JURNALKEPERAWATAN
https://stikesks-kendari.e-journal.id/JK
Volume 02 | Nomor 03 | Maret | 2019
P-ISSN: 2407-4801 | E-ISSN: 2686-2093

GAMBARAN PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN DI RUANG RAWAT INAP RSUD BUTON UTARA

Kasman jaya[1], Mien[2], Ketut Rasmiati[3], Suramadhan[4]
[1-4] Prodi Sarjana Keperawataan STIKes Karya Kesehatan

Coresponding Author
Mien
Prodi Sarjana Keperawataan STIKes Karya Kesehatan
Email: mienitumien@gmail.com

Kata Kunci:
Asuhan Keperawatan, Dokumentasi,Tanggung Jawab, Perawat
Keywords :
Documentation, Responsibilities, Nurse, Nursing Care

Abstrak. Dokumentasi sebagai alat bukti tanggung jawab dan tanggung gugat dari perawat dalam menjalankan tugasnya. Dokumentasi merupakan catatan *otentik* dalam penerapan manajemen asuhan keperawatan professional.Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Buton Utara. Jenis penelitian ini adalah *deskriptif analitik* dengan pendekatan *cross sectional.* Pengambilan data menggunakan teknik *puposive sampling* dengan jumlah sampel sebanyak 36 responden. Hasil penelitian ini menunjukan bahwa di pengkajian ada 9 rekam medik responden (25%) dalam kategori baik dan 27 rekam medik responden (75%) dalam kategori kurang, diagnosa ada 28 rekam medik responden (77,8%) dalam kategori baik dan 8 rekam medik responden (22,2%) dalam kategori kurang, intervensi ada 3 rekam medik responden (8,3%) dalam kategori baik dan 33 rekam medik responden (91,7%) dalam kategori kurang, implementasi ada 26 rekam medik responden (72,2%) dalam kategori baik dan 10 rekam medik responden (27,8%) dalam kategori kurang, evaluasi ada 5 rekam medik responden (13,9%) dalam kategori baik dan 31 rekam medik responden (86,1%) dalam kategori kurang. Secara keseluruhan perawat di ruang rawat inap RSUD Buton Utara sudah melakukan pendokumentasian akan tetapi dalam pelaksanaannya masih kurang optimal yang di buktikan dengan hasil uji statistic dari 36 rekam medik, ada sebanyak 24 rekam medik (66,7%) dalam kategori kurang dan ada sebanyak 12 rekam medik (33,3%) dalam kategori baik. Sehingga di sarankan perlu mengadakan pelatihan standar dokumentasi yang telah di pergunakan kepadaa perawat baik yang lama maupun yang baru, pendidikan SI maupun DIII agar formulir dokumentasi yang ada dapat ditingkatkan.

Absctract. ***Background****: Documentation as evidence of responsibility and accountability of nurses in carrying out their duties. Documentation is an authentic record in the application of professional nursing care management. This study aims to find out the description of documenting nursing care in the Inpatient Room of RSUD Buton Utara. This type of research is descriptive analytic with cross sectional approach. Retrieval of data using puposive sampling technique with a total sample of 36 respondents. The results of this study indicate that there were 9 medical records of respondents (25%) in the good category and 27 medical records of respondents (75%) in the poor category, diagnoses were 28 respondents' medical records (77.8%) in good category and 8 medical records of respondents (22.2%) in the poor category, there were 3 medical records of respondents (8,3%) in the good category and 33 medical records of respondents (91,7%) in the poor category, implementation*

was 26 medical records of respondents (72,2%) were in good category and 10 medical records of respondents (27,8%) in the poor category, evaluating there were 5 medical records of respondents (13.9%) in good category and 31 medical records of respondents (86,1%) in the less category.Overall nurses in the inpatient ward of North Buton Hospital have documented but in its implementation it is still less than optimal as evidenced by the results of statistical tests of 36 medical records, there are 24 medical records (66.7%) in the poor category and there are as many as 12 medical records (33.3%) in good category. So it is recommended to conduct training on documentation standards that have been used by nurses both old and new, SI and DIII education so that the existing documentation forms can be improve

Pendahuluan

Kesadaran masyarakat terhadap mutu pelayanan kesehatan menyebabkan rumah sakit harus memberikan pelayanan dengan baik dan menjag amutu pelayanan yang diberikan kepada pasien.[1] Kepatuhan adalah salah satu unsur penting dalam pelayanan kesehatan rumah sakit dalam mendokumentasikan proses asuhan keperawatan. Dokumentasi asuhan keperawatan mempunyai makna yang penting dalam keperawatan di rumah sakit, kurangnya kepatuhan perawat profesional dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan dengan benar dan jelas sesuai standar akan berdampak pada pertanggungjawaban dalam aspek hukum, kualitas pelayanan, komunikasi antar tenaga kesehatan, referensi pendidikan, dan berkas/bahan dalam proses akreditasi.[2]

