagi RS Haji Jakarta

1. Perlu diadakan pelatihan pendokumentasian secara berkelanjutan untuk meningkatkan dan memperbaharui pengetahuan perawat mengenai dokumentasi asuhan keperawatan serta meningkatkan kesadaran perawat mengenai pentingnya pendokumentasian agar perawat selalu mendokumentasikan asuhan keperawatan secara lengkap dan akurat.
2. Pembuatan petunjuk teknis pengisian masing-masing formulir asuhan keperawatan atau merevisi SPO yang telah ada dengan menambahkan hal-hal yang bersifat lebih teknis dan kemudian mensosialisasikannya kepada perawat pelaksana agar pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan berjalan sesuai standar yang ada.
3. Melakukan evaluasi dan pengawasan terhadap pendokumentasian dengan mempersempit unit evaluasi yaitu bukan per ruangan melainkan per tim perawat yang ada di masing-masing ruang.
4. Menerapkan sistem *reward* dan *punishment* kepada perawat pelaksana atau tim yang paling disiplin dan melakukan pendokumentasian paling baik. *Reward* tersebut dapat berupa pemberian plakat, bingkisan, bonus, atau sebuah bingkai berisi ucapan terimakasih yang dipajang di ruang

keperawatan. Sedangkan, *punishment* misalnya dengan memanggil perawat/ketua tim yang sering melakukan ketidaksesuaian hasil pengerjaan dokumentasi asuhan keperawatan untuk diadakan konseling mengenai permasalahan apa yang dialami dalam pendokumentasian asuhan keperawatan.

5. Membakukan format formulir diagnosa dan rencana intervensi.
6. Melakukan rotasi perawat dari ruangan yang jumlah perawatnya berlebih ke ruang yang jumlah perawatnya masih kurang.

8.2.2 Bagi Penelitian Selanjutnya

1. Tidak hanya meneliti kelengkapan melainkan juga keakuratan pendokumentasian Askep.
2. Meneliti hubungan antar variabel dengan kualitas dokumentasi Askep.
3. Merancang sistem informasi pendokumentasian asuhan keperawatan karena pendokumentasian asuhan keperawatan sangat memungkinkan untuk dibuat terkomputerisasi.

DAFTAR PUSTAKA

- Aditama, Tjandra Yoga. 2000. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia
- Allen, Carol Vestal. 1998. *Memahami Proses Keperawatan dengan Pendekatan Latihan*. Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran
- Ariawan, Iwan. 1998. *Besar dan Metode Sampel pada Penelitian Kesehatan*. Jurusan Biostatistik dan Kependudukan, Fakultas Kesehatan Masyarakat. Universitas Indonesia.
- Azwar, Azrul. *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Edisi ketiga. Jakarta: Binarupa Aksara, 1996.
- Dinarti, Ariyani R., Heni N., Reni C.. 2009. *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media
- Huber, H. 1996. *Leadership and Nursing Care Management*. Philadelphia: W.B Saunders Company
- Hutahaean, Serri. 2010. *Konsep dan Dokumentasi Proses Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media
- Ilyas, Yaslis. 2000. *Perencanaan SDM Rumah Sakit: Teori, Metode, dan Formula*. Depok: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI.
- Ilyas, Yaslis. 2001. *Kinerja – Teori, Penilaian dan Penelitian*. Jakarta : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Keliat, Budi Anna. 1998. *Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Jakarta: EGC
- Lyer, W.Patricia and Camp, Nancy H. 2004. *Dokumentasi Keperawatan, Suatu Pendekatan Proses Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2010. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta

- Notoatmodjo, Soekidjo. 2009. *Pengembangan Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nursalam. 2011. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan: Konsep dan Praktik*. Jakarta: Salemba Medika
- Nursalam. 2002. *Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika
- Khairani, Dwi Octavia. 2011. *Pengaruh Faktor Individu, Psikologis, Dan Organisasi Terhadap Kualitas Data Sensus Harian Rawat Inap Di RSUP Fatmawati Tahun 2011*. [Skripsi]. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Permenkes RI No Hk.02.02/Menkes/148/1/2010 Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat
- Permenkes Nomor 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis
- Pramesti, Ika. 2010. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Disiplin Waktu Kerja Pegawai Non Medis Rumah Sakit PMI Bogor Tahun 2010*, [Skripsi]. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Pribadi, Agung. 2009. Abstract: *Analisis Pengaruh Faktor Pengetahuan, Motivasi, dan Persepsi Perawat tentang Supervisi Kepala Ruang terhadap Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di RSUD Kelet Provinsi Jawa Tengah di Jepara*. <http://www.mikm.undip.ac.id/webku/id/mikm-detail-tesis-perpustakaan-view-abstrak-281.html> (10 Juli 2012, 12:32)
- Susanti, Maria. 2004. *Gambaran Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Lantai V Dan VI Departemen Bedah RSPAD Gatot Subroto*. [Skripsi]. Depok : Program Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia
- Susihar. 2004. *Persepsi Perawat Terhadap Pelaksanaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Medika Gria*.

[Skripsi]. Depok : Program Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Siagian. 1999. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta : Bumi Aksara

SK Dirjen Yanmed No. YM.00.03.2.6.7637 tahun 1993

SK Menteri Kesehatan Nomor 983/Menkes/SK/1992 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit

Soeprihanto, John. 2000. *Penilaian Kinerja dan Pengembangan Karyawan*. Yogyakarta: BPFE-Yogyakarta

UU Nomor 44 Tentang Rumah Sakit Tahun 2009

UU Nomor 23 Tentang Kesehatan Tahun 1992

Wahyuana, Priyo. 2011. *Analisis Variabel Yang Berhubungan Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di RS Krakatau Cilegon Tahun 2011*. [Skripsi]. Depok : Program Pasca Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Widyaningtyas, Khristina Setya. 2007. Abstract: *Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Perawat Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan*. <http://eprints.undip.ac.id/10502/1/ARTIKEL.doc> (10 Juli 2012) 10:50

_____. 2006. *Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis RS*. Jakarta: Dirjen Yanmed Depkes

_____. *Selayang Pandang RS Haji Jakarta*. Jakarta: Penerbit RS Haji Jakarta

_____. 2006. *Manual Rekam Medis*. Konsil Kedokteran Indonesia

LAMPIRAN 1: MATRIKS WAWANCARA MENDALAM

No	Pertanyaan	Informan I Ka. Ruangan	Informan II Perawat Pelaksana	Informan III Ka. Ruang	Informan IV Perawat Pelaksana	Informan V Perawat Pelaksana	Informan VI
1.	Bagaimana pengetahuan perawat tentang dokumentasi Askep?	<i>Klo pengetahuan sebenarnya sih udah cukup ya maksudnya udah lumayan gitu ya.. klo pengetahuan saya pikir di pendidikan pastilah mereka dapet ya gitu..cuman mungkin nanti dliat di dokumen langsung ngga?klo lihat dokumen nanti mungkin belum maksimal cumin klo ditanya pengetahuan pastinya mereka tahulah karena udah lepas dari pendidikan yak an..cuman paling ilmu yang terbarunya, kan asuhan keperawatan istilahnya membuat diagnose aja kan kata2nya berubah2 kan..</i>	<i>Cukup mengetahui karena masalah itu kan sudah didapat waktu kuliah. Ya karena itu pekerjaan kita itu ya dipelajari. Pengetahuan pendokumentasian Askep memadai..</i>	<i>Kalo pengetahuan insyaAllah udah cukup ya, temen2 kan insya Allah nanti temen2 tahun ini udah mulai pake komputerize asuhan keperawatannya mulai dari pasien masuk tanda2nya apa cuman kita sih belum artinya udah dipersiapkan itu utk komputerize semua tapi untuk sementara ini sih pake tulis tangan yah. Jadi begitu pasien masuk untuk pendokumentasian, tanda2 vital, kondisi pasiennya secara umumnya itu bisa mendokumentasikan dengan formulir yang sudah disediakan.</i>	<i>Sudah cukup ya..</i>	<i>Kebetulan disini, insyaAllah sih klo pendokumentasian, cuman ya kalo pelaksanaan dilapangannya gini mungkin karena pasiennya terlalu penuh. Jadi kita emang akuin belum terlalu maksimal.</i>	<i>Kalo menurut saya utk masalah pendokumentasian, perawat itu sebenarnya udah tau ya. Maksudnya mereka mulai dari belajar ya kan pendidikan mereka bervariasi ada yg D3 dan S1.terus mereka dari institusi yang berbeda-beda. Dari semua intitusi itu yang paling penting dari asuhan keperawatan dokumentasi kan. Asuhan keperawatan itu kan bentuknya kan dokumentasi. Kita ngga bisa menilai asuhan itu dari tindakan aja gitu, tapi apa yg didokumentasikan akan terlihat. Tinggal setiap individu kan dari institusi yg</i>

							<i>berbeda, dari jenjang pendidikan yg berbeda, pasti akan berbeda juga bagaimana cara dia mengaplikasikannya gitu loh.</i>
2.	Apakah selama ini ada pelatihan terkait dokumentasi Askep yang diberikan pihak RS?	<i>Kalo pelatihan secara itu kita belum..ehmm paling pernah pengisian misalkan pengkajian kan format pengkajiannya itu berubah ya dari lama ke yg baru dari 3 lembar skrg jadi 1 lembar pernah ada sih tapi ngga sampai 100% ikut waktu itu..pelatihannya dalam bentuk share knowledge in house training jadi dari komite paling dua jam dikumpulkan di ruang Darussalam, komite yang bicara ini formatnya yg diisi seperti ini gitu untuk pelatihan2 secara khusus ttg dokumentasi</i>	<i>Setahu saya, setiap karyawan baru misalnya perawat kita ada pelatihan termasuk pendokumentasian. Kan kalo masalah format pendokumentasian itu kan berbeda-beda tiap RS, setiap yang baru akan selalu diorientasikan ini loh format kita bagaimana mengisinya, singkatan2 yang digunakan itu kita berikan kepada yang baru yah. Kalo yang lama modelnya review gitu2 tuh mungkin ga pelatihan bentuknya, cuman diingatkan aja,</i>	<i>Pelatihan khusus sih belum ada, baru sosialisasi2 seperti itu aja. Misalnya sosialisasi ada formulir baru dari komite keperawatan misalnya untuk pendokumentasian asuhan keperawatan identifikasi pasien, baru sebatas sosialisasi aja. Kalo pelatihan khususnya sih belum ada.</i>	<i>Kalo aku kan baru rotasi aku kan sebelumnya dari ruangan syifa, sekarang baru satu bulan ruangan muzdalifah. Aku sekarang ini sih diruang aku ini sih iya dikasih tau pendokumentasiannya seperti apa, cuman terkadang itulah kita lamanya di dokumentasi mba, kadang kalo misalnya tindakan kita lebih mendahulukan tindakan daripada pendokumentasian. Ya itu sih mungkin waktu</i>	<i>Ada pernah pelatihan sih ngga paling kaya IHT (In House Training) doang. Jadi kaya yang pelatihan sehari gitulah. Kalo rutinnnya saya kurang tau persisoalnya memang harusnya bagian keperawatan. Cuman kita pernah aja dulu pas baru-baru. Cuma ya kadang kalo di ruangan lagi rapat ruangan, suka disinggung juga sih.</i>	<i>Pernah, udah lama banget. Dulu-dulu kita pernah ada in house training ttg dokumentasi asuhan keperawatan. tapi ya udah lama itu waktunya ngga secara rutin ya. seharusnya.jadi untuk perawat yang senior kalo dia mendokumentasikannya begitu nanti akan ke-refresh oh pendokumentasian yg bener begini nih. Nah kadang ada yang anak baru, karena yg senior nulisnya Cuma begini, dia juga ngikut jadi akhirnya tertular nih. Pada akhirnya diperlukan monitoring</i>

		<i>asuhan keperawatan pernah sih tapi tidak untuk semua kasus dan tidak semua orang kena karena biasanya yang diutamakan yang senior nanti senior yang ngajarin juniornya cuman jadinya ga maksimal..</i>	<i>kalo pelatihan khusus ngga sepengetahuan saya ya.. kita bahas ulang dalam pertemuan2 rapat. Tapi kalo untuk yang baru ada sih pelatihan di awal, karena saya pernah ngasih materi untuk pengetahuan pendokumentasian Askep untuk karyawan2 baru.</i>		<i>ya kita butuh waktu ekstra kali ya.</i>		<i>evaluasi gitu ya, kita udah ada ya di ronde itu ada temuan nih misalnya kita ambil satu sampel berkas RM pasien gt ya.</i>
3.	Apakah pelatihan mengenai dokumen Askep diperlukan?	<i>Perlu, paling tidak refresh dibutuhkan juga..</i>	<i>Kalo masalah pendokumentasian, kan bukan hal yang baru gitu ya.. klo pelatihan khusus saya rasa ngga harus khusus gitu kali ya kecuali kalo ada hal yang baru ya misalnya kita format ganti baru nah harus ada pelatihan khusus tapi kalo formatnya tetap sama seperti itu, kalo kata saya bukan karena</i>	<i>Pelatihan sih lebih ke arah asuhan keperawatan ke arah lebih penyakit ya jadi misalnya asuhan keperawatan diabetes mellitus. Kalo pendokumentasian sih belum ada. Jarang sih hanya sebatas sosialisasi aja. Atau metode tim, tekniknya sih ada jadi hanya sebatas sosialisasi.</i>	<i>Oh perlu sih, perlu banget! Kalo kita lama didokumentasi pasien2 kita apalagi pasien2 yg butuh ekstra care ditambah lagi dia komplain2 kenapa harus gini harus gitu. Sementara pendokumentasian kita kurang, padahal kita sudah melakukan pendokumentasian ini kok.. tapi di</i>	<i>Kalo misalkan ini (pelatihan-red) ya bagus itu.. bagusnya sih ada.</i>	<i>Perlu! Misalnya dengan in house training. Kita pengennya waktu sedikit tapi sering gitu loh. Sebenarnya temen2 udah tau ya karena itu udah tugas mereka juga itu tuh ga lepas dari kalo kita mau melakukan asuhan keperawatan kita harus mendokumentasikan, tapi emang temen2 ini kurang motivasinya.</i>

dia tidak tau jadi harus latihan tapi kemauan dari orangnya yang harus melakukan pendokumentasian dan mungkin waktunya kali ya. Dibilang ga perlu ya juga bukan ga perlu tapi klo harus rutin dilakukan pelatihan terkait masalah pendokumentasian saya rasa bukan hal yang baru gitu loh.

Tapi informasi2 itu nyampe ke temen2 lewat sosialisasi itu. Kita biasanya rapat ruangan sosialisasi ttg metode tim, kemampuan pendokumentasian askep itu udah masuk ke temen2. Tapi pelatihan khusus bersertifikat itu ngga.

dokumentasi mana ga ada gitu. Sementara tindakan kita sudah full tapi ada beberapa keluarga pasien yang complain blabla. Jadi pendokumentasian ga beres antara tindakan ama yang kita tulis itu. Sepengalaman aku diruang sebelumnya ya..kalo diruangan ini sih insyaAllah masih bisa ke balance lah ada yang bantu jadi prosesnya coba untuk membalancenya sih ada. Karena disini kan pasiennya sedikit ga banyak.. Jadi lebih mengutamakan life saving dulu yah. Terus baru dokumentasi oia tadi ngapain2 ya? Kalo pasiennya plus sih itu mudah pendokumentasiannya

Kurang mengeksplere kemampuan mereka juga.

					<i>bisa urut tapi kalo pasien yang harus dipindah keruang2 ini itu yg agak ribet pendokumentasiannya. Waktu sih..</i>		
4.	Bagaimana kecukupan jumlah tenaga perawat saat ini?	<i>insyaAllah sudah cukup kalo tidak ada yg cuti melahirkan.. tenaga perawat kan pake rumus..</i>	<i>Saya rasa cukup ya, kecuali situasi ttt misalnya ada yang tidak masuk tapi biasanya sih kalo dia tidak masuk pasti akan dicarikan penggantinya. Perbandingannya cukup Cuma terkadang kalo kita menggunakan ka nada rumus biasanya ttg perbandingan perawat dengan pasien itu ada rumus, terkadang ada hal yg diluar dari perhitungan seperti itu ya, jadi apa ya waktu kita ke pasien itu cukup banyak utk hal2 yang</i>	<i>Kalo soal cukup sih cukup aja..</i>	<i>Kalo di ruangan ini sih, kalo untuk tenaga perawatnya.. misalnya berdua ya kalo kondisi pasiennya tenang ya cukup, kalo kondisi pasiennya agak2 crowded ya dengan membutuhkan pengawasan kalo Cuma berdua ya ga kepegang. Jadi ya minimal 3 perawat. Ngga kurang kalo menurut aku disini. Kalo ruangan lain kan crowded. Misalnya pasien 51 orang sedangkan perawatnya Cuma3-4 orang otomatis ga ke-</i>	<i>Ngga , jadi gimana ya sebenarnya cukup ngga cukup sih.. emang kalo dibilang ngga cukup, kurang emang untuk nulis Askep. Kalo kita pengen Askep yang sempurna.. kemarin memang ada wacana mau ada apa disebutnya? Yang khusus petugas buat nulis askep aja buat rencana kaya gitu. Cuman karena ketenagaan kita masih kurang terus dia itu sih. Emang masalahnya di tenaga. Terus emang pasien</i>	----



			<p><i>bukan langsung asuhan keperawatan gitu loh. Misalnya pasien ngebel minta tolong mattin tv hal2 yg kaya gitu kadang klo di kita kan RS swasta mereka berpikirnya selalu minta dilayani. Tapi secara umum perbandingan perawat dan pasien saya rasa cukup. Jadi kalo masalah pendokumentasian saya rasa bisa sih, waktunya bisa sih sebenarnya. Apalagi kita ada pembagian tugaskan.</i></p>		<p><i>handle tuh dokumentasi</i></p>	<p><i>kita full terus ya masih belum bisa. Jadi sementara yang nulis askep dokumentasi ya yang melakukan aja.</i></p>	
5.	<p><i>Apakah sarana pendokumentasian (formulir) di ruangan Anda selalu tersedia dan mencukupi?</i></p>	<p><i>Klo sarana sih insyaAllah pasti ada karena kita nerima dari RM pengkajian ya udah satu bendel utk diagnose juga sudah ada. Klo sarana sih saya pikir itu lebih dari cukup..</i></p>	<p><i>Kalo tersedia, tersedia. Cukup? Cukup.. Kalo misalnya masalah jumlahnya cukup dan selalu ada tersedia. Untuk format diagnose, terkadang habis tetapi bisa di fotokopi</i></p>	<p><i>Selalu tersedia, udah pasti kalo ada pasien baru udah ada pasti dari central opname/central admission itu udah satu paket. Jadi kita tinggal ngisi aja diruangan.</i></p>	<p><i>Tersedia, cukup.. Selalu ada formulir diagnosanya..</i></p>	<p><i>Ada terus, cukup.</i></p>	<p><i>----</i></p>