Pendokumentasian asuhan keperawatan secara akurat dan berkesinambungan adalah salah satu kewajiban perawat.[3] Hal ini diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 148 tahun2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktik perawat, dalam pasal 12 ayat 1, disebutkan bahwa perawat berkewajiban melakukan pencatatan asuhan keperawatan secara sistematis, dan memenuhi standar.[4]

Dokumentasi merupakan alat bukti tanggung jawab serta tanggung gugat dari perawat dalam menjalankan tugasnya. Dokumentasi adalah catatan *otentik* dalam penerapan manajemen asuhan keperawatan professional. Segala tindakan yang dilakukan diharapkan untuk mampu dipertanggung jawabkan dan tanggung gugat oleh perawat professional.

Dokumentasi dapat dipergunakan sebagai barang bukti dipengadilan, apabila terjadi suatu masalah yang berhubungan dengan profesi keperawatan.[5]

Penelitian Diyanto menunjukkan bahwa penatalaksanaan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan di RSUD Tugurejo Semarang dalam kategori kurang (48%), yang selanjutnya diikuti sedang (35%) dan baik (17,%) (Diyanto, 2007). Penelitian Pribadi menunjukkan bahwa pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di RSUD Kelet Jepara dalam kategoribaik baik (58,1%) dan kategori tidak baik (41,9%) (Pribadi, 2009). Penelitian Budianto menunjukkan bahwa pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan diRuang Rawat Inap Rumah Sakit Islam Faisal Makasar dalam kategori baik (70%), cukup baik (20%) dan kurang baik (10%), (Budianto, 2012). Penelitian Wirawan dengan hasil pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di RSUDAmbarawa(69,1%)dalamkategoribai k (Wirawan dalam Novitasari &Wijayanti, 2013). Penelitian Fatmawati, di RSUD Syekh Yusuf Gowa menunjukkan bahwa kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan masuk dalam kategori baik (51%-75%). Indrajati (2011) dalam penelitiannya yang berjudul Pendokumentasian tentang perencanaan dan pelaksanaan Askep diruang Barokah RS PKU Muhammadiyah Gombong dokumentasi pengkajian hanya terisi 25%, dokumentasi diagnosis keperawatan 50%, dokumentasi perencanaan 37,5%,

dokumentasi implementasi 35,5% dan dokumentasi evaluasi25%.

Rumah Sakit Umum Daerah Buton Utara merupakan salah satu Rumah Sakit yang memberikan pelayanan kesehatan dan keperawatan baik rawat inap maupun rawat jalan. Unit rawat inap RSUD Buton Utara memiliki kapasitas 26 tempat tidur dengan 36 orang perawat. Berdasarkan data yang diperoleh dari RSUD Buton Utara pada bulan januari 2018 presentase kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan untuk pengkajian 55%, diagnose 53,3%, perencanaan 65 %, pelaksanaan 40%, evaluasi 50%. Hasil rata-rata didapatkan 53,21%, Dari data di atas, hasil kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan tergolong kategori kurang baik. Hasil wawancara dari 4 perawat diRSUD Buton Utara pada tanggal 13 januari 2018, 2 perawat mengatakan bahwa pendokumentasian banyak menyita waktu, tenaga dan pikiran. 2 orang perawat mengatakan pendokumentasian tidak begitu penting yangp alingp enting kebutuhan klien terpenuhi, karena perawat mengutamakan tindakan langsung kepada pasien sehingga tidak memperhatikan pendokumentasian asuhan keperawatan.(RSUD Buton utara, 2018).

Metode

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain deskriptif Analitik, penelitian deskriptif Analitik adalah penelitian yang bertujuan untuk mendeskripsikan variabel-variabel penelitian.[6]Desain digunakan untukmengetahuigambaranpendokumentasian asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intevensi, implementasi dan evaluasi diruang rawat inap RSUD Buton Utara.

Hasil Penelitian

Karakteristik Responden

Tabel 1

No	Karakteristik Responden	f	%
1.	**Usia (tahun)**		
a.	23 – 35	22	61,1
b.	36 – 45	10	27,8
c.	46 – 55	4	11,1
2.	**Jenis Kelamin**		
a.	Laki-laki	13	36,1
b.	Perempuan	23	63,9
3.	**Pendidikan**		
a.	D-III	21	58,3
b.	SI	5	13,9
c.	SI+Ners	10	27,8
	Jumlah	**36**	**100**

Sumber : Data Primer Terolah 2018

Pada tabel 1 diatas menunjukkan bahwa dari 36 responden yang berusia 23-35 tahun yaitu ada sebanyak 22 orang (61,1%) dan jumlah terendah adalah responden dengan umur 46-55 sebanyak 4 orang (11,1%).