		<i>bahkan saya sendiri disini punya yang tanggung jawab ttg asuhan keperawatan istilahnya diagnose keperawatan dua orang jadi diagnosa2 itu kita print out jadi begitu temen2 ada kasus pasien misalkan ada keluhan nyeri gt kan udah kita tinggal liat ada nyeri itu ada berapa diagnose nyeri gt kan dari radiologinya dari epigastronya tinggal ambil tinggal nambahin data.. selalu ada dan fotokopi diruangan..</i>	<i>kembali.</i>	<i>Tapi kalo untuk lembar asuhan keperawatan yang persis diisi perawat, kalo habis ya kita sudah siap diruangan.</i>			
6.	Apakah Anda selalu mengisinya untuk pasien yang menjadi tanggung jawab Anda?	-----	<i>Ehh ngisi sebagian sih kalo yang selalu ya..?</i>	-----	<i>Iya selalu ngisi..</i>	<i>Kalo evaluasi suka sih, tapi ngga selalu kalo aku tapi kalo yang lainnya ga tau juga.</i>	-----
7.	Apakah Anda mengalami kesulitan dalam mengisi formulir Askep?	<i>Ada.. bukan susah sih sebenarnya kadang kala temen2 suka apa ya kita sudah bikin permudah</i>	<i>Kalo misalnya masalahnya mudah pengisiannya, ya mungkin itu relative ya</i>	<i>Kalo kesulitan mungkin ngga, cuma pada saat2 sibuk banget gitu kondisi pasien lagi</i>	<i>Ngga..</i>	<i>Kalo kesulitan mungkin karena udah biasa jadinya emang harus kita isi.kita udah</i>	-----

dengan buat fotokopian itu kan mereka ngga nulis tinggal nambahin data2 subjektif objektif kan gitu cuman...
Memang itu (keluhan ttg kesulitan) kendala ya bukan hanya diruangan kita itu kendala keperawatan utk pengisian dokumentasi itu memang belum maksimal sesuai dg ilmu yang kita dapat.. selama ini kan temen2 boleh dikatakan masih terkait rutinitas yang didokumentasikan jadi poin2 tertentu yg hrs didokumentasikan suka terlewat gitu.. faktornya bisa karena tidak sempat mereka terlalu sibuk kadangkala juga karena tidak terbiasa..
pokoknya saya sendiri selalu ngomong ke temen2 pokoknya tulis habis darimana tulis gt kan.. tapi kan saya pribadi tidak nonstop

tergantung seseorang menilainya.

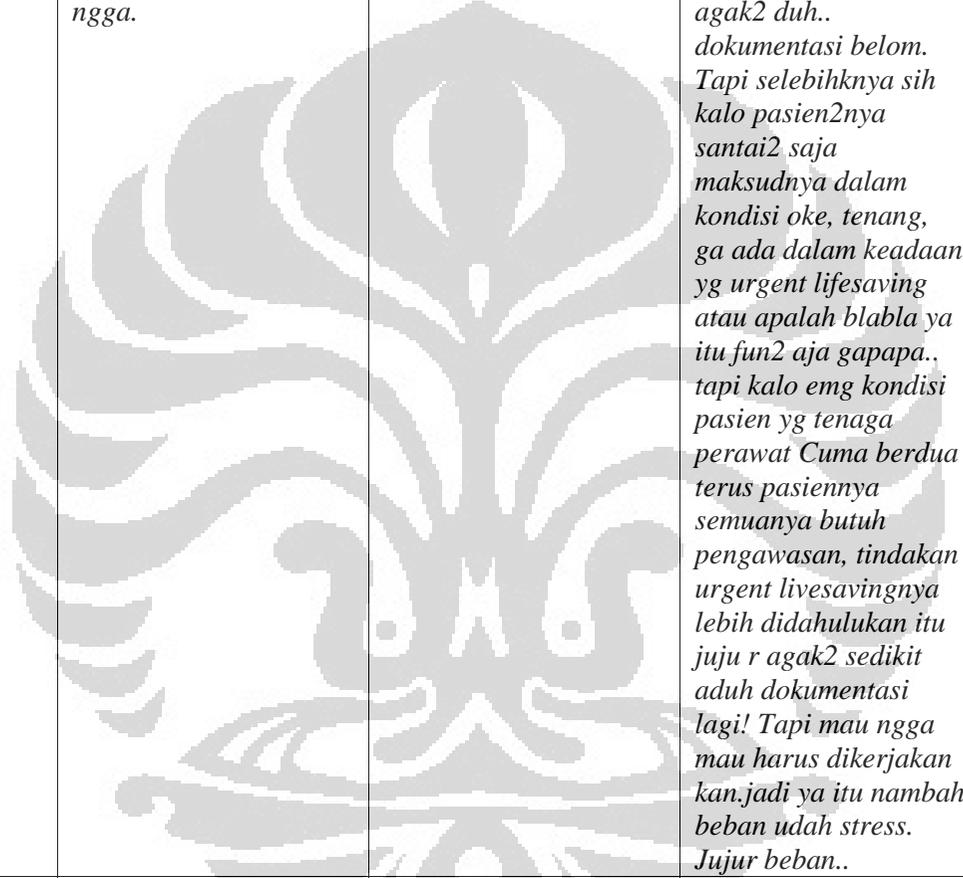
kritis gitu kan kadang suka lupa mengisi.
Kalo teknik pengisian kan sekarang sistemnya sudah checklist ya, dari mulai pasien dateng itu mulai dari identifikasi sampe keluhan utama dan masalahnya apa jadi tinggal checklist2 aja. Yang ditulis tuh hanya bagian kecil aja. Kemudian kita juga untuk diagnosa keperawatan sudah kita siapkan yang sudah diketik yah. Jadi kalo masalahnya apa dia tinggal ngambil formulir yang sesuai dg masalah pasien itu apa? Udah kita siapkan per masalah per keluhan gitu yah nanti perawatnya tinggal checklist2 aja. Paling kalo lagi sibuk kita ingatkan yang nerima pasien baru itu siapa dan pengkajiannya blm diisi kita ingatkan

kerjaan setian hari begitu aja sih enjoy aja.

Ya kalo kesulitan ya berat emang agak berat juga sih. Ya cuman kita emang harus ngisi ya ini emang pengkajian tugas kita.

		<i>ada disinikan jadi kadang lewat deh..</i>		<i>untuk mengisi. Mereka yang nerima pasien harus mengisi itu jadi ga boleh kelewat .</i>			
8.	Selain formulir, adakah sarana lain yang menunjang pendokumentasian Askep?	<i>Printer dan fotokopi</i>	----	----	<i>Dulu ada computer, jadi sempat ada komputerisasi. Jadi tinggal nge-klik2 terus tinggal print jadi tinggal keluar diagnosanya. Tapi sekarang belum jalan lagi ga tau kenapa.</i>	<i>Kalo yang diagnosis awal kita suka pake data yang disini computer terus di print. Tinggal nanti yang kurang2nya ditambah ditulis.</i>	----
9.	Apakah ada SOP/Pedoman/petunjuk teknis pengisian dokumentasi Askep?	<i>Belum ada deh kayanya kalo juknis itu aja paling yang sosialisasi dari yang penggantian ke format lama ke format yang baru. Juknis secara tertulisnya kayanya ngga ada deh. Sebenarnya sih klo untuk pemberitahuan sudah, dikasih tahu secara lisan sudah. Saya sendiri waktu rapat waktu format.. ya sebenarnya sih klo pengisian klo tidak ada masalah di setrip itu sih sebenarnya semua</i>	<i>Saya lupa ya, SOPnya kalo ga salah SOPnya... saya lupa, kayanya saya pernah baca sih. Tapi kalo juknisnya saya lupa. Ada SOPnya kalo ga salah sih. Kalo juknis pengisiannya sih saya ngga tau ada atau tidak. Mungkin bisa jadi emang ga ada tapi kalo saya sendiri dan beberapa kita dikasih taunya kalo pengisiannya kalo dia tidak bermasalah tetap kita isi tidak ada</i>	<i>Bukunya sendiri sih belum ada, petunjuk teknis sih ya kalo misalnya memang ada biasanya sebatas sosialisasi ya.. klo bentuk juknisnya seperti apa belum ada sih.. ... kalo SOPnya sih emang ada kita mulai dari pendokumentasian asuhan keperawatan ada itu SOPnya. Kalo juknis sendiri itu kan beda ya kalo SOP/SPO itu kan standar prosedur operasional</i>	<i>Oohh pedomannya ada, kalo pedoman yang cara pengisiannya sih aku belum pernah pegang. Kalo aku sih berdasarkan kakak2 sebelumnya cara pendokumentasiannya tapi kalo form ini loh cara mengisinya itu ga ada.</i>	<i>Untuk pedoman pengisian itu oo belum ada. Bikinin kalo gitu..</i>	<i>Juknisnya baru bagaimana mengisi pengkajian aja. Kita kan askep ini bagian regulasi dari standar kemenkes. Kemenkes kan ada buku standar asuhan keperawatan. kemudian kita di sini ada pemberlakuan misalnya nanti kalo yang baru ya pedoman pelayanan rawat inap. Dimana disitu kita masukin tuh bahwa di rawat inap dokumentasi pasien berjalan. Artinya</i>

		<i>temen2 kayanya tau, cuman yang sulitnya itu yang membudayakan .</i>	<i>masalah. Jadi walaupun dia ga ada masalah ttp ada isinya gitu loh. Misalnya kelainan kepala, bukan harusnya kosong kalo ga ada masalah kan? Harusnya tidak ada kelainan atau lingkaran kepala berapa gt isinya. Tapi petunjuk teknis memang ga ada, ga tau saya ya.</i>	<i>udah ada kalo seperti itu..</i>			<i>regulasinya bukan hanya dari rumah sakit sbg SK kebijakan asuhan keperawatan ya.. tapi ya dr pemerintah sendiri jg ada.</i>
10.	Apakah pelaksanaan pendokumentasian Askep telah sesuai dengan pedoman yang ada?	<i>Belum maksimal ya..</i>	<i>Belum semua..</i>	<i>Oh kalo SOPnya sih hampir udah sesuai ..</i>	<i>Iya sudah sih, tapi tidak baku seperti ini kan. Ya secara global mah sudah lah.. Cuma secara gamblangnya tidak seperti ini (SOP-red) ya prosesnya tapi tidak persis seperti ini sekitar 80-90% sama lah tapi tidak baku seperti ini lah.</i>	<i>Ya memang harusnya sesuai SOP, cuman kalo dilapangan kan kita ada langkah2 yang ngga sesuai juga sih kadang. Kadang kita sifatnya manipulatif gitu. Memang sih disini belum efektif soalnya ya pasiennya terlalu penuh terus karyawan kitanya masih belum...</i>	<i>Belum semua perawat sama caranya dalam mendokumentasikan padahal sudah ada standarnya (SOP).</i>
11.	Apakah menuliskan dokumentasi Askep adalah beban bagi Anda?	---	<i>Beban... kalokata saya sih beban ngga, Cuma ini butuh memakan waktu, tapi kalo dibilang beban ya sih</i>	---	<i>Jujur kalo pasien2nya agak2 ribet, banyak tindakan yang harus segera dilakukan. Dokumentasi tuh</i>	----	-----



	Anda tidak sempat untuk menuliskan dokumentasi Askep?	<i>cuti dan pasien full..</i>	<i>dengan benar. Kadang2 beban kerja kita itu emang kadang2 ga selamanya sibuk terus, ngga selamanya kondisinya juga tenang2 aja. Situasional aja..</i>	<i>Seandainya pasiennya lagi banyak pengawasan, banyak menerima pasien baru ya suka tertunda aja tapi tidak sampe tidak dikerjakan.</i>		<i>kaya gini ini saya rasa ga cukup 15 menit atau setengah jam. Itu belum tindakan yg lainnya. Kalo misalkan kita megang satu pasien sehari ya mungkin masih bisa. Kalo misalkan satu kamar aja 6, yang satu butuh apa yang satu butuh apa, ga bakalan ter-cover. Jadi faktor tenaga juga, terus ya crowdednya ini.</i>	<i>keperawatan. jadi mau bagaimanapun kondisinya, apa yang mereka sudah kerjakan harus mereka tulis dalam dokumen RM pasien. Perawat kan bertemu pasiennya setiap hari jadi memungkinkan pengumpulan data tidak hanya sekali.</i>
13.	Adakah peraturan dari pimpinan RS yang mengharuskan perawat untuk melakukan pendokumentasian Askep?	<i>Ya mungkin yang di SOP itu yak an sudah mewakili dan bisa dipake. Kan awalnya ada SKnya sebelum SOP..</i>	<i>SK nya gitu ya? Saya sendiri ngga tau ada SKnya atau ngga. Tapi kalo kita punya SOP harusnya inikan peraturan. Kita punya SOP nih yang dikeluarkan oleh direktur, berarti ya itu peraturannya kan. Tapi setelah SOP ada pemberitahuan harus dijalankan sesuai SOP saya ngga tau.</i>	<i>Ya ada itu kan istilahnya untuk keamanan perawat itu sendiri sebagaimana dokter kan selalu mendokumentasikan apa yang dikerjakan apalagi menyangkut nyawa orang gitu kan. Ada kan itu di SPO kebijakannya tuh saya sih ga hafal kebijakannya tuh.</i>	<i>Setau aku ada sih mba Cuma ya itu paling jangan lupa dokumentasi. Kepala ruangan mengingatkan jangan lupa dokumentasi. Tertulisnya sih jujur kurang tau bukan namanya harus gini2 dari keperawatan bukti SKnya aku belum pernah liat sih.</i>	<i>Ngga ada sepertinya kurang tau juga..</i>	<i>-----</i>
14	Apakah ada dukungan dari	<i>Iya, kalo saya biasanya waktu briefing pagi atau</i>	<i>Dukungan yang jelashimbauan selalu..</i>	<i>Iya dalam bentuk respon positif. Bahwa</i>	<i>Kalo dari segi keperawatannya sih</i>	<i>Dukungan ya paling kaya pengarahan gitu</i>	<i>Dukungan secara immaterial ya,kami ya</i>

	<p>ka.ruangan atau bagian kepala keperawatan dalam pelaksanaan pendokumentasian Askep?</p>	<p>saat rapat ruangan saya selalu memang ini kadang2 temen2 itu suka mempersepsikan bedanya itu saya selalu menyampaikan bahwa dokumentasi itu penting gt kan.. kita jangan bicara ke jalur hukum gitu yah. Kalo ada pasien complain gtlah klo kita dokumentasinya ga lengkap berarti kan kita harus menghubungi perawat yg sebelum2nya. Tapi klo dokumentasinya lengkap kita kan tidak perlu telepon2 kan cukup melihat. Sebenarnya masalah simple tapi bisa mengakibatkan pasien complain.</p>	<p>selalu diingatkan baik dalam conference atau rapat2. Kalo dukungan ya itu tadi mungkin kita kan udah beberapa kali ganti format pengkajian, kalo kata saya itu salah satu dukungan dari keperawatan atau pengembangan untuk mempermudah kita. Nah salah satu upayanya lagi adalah yang belum baku ya yang diagnose keperawatan tadi udah ada formulirnya baik itu inisiatif dari ruangan atau keperawatan. Saya rasa itu salah satu dukungan.</p>	<p>dari komite keperawatan kan suka ada evaluasinya ya jadi kalo emang kaya kemarin itu makin meningkat musdalifah dari 80% menjadi 86% gitu kan ya kita sampaikan kepada temen2 itu kam memberikan impulsement positif dan mungkin pada saat penilaian akhir tahun akan berpengaruh terhadap kinerja perawat tsb.</p>	<p>kalo dari aku pribadi sih ngga.. kalo misalkan bentuk istilahnya hmm paling Cuma ngingetin doang. Pemberian motivasi juga ngga..</p>	<p>aja tapi ngga rutin..</p>	<p>dukungannya paling kalo ada pelatihan2 kita sangat memfasilitasi gitu. Terus kalo ada masukkan dari temen2 misalnya kita butuh.. udah lama ga ini, ya kita bentuk dalam in house training. Kalo ada pelatihan dari luar yang berhubungan dg masalah dokumentasi, kadang kalo kita dapet undangan gt ya.. kita kasih juga.. dukungannya seperti itu lebih kea rah kalo mereka ngerasa krg maksimal melakukan ini ya kita fasilitasi dengan pelatihan2.secara sederhana ya kita beri motivasi mereka.</p>
15	<p>Apakah ada mekanisme pengawasan terhadap pendokumentasian</p>	<p>Pengawasannya tidak rutin karena tidak disini terus dengan melihat statusnya satu2. Karena</p>	<p>Ada, kalo dari ruangan sendiri kan ada kepala ruangan selalu ada rutin tiap pasien itu kan</p>	<p>Seringlah kalo kita apalagi kalo disini perawatnya bergantian ka nada yang dirotasi,</p>	<p>Ada, ya itu ada pemeriksaan untuk dokumentasi keperawannya ada.</p>	<p>Ada, tapi ngga mungkin status pasien diawasi satu2 kalo pasiennya banyak</p>	<p>Dengan ronde keperawatan. lebih dari pihak komite. Misalnya ruangan A</p>