Pada tabel1 diatas menunjukkan bahwa dari 36 responden jumlah terbanyak adalah responden yang berjenis Kelamin Perempuan yaitu sebanyak 23 orang (63,9%) dan jumlah terendah adalah responden berjenis kelamin Laki-laki yaitu sebanyak 13 orang (36,1%).

Pada tabel1 diatas menunjukkan bahwa dari36respondenuntuktingkat pendidikanD-III Keperawatan sebanyak21responden(58,3%), tingkat pendidikanS1+Ners Keperawatan sebanyak10responden(27,8%) danuntuktingkat pendidikan S1 Keperawatan sebanyak 5 responden (13,9%). Jadidapat disimpulkanbahwajumlahrespondenyang berpendidikan S1 Keperawatanlebih sedikit dibandingkan jumlah respondenyangberpendidikan S1+Ners Keperawatan.

Pengkajian

Tabel 2
Distribusi Frekuensi pendokumentasian Asuhan Keperawatan dari Aspek Pengkajian di Ruang Rawat Inap RSUD Buton Utara

Pengkajian	f	%
Baik	9	25
Kurang	27	75
Jumlah	**36**	**100**

Sumber : Data Primer Terolah 2018

Pada tabel 2 diatas menunjukan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan dari aspek pengkajian pada 36 rekam medik ditemukan ada 9 rekam medik (25%) kategori baikdan27 rekam medik (75%) dalam kategori kurang.

Diagnosa

Tabel 3
Distribusi Frekuensi pendokumentasian Asuhan Keperawatan dari Aspek Diagnosa di Ruang Rawat InapRSUD Buton Utara

Diagnose	f	%
Baik	28	77,8
Kurang	8	22,2
Jumlah	**36**	**100**

Sumber : Data Primer Terolah 2018

Pada tabel 3 diatas menunjukan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan dari aspek Diagnosa pada 36 rekam medik ditemukan ada 28 rekam medik (77,8%) dalam kategori baik dan 8 rekam medik (22,2%) kategori kurang.

Perencanaan (Intervensi)

Tabel 4
Distribusi Frekuensi pendokumentasian Asuhan Keperawatan dari Aspek Intervensi di Ruang Rawat InapRSUD Buton Utara

Intervensi	f	%
Baik	3	8,3
Kurang	33	91,7
Jumlah	**36**	**100**

Sumber : Data Primer Terolah 2018

Pada tabel4 diatas menunjukan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan dari aspek perencanaan pada 36 rekam medik ditemukan ada 3 rekam medik (8,7%) kategori baikdan33 rekam medik (91,7%) dalam kategori kurang.

Tindakan (Implementasi)

Tabel 5
Distribusi Frekuensi pendokumentasian Asuhan Keperawatan dari Aspek Tindakan di Ruang Rawat Inap RSUD Buton Utara

Implementasi	f	%
Baik	26	72,2
Kurang	10	27,8
Jumlah	**36**	**100**

Sumber : Data Primer Terolah 2018

Pada tabel 5 diatas menunjukan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan dari aspek tindakan pada 36 rekam medik ditemukan ada 26 rekam medik (72,2%) dalam kategori baik dan 10 rekam medik (27,8%) kategori kurang.

Evaluasi

Tabel 6
Distribusi Frekuensi pendokumentasian Asuhan Keperawatan dari Aspek Evaluasi di Ruang Rawat InapRSUD Buton Utara

Evaluasi	f	%
Baik	5	13,9
Kurang	31	86,1
Jumlah	**36**	**100**

Sumber : Data Primer Terolah 2018

Pada tabel 6 diatas menunjukan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan dari aspek evaluasi pada 36 rekam medik ditemukan ada 5 rekam medik (13,9%) kategori baikdan31 rekam medik (86,1%) dalam kategori kurang.

Gambaran Secara Umum Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Tabel 7
Distribusi Gambaran pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Buton Utara

Pendokumentasian Asuhan Keperawatan	f	%
Baik	12	33,3
Kurang	24	66,7
Jumlah	**36**	**100**

Sumber : Data Primer Terolah 2018

Pada tabel 7 diatas menunjukkan bahwa distribusi Gambaran Pendokumentasian asuhan keperawatan dari 36 Rekam medik ditemukan ada 12 Rekam medik (33,3%) kategori baikdan24 Rekam Medik (66,7%) dalam kategori kurang.

PEMBAHASAN

Pengkajian Keperawatan

Tabel2 distribusi frekuensi pendokumentasian asuhan keperawatan dari aspek pengkajian di Ruang Rawat Inap RSUD Buton Utara menunjukkan bahwa dari 36 rekam medik ditemukan ada 9 rekam medik (25%) dalam kategori baikdan 27 rekam medik (75%) dalam kategori kurang. 9 rekam medik (25%) dalam kategori baik, karena berdasarkan hasil uji statistik ditemukan 32 rekam medik pengkajian mencakup pengkajian meliputih pemeriksaan fisik, 14 rekam medik pengkajian meliputih status psikososial-spiritual klien, 16 rekam medik pengkajian meliputih pola hidup klien, 4 rekam medik pengkajian lengkap dilakukan 24 jam sesudah klien masuk.