Askep?	<p>waktu sedikit. Ada juga dari komite kan suka ada periodenya klo ga salah 3 bulan atau 6 bulan ya..jadi dia sampling juga metodenya dari RM dan ada juga yang tiap ronde keperawatan itu observasi langsung.. ronde keperawatan, komite, dari keperawatan, pengembangan, termasuk melihat dokumentasi dilihat temen2 bagaimana membuat catatan gmn diagnose gimana nyambung ga gitu kan.. Biasanya kalo ngga lengkap, kalo saya malah saya suka apa ya.. klo dari hasil ronde itu suka ngirim lah ke kita yah ini loh yang harus dilakukan ini2..evaluasi yang SAK juga yg dari komite misalnya asuhan keperawatannya sekian</p>	<p>akan di cek siapa ni yg bertanggung jawab mengisi. Misalnya pengkajian, siapa nih yg melakukan pengkajian? Kenapa belum didokumentasikan? Itu kan di evaluasi tu. Rutin.. kalo dari komite itu kan selalu ada ronde keperawatan. Itu kita ada jadwalnya.ronde keperawatan itu 6 bulan sekali kayanya. Atau mungkin per kasus atau kejadian yang memang harus dilakukan investigasi lebih lanjut. Misalnya ada kasus, terus dilihat pendokumentasiannya. Kalo dari kepala ruangan, misalnya ada yg belum mendokumentasikan itu dibuat catatannya sendiri. Kalo dari ronde, misalnya ditemukan berapa</p>	<p>ada perawat baru. Jadi sering kita ingatkan kalo a da yang kelewat atau misalnya dalam pemberian asuhan keperawatan kadang sebelum lihat pasien sudah nulis dulu kan sering kita ingatkan. Cuma idealnya seperti itu, setiap dalam pancatatan asuhan keperawatan itu kita melaksanakan yang kita tulis, dan menuliskan apa yang kita kerjakan. Kadang mungkin temen2 harus sering diingatkan kembali gitu. Kalo lagi sibuk dia nulis dulu gitu asuhan keperawatannya kondisi pasiennya seperti apa udah sampe jam sekian. Itu rutin kita ngechecknya waktu pasien pulang, kalo ada pengkajian atau asuhan keperawatan yang belum diisi apalagi</p>	<p>Jadi dari keperawatannya sendiri tuh yang inspeksi ini kurang ini belum. Kadang tiga bulan sekali aku ga tau pasti ya yang tau jadwalnya kepala ruangan. Malah kadang sidak dadakan. Jadi kaya semacam apa ya.. kaya ronde itu tau2 besok ronde.. Kalo aku rutin..</p>	gini.	<p>dari 20pasien di sampling dokumentasinya. Cuma biasanya dipilih status pasien yang minimal dirawat 2 hari. Hasil dari ronde dikasih ke ruangan dan tembusan ke kita juga. Kan ada tindak lanjutnya nanti dia tindak lanjutnya apa.. Tindak lanjut untuk kelengkapan lebih ke arah motivasi, untuk kepala ruangan mengingatkan, disamping mengingatkan nanti kalo memang dari semua ruangan ada kekurangan mungkin bisa dijadikan rekomendasi untuk dilakukan pelatihan.</p>
--------	--	--	---	---	-------	--

persen dari sampling. Terus yg dari pengkajian misalnya hanya mencapai 80%. Nah itu kita sampaikan ke temen2 gitu supaya lebih baik. Dari komite muncul sih mana yang naik mana yg turun persentasinya tapi memang sampling dari RM. Misalnya untuk diagnose menurun, kenapa bisa menurun gitu misalnya sampai ke RM diagnosanya kosong seperti itu aja sih. Klo pasien2 pulang tuh status pas saya taro dulu disini saya lihat minimalnya diagnose itu sudah terisi harusnya diagnose kan begitu pasien ada harus muncul dong diagnose keperawatannya harusnya kan seperti itu..cuman kadangkala klo pasien itu masuk di jam2 operan yang nerima juga ga sempet

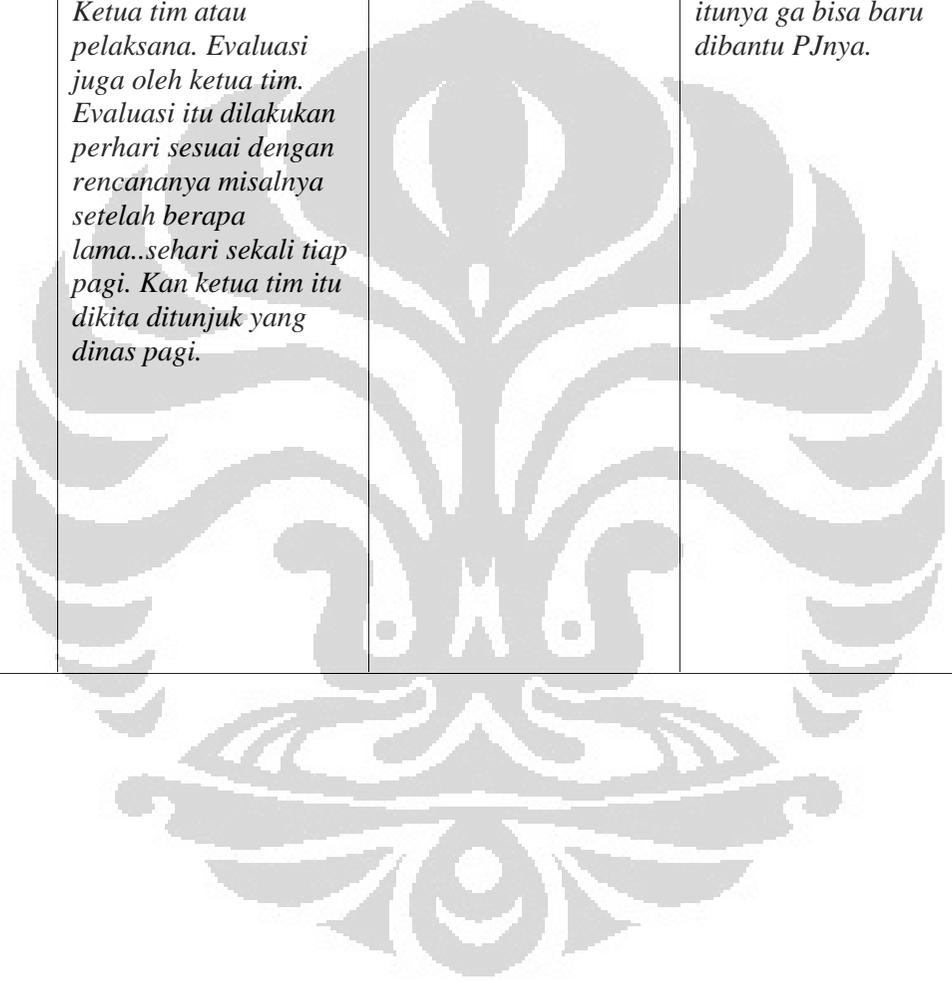
persen pendokumentasian belum terisi dengan benar, misalnya kalo diagnose, dia sudah dirawat berapa lama harusnya sudah bertambah diagnosanya.dia akan sampaikan ke ka ruangan yang jelaslah bukan langsung ke pelaksana. Tapi nanti hasil itu akan disampaikan kita semua. Seperti itu evaluasinya.

diagnose masuknya tuh, perawat yang menerima pasien harus mengisi. Jangan sampe status turun itu belum diisi pengkajiannya.

buat dan yang lain2nya jg ga buat juga kan lupa. Saya juga ga sempet liat semua setiap hari gitu kan jadi ya lewat aja apalagi kalo pasiennya dirawat sebentar misalnya Cuma 2/3 hari sampe mau ke RM belum dibikin diagnose. Akhirnya saya tulis tuh yang nerima waktu awal pasien baru. jadi sebelum ke RM itu mereka buat dulu diagnose keperawatannya. Saya solusinya seperti itu. Sebenarnya kan mestinya kalo shift ini ga selesai, shift berikutnya harusnya kan buat diagnosa, nah hal itu belum membudaya. Masih kadang siapa yg nerima, dia yg harus buat diagnose seperti itu. Nah kan harusnya ga seperti itu kan.. belum 100% orang menyadari tiu.

	<p>16. Apakah ada sistem reward/punishment dalam pendokumentasian Askep?</p>	<p><i>Klo rewardnya paling kita disini pada saat briefing aja terima kasih bagi yang sudah.. kalo reward secara materi sih ngga ya..</i></p> <p><i>Punishmentnya paling teguran aja ngga sampe gimana2..bagi saya kalo namanya sudah ditaro disitu udah punishment juga bahwa dia harus bertanggung jawab.. Tapi tergantung temen2 apakah menganggapnya suatu punishment atau reward tergantung pribadinya..</i></p>	<p><i>Kalo punishment ada kali ya terkait dengan. Saya ga tau ya kalo dari ruangan mungkin terkait penilaian kinerja tahunan kan ada dan akan dinilai seperti nya. Dia punya catatan kebaikan dan keburukan kan, sebenarnya kalo memang dia salah satu tanggung jawabnya tidak dilakukan, akan imbasnya ke penilaian akhir tahun. Kalo punishment per kasus misalnya tidak dilakukan pendokumentasian itu belum ada, atau misalnya satu orang ini udah melakukan dengan bener langsung ada rewardnya ngga ada juga. Pasien kan banyak, mungkin tidak akan seperti itu. Himbauan teguran iya,, tapi kalo pujian ngga</i></p>	<p><i>Kalo reward sih belum ada, kalo punishment ya pokoknya kalo dia belum mendokumentasikan belum boleh pulang ya dia harus menyelesaikan tugasnya.</i></p>	<p><i>Untuk reward aku sendiri belum tau, ngga ada deh. Tapi bagus juga tuh kalo ada reward seperti itu.. jadi istilahnya semacam jadi motivation untuk perawatnya sendiri. Kalo untuk punishment biasanya sih ditegur aja dari atasan.</i></p>	<p><i>Reward sih ngga ya tapi kalo punishment paling dalam bentuk himbauan aja..</i></p>	<p><i>Ngga ada..</i></p>
--	--	--	---	---	---	--	--------------------------

			<i>juga ngga khusus seperti itu sih.</i>				
17.	Bagaimana sistem penugasan dokumentasi Askep di ruangan Anda?	<i>Kita mmg disini utk penugasan sebenarnya saya sudah bberapa kali saya buat sistem ya sebenarnya kan yang menerima pasien pertama kali kita sudah bagi2 perkamar yah dia harus merapihkan mulai dari pengkajian hingga identitas2nya. Nah terus utk selanjutnya saya serahkan kan kebetulan ada yg shift pagi terus. Kita memanfaatkan mereka untuk mengontrol asuhan keperawatannya. Saya minta beliau mem follow-up lah kalo ada pasien2 yg belum dilakukan asuhan keperawatan (diagnosalah intinya) dia harus melengkapi gitu..</i>	<i>Sebenarnya metode kerja kita tim nih, ada ketua tim nanti ada pembagian kan yang melakukan asuhan yang bertanggung jawab terhadap pasien itu ya ketua tim termasuk pembuatan perencanaan itu tadi. Dan karena ada pembagian itu juga makanya terkadang tidak diisi. Ketua tim itu ka nada tugas/jobdesknya sendiri. Anggota jg ada jobdesknya sendiri. Kalo terkait dengan pendokumentasian, ya itu tadi harusnya kan terkait pengkajian dan penegakkan diagnose itukan tugasnya ketua tim. Kalo pendokumentasian implementasi ya siapa yang melakukan?</i>	<i>Biasanya dibagi kalo disini kan Cuma 9 orang ya.. laki 4 perempuan 5. Kita kan suka ada PJ shiftnya biasanya dibagi tuh misalnya perawat ada dua yang satu megang kamar belakang yang satu kamar depan. Jadi mereka bertanggung jawab untuk pengisian asuhan keperawatan pada pasien tersebut. Disini sih metode tim belum bisa berjalan optimal. Jadi masih pake metode konvensional gitu ya artinya disini masih campur gitu. Jadi kalo misalnya dia ada pasien baru ya yang nerima pasien itu yang ngisi.</i>	<i>.. kalo diruangan ini karena jumlah perawatnya juga sedikit jadi sistemnya sistem PJ. Jadi untuk perawat yang seniornya diutamakan utk pasien2 yang butuh pengawasan. Untuk pendokumentasian sendiri semuanya sama ya jadi yang dikerjakan ini ya ditulis. Jadi klo mnrt saya sih di ruangan ini. Jadi untuk melakukan pengkajian ya orang yang nerima pasien paling pertama. Jadi tidak terkait PJnya yang harus. Pokoknya yang menerima yang melakukan pengkajian dari awal. Selebihnya kalo emang dari segi</i>	<i>Kalo disini kan sistemnya bagi kamar ya.. jadi yang penanggung jawab kamar itu udah include askep, caper, ama semua program yang ada di kamar itu. Mungkin askepnya perawat yang megang kamar (penanggung jawabnya), kalo tindakan ya orang yang melakukan tindakan yang nulis siapa aja.. kalo pengkajian itu kan biasanya di awal aja ya, awal masuk aja ya jadi yang nerima pasien pertama kali. Kerjaan PJ kamar itu kalo pasien baru pertama ngerapihin status, terus lapor dokter untuk minta instruksi. Terus kalo misalkan pasang infus, pasiennya belum</i>	<i>Berdasarkan akreditasi kita memang menggunakan metode tim, kalo dulu kan ada metode fungsional. Misalnya si A kerjanya nyuntik aja.. masing2 bagian. Si B misalnya ngasih obat aja.. makin kesini, perawatan itu kan makin berkembang. Dia ada sebenarnya metode tim, metode primer. Nah yg metode primer ini, kita coba di dua ruangan ya. Artinya ada orang yg khusus manajemen asuhan aja, dia shiftnya pagi terus. Sebenarnya hamper sama dg tim lah, dia dinesnya pasgi trs.kalo ada pasien baru pagi, dia yg terima, dia yg membuat</i>



Ketua tim atau pelaksana. Evaluasi juga oleh ketua tim. Evaluasi itu dilakukan perhari sesuai dengan rencananya misalnya setelah berapa lama..sehari sekali tiap pagi. Kan ketua tim itu dikita ditunjuk yang dinas pagi.

itunya ga bisa baru dibantu PJnya.

pasang infus, dia juga yang infuse, ambil darah.. udah kaya gitu aja.

perencanaan. Kalo ada pasien dateng sore diluar jam kerjanya dia, tetep harus mengkaji. Jangan nungguin orang ini gitu loh. Tapi yang pengkajiannya yg dasar, emergency-nya lah jadi ga usah secara lengkap. Tapi tetap mengkajilah masa nunggu orang besok yg mengkaji. Ya sama dengan yang metode tim, artinya dia bekerja satu tim gitu. Bukan metode fungsional.



PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
ANALISIS KELENGKAPAN DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN

(Untuk Perawat Pelaksana)

Karakteristik Informan

Nama :
Pendidikan :
Jabatan :
Lama Kerja :

Inti wawancara

Pengetahuan dan pelatihan:

1. Berkaitan dengan pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan, menurut Anda bagaimana pengetahuan perawat mengenai pendokumentasian Askep?
2. Apakah selama ini ada pelatihan yang diberikan oleh manajemen rumah sakit dalam pemberian atau penambahan pengetahuan/ keterampilan perawat dalam pendokumentasian askep? Jika ada apakah rutin diadakan setiap tahun?
3. Apakah menurut Anda perlu dilakukan pelatihan mengenai pendokumentasian Askep? Sebutkan alasannya!

Ketenagaan:

4. Dengan melihat kewajiban perawat yang melakukan asuhan keperawatan dan juga harus mencatatnya dalam dokumen Askep, apakah menurut Anda jumlah tenaga perawat telah mencukupi?

Sarana:

5. Apakah di ruangan Anda tersedia sarana pendokumentasian Askep seperti formulir pengkajian hingga evaluasi? Jika ada apakah selalu tersedia dan mencukupi kebutuhan?

6. Apakah Anda selalu mengisinya untuk setiap pasien yang menjadi tanggung jawab anda? Sebutkan alasannya!
7. Apakah Anda mengalami kesulitan dalam mengisi formulir asuhan keperawatan (pengkajian-evaluasi)? Apa yang menyebabkan Anda kesulitan?
8. Selain formulir Askep, adakah sarana lain yang membantu anda dalam pendokumentasian Askep? Sebutkan sarana tersebut dan alasannya!

Pelaksanaan

9. Dalam mengisi dokumentasi askep apakah ada buku pedoman/petunjuk teknis untuk mengisi dokumen askep? Bila ada, apakah selama ini pengisian dokumen Askep sudah sesuai dengan pedoman? Bila tidak sesuai mengapa dan bagaimana sebaiknya?
10. Apakah menurut Anda menuliskan dokumentasi Askep adalah beban bagi Anda? Sebutkan alasannya!
11. Apakah menurut Anda beban kerja yang harus Anda lakukan terlalu banyak sehingga Anda tidak sempat untuk menuliskan dokumentasi Askep?

Manajemen:

12. Apakah ada dukungan dari kepala ruangan atau kepala bag. keperawatan dalam pelaksanaan pendokumentasian Askep? Bagaimana bentuk dukungan tersebut?
13. Apakah ada mekanisme pengawasan terhadap pelaksanaan pendokumentasian Askep? Bila ada dalam bentuk apa pengawasan tersebut dan siapa yang melakukan pengawasan tersebut?
14. Apakah selama ini ada sistem *reward/punishment* dalam pendokumentasian Askep? Jika ada dalam bentuk apa?
15. Apakah ada sistem penugasan di ruang anda? Jika ada, bagaimana sistem penugasan yang berlaku di ruangan Anda? Dengan sistem penugasan tsb bagaimana pengaruhnya terhadap pelaksanaan dokumentasi Askep? Berikan alasannya!



PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
ANALISIS KELENGKAPAN DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN

(Untuk Kepala Ruangan dan Penanggung Jawab Keperawatan)

Karakteristik Informan

Nama :
Pendidikan :
Jabatan :
Lama Kerja :

Inti wawancara:

Pengetahuan dan Pelatihan:

1. Menurut Anda bagaimanakah pengetahuan perawat yang ada sekarang ini terkait pendokumentasian Askep? Sebutkan alasannya!
2. Apakah pernah diberikan pelatihan mengenai pendokumentasian Askep kepada perawat pelaksana? Bagaimana pengaruhnya terhadap pendokumentasian Askep selama ini? Bila tidak memberikan pengaruh, bagaimana sebaiknya menurut Anda?

Sarana:

3. Apakah ada formulir Askep dari pengkajian hingga evaluasi di ruangan Anda? Apakah mencukupi dan selalu tersedia? *(untuk kepala ruangan saja)*
4. Apakah selama ini ada keluhan dari perawat pelaksana yang mengalami kesulitan dalam mengisi formulir Askep? Jika ada, bagaimana tanggapan Anda? *(untuk kepala ruangan saja)*

Pelaksanaan:

5. Dalam pengisian dokumentasi askep apakah ada buku pedoman/petunjuk teknis untuk mengisi dokumen askep? Bila ada, apakah perawat pelaksana selama ini mengisi dokumen Askep sudah sesuai dengan pedoman? Bila tidak sesuai mengapa dan bagaimana sebaiknya?
6. Apakah Anda pernah memberikan penjelasan bagaimana melakukan pendokumentasian Askep kepada perawat pelaksana? Bila pernah bagaimana pengaruhnya dan jika belum sebutkan alasannya?

Manajemen:

7. Apakah Anda memberikan dukungan pada perawat pelaksana dalam melakukan pendokumentasian Askep? Jika ya dengan cara apa Anda memberikan dukungan? Bila tidak sebutkan alasannya dan bagaimana sebaiknya?
8. Apakah Anda menerapkan sistem *reward/punishment* terhadap perawat pelaksana yang melakukan pendokumentasian Askep? Jika iya jelaskan dalam bentuk apa? Jika tidak apa alasannya dan bagaimana sebaiknya?
9. Apakah ada sistem penugasan di ruang anda? Jika ada, bagaimana sistem penugasan yang berlaku di ruangan Anda? Dengan sistem penugasan tsb bagaimana pengaruhnya terhadap pelaksanaan dokumentasi Askep? Berikan alasannya!
10. Apakah Anda melakukan supervisi atau pengawasan kepada perawat pelaksana dalam melakukan pendokumentasian Askep? Jika tidak bagaimanakah sebaiknya?

Ketenagaan:

11. Menurut Anda bagaimana kecukupan/jumlah tenaga perawat yang ada dikaitkan dengan pekerjaan yang harus dilakukan dan kaitannya dengan pendokumentasian asuhan keperawatan?
12. Menurut Anda, apakah pekerjaan perawat pelaksana terlalu banyak sehingga tidak sempat dalam mendokumentasikan Asuhan keperawatan yang mereka lakukan? Bila iya bagaimana sebaiknya dan jika tidak sebutkan alasannya



PEDOMAN OBSERVASI

ANALISIS KELENGKAPAN DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN

Observasi yang dilakukan berhubungan dengan pelaksanaan pendokumentasian keperawatan di instalasi rawat inap RS Haji Jakarta Tahun 2012. Observasi dilakukan pada:

No	Aspek yang dinilai	Jumlah Perawat	Jumlah TT	BOR Mei
1	Tenaga perawat pelaksana: a. Ruang Syifa b. Ruang Afiah c. Ruang Musdalifa d. Ruang Istiqomah e. Ruang Sakinah f. Ruang Hasanah 1 g. Ruang Hasanah 2 h. Ruang Neonatus i. Ruang Amanah j. Ruang ICU k. Ruang NICU			
		Ada	Tidak	Keterangan
2	Formulir Pendokumentasian: a. Pengkajian b. Diagnosa dan Perencanaan c. Implementasi dan Evaluasi			
3	Pedoman atau Petunjuk Teknis Pengisian dokumentasi Askep			
4	Sarana lain :		



PEDOMAN OBSERVASI
KELENGKAPAN DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN

Petunjuk pengisian: tandai dengan checklist (V) jika data tersedia/terisi.

No	Variabel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A. PENGKAJIAN											
1	Identitas Pasien										
2	Riwayat Penyakit Sekarang										
3	Riwayat Penyakit Dulu										
4	Riwayat Penyakit Keluarga										
5	Pemeriksaan Fisik										
6	Data Psikologis										
7	Data Sosiologis										
8	Data Spiritual										
9	Pola kebiasaan										
10	Data Penunjang										
11	Rumusan Masalah										
12	Tanggal										
13	Nama perawat										
14	tanda tangan										

B. DIAGNOSA DAN RENCANA INTERVENSI

1	Identitas Pasien																		
2	Tanggal																		
3	Diagnosa Keperawatan																		
4	Kriteria Tujuan/Hasil																		
5	Rencana Intervensi																		
6	Nama perawat																		
7	tanda tangan																		

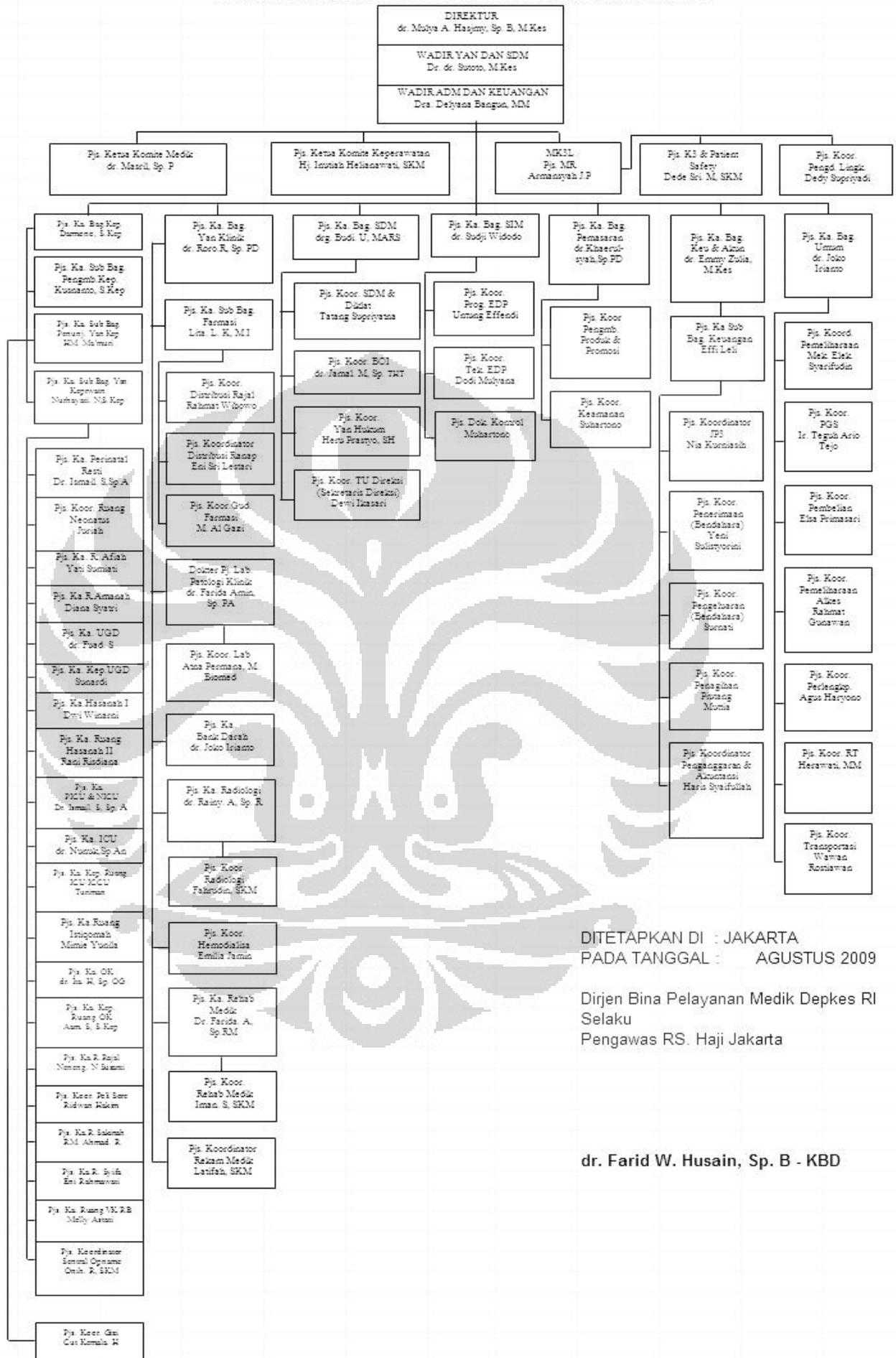
C. IMPLEMENTASI DAN EVALUASI

1	Identitas Pasien																		
2	Tanggal dan Jam Tindakan																		
3	Catatan tindakan perawat																		
4	Nama/ttd																		
5	Diagnosa																		
6	Catatan perkembangan (evaluasi)																		
7	Nama/ttd																		

No RM:

1	:	6:
2	:	7:
3	:	8:
4	:	9:
5	:	10:

BAGAN STRUKTUR ORGANISASI RS HAJI JAKARTA



DITETAPKAN DI : JAKARTA
 PADA TANGGAL : AGUSTUS 2009

Dirjen Bina Pelayanan Medik Depkes RI
 Selaku
 Pengawas RS. Haji Jakarta

dr. Farid W. Husain, Sp. B - KBD

 RS. HAJI JAKARTA	PETUNJUK TEKNIS PENERAPAN DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN		
	No. Dokumen	No. Revisi	Halaman
	SOP/ADMKEP/033	00	Page 1 of 7
STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	Tanggal Terbit	Ditetapkan Direktur RS. Haji Jakarta	
	05 Februari 2009	dr. Mulya A Hasjmy, Sp. B, M. Kes	
Pengertian	Asuhan Keperawatan merupakan bantuan, bimbingan, pengawasan dan perlindungan yang diberikan oleh Perawat untuk memenuhi kebutuhan pasien. Asuhan Keperawatan merupakan inti dan fungsi utama dalam Pelayanan Keperawatan.		
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Meningkatkan derajat kesehatan pasien. 2. Membantu pasien agar bebas dari masalah kesehatan yang dirasakan dengan melibatkan pasien dan keluarga. 3. Membantu pasien agar dapat mengembangkan potensinya sehingga tidak terlalu tergantung kepada orang lain (mandiri). 4. Membantu pasien agar memperoleh derajat kesehatan yang optimal. 5. Membantu mencegah terjadinya kecacatan akibat penyakit. 		
Kebijakan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buku Standar Asuhan Keperawatan dan Asuhan Kebidanan, Departemen Kesehatan RI Tahun 2001. 2. Keputusan Direktur Rumah Sakit Haji Jakarta Nomor : 105/RSHJ/DIR/SK/I/2009 tentang Penerapan Standar Asuhan Keperawatan dan Standar Pelayanan Keperawatan Rumah Sakit Haji Jakarta. 		



RS. HAJI JAKARTA

**PETUNJUK TEKNIS PENERAPAN DOKUMENTASI
ASUHAN KEPERAWATAN**

No. Dokumen

No. Revisi

Halaman

SOP/ADMKEP/033

00

Page 2 of 7

Prosedur

1. Pengkajian Keperawatan

- 1.1. Dilakukan pada saat pasien masuk (pengkajian awal) dan selama pasien dirawat (pengkajian lanjutan).
- 1.2. Dilakukan oleh Perawat.
- 1.3. Sumber data adalah pasien, keluarga, orang terdekat, anggota tim kesehatan, dokumen keperawatan, serta catatan dari anggota tim kesehatan lain (dokter, ahli gizi dan lain-lain).
- 1.4. Menerima pasien dan kelengkapan status (diagnosa medis) serta identitas pribadi pasien (nama, alamat, umur, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan dan agama).
- 1.5. Melakukan pemeriksaan fisik yaitu tanda-tanda vital, TB, BB, keadaan kulit, bentuk tubuh, kecacatan, tingkat kesadaran dan lain-lain.
- 1.6. Melakukan observasi terhadap keadaan emosi (gelisah, cemas, takut, histeris, depresi dan lain-lain).
- 1.7. Melakukan wawancara tentang :
 - 1.7.1. Keluhan utama (alasan masuk Rumah Sakit)
 - 1.7.2. Riwayat penyakit terdahulu ataupun sekarang, kapan keluhan itu terjadi, bagaimana gejalanya dan tanda-tanda yang timbul serta cara mengatasi yang sudah dilakukan.
 - 1.7.3. Pemahaman pasien tentang penyakitnya.
 - 1.7.4. Keadaan sosial ekonomi (kedudukan pasien, posisi individu dalam keluarga) status sosial ekonomi sumber penghidupan, keadaan lingkungan rumah dan lingkungan masyarakat.



RS. HAJI JAKARTA

**PETUNJUK TEKNIS PENERAPAN DOKUMENTASI
ASUHAN KEPERAWATAN**

No. Dokumen

No. Revisi

Halaman

SOP/ADMKEP/033

00

Page 3 of 7

1.7.5. Kebiasaan hidup sehari-hari (kebiasaan makan, tidur, istirahat, buang air besar, buang air kecil, personal hygiene dan lain-lain).

1.8. Mengkaji program terapi dan data medis, serta data penunjang lainnya (Laboratorium, Radiologi dan lain-lain).

1.9. Hasil pengkajian awal (pasien baru) dicatat dalam formulir pengkajian dan status perawatan (pasien lama).

1.10. Menganalisa data yang ada dan merumuskan masalah Keperawatan.

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan dirumuskan berdasarkan data status kesehatan pasien, untuk menentukan kebutuhan Asuhan Keperawatan. Kriterianya :

2.1. Diagnosa Keperawatan dibuat sesuai dengan wewenang Perawat dan dapat di intervensi untuk tindakan Keperawatan.

2.2. Rumusan diagnosa Keperawatan terdiri dari : PES (Problem Etiologi Syndrome).

2.3. Diagnosa Keperawatan actual adalah masalah pasien yang sudah nyata terjadi.

2.4. Diagnosa Keperawatan potensial adalah masalah pasien yang kemungkinan besar akan terjadi apabila tidak dilakukan upaya pencegahan.

3. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan Keperawatan disusun berdasarkan diagnosa Keperawatan. Komponen perencanaan Keperawatan meliputi :



RS. HAJI JAKARTA

**PETUNJUK TEKNIS PENERAPAN DOKUMENTASI
ASUHAN KEPERAWATAN**

No. Dokumen

No. Revisi

Halaman

SOP/ADMKEP/033

00

Page 4 of 7

3.1. Prioritas Masalah

3.1.1. Masalah-masalah yang mengancam kehidupan merupakan prioritas pertama.

3.1.2. Masalah-masalah yang mengancam kesehatan seseorang adalah prioritas kedua.

3.1.3. Masalah-masalah yang mempengaruhi perilaku merupakan prioritas ketiga.

3.2. Tujuan Asuhan Keperawatan

3.2.1. Tujuan dirumuskan secara singkat dan jelas.

3.2.2. Disusun berdasarkan diagnosa Keperawatan.

3.2.3. Spesifik pada diagnosa Keperawatan (S).

3.2.4. Measurable atau dapat diukur (M).

3.2.5. Achievable atau dapat dicapai (A).

3.2.6. Realistik (R).

3.2.7. Time atau ada batas waktu (T).

3.2.8. Menggunakan komponen anggota terdiri dari : subyek, perilaku pasien, kondisi pasien dan kriteria tujuan.

3.3. Rencana Tindakan

3.3.1. Disusun berdasarkan tujuan asuhan Keperawatan.

3.3.2. Merupakan alternatif tindakan secara tepat.

3.3.3. Melibatkan pasien/keluarga.

3.3.4. Mempertimbangkan latar belakang budaya pasien/keluarga.

3.3.5. Mempertimbangkan kebijaksanaan dan peraturan yang berlaku.

3.3.6. Menjamin rasa aman dan nyaman bagi pasien.



RS. HAJI JAKARTA

**PETUNJUK TEKNIS PENERAPAN DOKUMENTASI
ASUHAN KEPERAWATAN**

No. Dokumen

No. Revisi

Halaman

SOP/ADMKEP/033

00

Page 5 of 7

3.3.7. Disusun dengan mempertimbangkan lingkungan, sumber daya dan fasilitas yang ada.

3.3.8. Harus berupa kalimat instruksi, ringkas, tegas dan penulisan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti.

3.3.9. Dapat dilakukan oleh Perawat.

3.3.10. Rencana tindakan berupa promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif.

4. Implementasi Keperawatan

4.1. Dilaksanakan sesuai dengan rencana Keperawatan.

4.2. Mengamati keadaan bio-psiko-sosio-spiritual pasien.

4.3. Menjelaskan setiap tindakan Keperawatan kepada pasien, keluarga sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.

4.4. Menggunakan Sumber Daya yang ada.

4.5. Menunjukkan sikap sabar dan ramah tamah dalam berinteraksi dengan pasien/keluarga.

4.6. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melaksanakan tindakan Keperawatan.

4.7. Menerapkan sistem aseptik anti septik.

4.8. Dilandasi dengan etika Keperawatan.

4.9. Menerapkan prinsip aman, nyaman, ekonomis, privacy/harga diri dan mengutamakan keselamatan pasien.

4.10. Melaksanakan perbaikan tindakan berdasarkan respon pasien.

4.11. Merujuk dengan segera terhadap masalah yang mengancam keselamatan.



RS. HAJI JAKARTA

**PETUNJUK TEKNIS PENERAPAN DOKUMENTASI
ASUHAN KEPERAWATAN**

No. Dokumen

No. Revisi

Halaman

SOP/ADMKEP/033

00

Page 6 of 7

4.12. Mencatat semua tindakan Keperawatan yang telah dilaksanakan.

4.13. Merapikan pasien dan alat setiap selesai melakukan tindakan.

4.14. Melaksanakan tindakan Keperawatan berpedoman pada prosedur teknis yang telah ditentukan.

5. Evaluasi Keperawatan

5.1. Setiap tindakan Keperawatan, dilakukan evaluasi sesuai dengan target waktu yang telah ditetapkan pada rencana tujuan.

5.2. Evaluasi hasil menggunakan indikator perubahan fisiologi dan tingkah laku pasien.

5.3. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan kepada tim kesehatan yang terlibat untuk diambil tindakan selanjutnya.

5.4. Evaluasi melibatkan pasien, keluarga dan tim kesehatan.

5.5. Evaluasi dilakukan sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai.

6. Intervensi Keperawatan

Intervensi Keperawatan adalah pelaksanaan rencana tindakan yang ditentukan dengan maksud agar kebutuhan pasien terpenuhi secara maksimal yang mencakup aspek peningkatan, pemeliharaan serta pemulihan kesehatan dengan mengikut sertakan pasien dan keluarga. Intervensi Keperawatan berorientasi pada 14 komponen dasar Keperawatan yang dikembangkan dengan prosedur teknis Keperawatan :



RS. HAJI JAKARTA

**PETUNJUK TEKNIS PENERAPAN DOKUMENTASI
ASUHAN KEPERAWATAN**

No. Dokumen

No. Revisi

Halaman

SOP/ADMKEP/033

00

Page 7 of 7

- 6.1. Dilaksanakan sesuai dengan rencana Keperawatan.
- 6.2. Mengamati keadaan bio-psiko-sosio-spiritual pasien.
- 6.3. Menjelaskan setiap tindakan Keperawatan kepada pasien, keluarga sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.
- 6.4. Menggunakan Sumber Daya yang ada.
- 6.5. Menunjukkan sikap sabar dan ramah tamah dalam berinteraksi dengan pasien/keluarga.
- 6.6. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melaksanakan tindakan Keperawatan.
- 6.7. Menerapkan sistem aseptik anti septik.
- 6.8. dilandasi dengan etika Keperawatan.
- 6.9. Menerapkan prinsip aman, nyaman, ekonomis, privacy/harga diri dan mengutamakan keselamatan pasien.
- 6.10. Melaksanakan perbaikan tindakan berdasarkan respon pasien.
- 6.11. Merujuk dengan segera terhadap masalah yang mengancam keselamatan pasien.
- 6.12. Mencatat semua tindakan Keperawatan yang telah dilaksanakan.
- 6.13. Merapikan pasien dan alat setiap selesai melakukan tindakan.
- 6.14. Melaksanakan tindakan Keperawatan berpedoman paad prosedur teknis yang telah ditentukan.

Unit terkait

Bagian Keperawatan