Kriteria pengkajian keperawatan meliputi: (1) Pengumpulan data terdiri dari data subjektif (data yang didapatkan dari klien/pasien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian) dan data objektif (data objektif merupakan data yang diobservasi dan diukur oleh perawat) serta fokus pengambilan data yaitu riwayat status kesehatan masa lalu dan saat ini, pola koping yang pernah digunakan serta yang saat ini digunakan, fungsi, status sebelumnya dan saat ini, respon terhadap terapi medis dan intervensi keperawatan, risiko untuk masalah potensial hal-hal yang dapat menjadi dorongan atau kekuatan bagi klien; (2) dalam mengumpulkan data guna menunjang diagnosa keperawatan harus memiliki karakteristik yang lengkap, akurat, nyata dan juga relevan; dan (3) data-data yang dikumpulkan dapat d tidak hanya diperoleh dari klien tetapi juga bisa dari orang terdekat (keluarga), catatan klien, riwayat penyakit masa lalu, konsultasi dengan terapi, hasil pemeriksaan diagnostik, medis medis, dan sumber kepustakaan.[2]

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Agus Siswanto di Instalasi Gawat Darurat RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakkarta tahun 2015 yang menunjukkan pada aspekpengkajian didapatkan mayoritas dokumen pengkajian dalam kategori baik, yaitusekitar 81 dokumen (98,8%).

Hasil penelitian yang dilakukan pada 36 rekam medik berdasarkan pendokumentasian asuhan keperawatan dari aspek pengkajian menunjukkan bahwa 27 rekam medik (75%) dalam kategori kurang, karena berdasarkan hasil uji statistik ditemukan 4 rekam medik pengkajian tidak mencakup pengkajian meliputih pemeriksaan fisik, 22 rekam medik pengkajian tidak meliputih status psikososial-spiritual klien, 20 rekam medik pengkajian tidak meliputih pola hidup klien, 32 rekam medik pengkajian tidak lengkap dilakukan 24 jam sesudah klien masuk.

Hasilpenelitian ini menunjukkan kurangnyakemauanperawat dalammelakukan pengkajian. Sebagian besar dokumentasi asuhan keperawatan dari aspek pengkajian memiliki kualitas kurang pada berkas pengkajian dimana berkas pengkajian telah dilakukan pencacatan data yang dikaji tidak sesuai dengan pedoman pengkajian, data tidak dikelompokkan tidak sesuai dengan bio, psiko, sosio, spiritual dan masalah tidak dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan. Jadi apabila pengkajian tidak dilakukan secara lengkap dapat mempengaruhi dalam tahap pembuatan diagnosa keperawatan. Hal ini dipengaruhi oleh pengetahuan dan keterampilan perawat dalam melakukan pengkajian dimana sebagian besar perawat dalam ruangan adalah lulusan DIII keperawatan, hal ini tidak sesuai dengan[7] yang

menyatakan bahwa tingkat pendidikan tidak mempunyai pengaruh dengan pelaksanaan asuhan keperawatan.[7]

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti maka menyimpulkan bahwa perawat menganggap dokumentasi merupakan hal sepele dan kurang penting, sehingga perawattidak melakukan pendokumentasian pengkajian secara lengkap padapasien. Tahapdokumentasi pengkajian diruang perawataninternasudahdilakukan oleh perawatpelaksanawalaupun dalam pelaksanaan dokumentasikeperawatan belum optimal. Berbedadengan ruangan yang lain (bedah,kebidanan, anak),dokumentasi keperawatan tahappengkajiantidakdiisi (kosong). Initerbukti darihasilobservasi pelaksanaan dokumentasiyangadadiruangan tersebut tidak diisi.

Diagnosa Keperawatan

Tabel 3 distribusi frekuensi pendokumentasian asuhan keperawatan dari aspek diagnosa di Ruang Rawat Inap RSUD Buton Utara menunjukkan bahwa dari 36 rekam medik ditemukan ada 28 rekam medik (77,8%) dalam kategori baik, dan 8 rekam medik (22,2%) dalam kategori kurang. 28 rekam medik (77,8%) menunjukan dalam kategori baik karena berdasarkan hasil uji statistic ditemukan 36 rekam medik diagnosa keperawatan sesuai dengan prioritas masalah klien saat itu, 5 rekam medik diagnosa keperawatan mencakup tentang masalah kurangnya pengetahuan klien saat itu, 28 rekam medik diagnosa keperawatan dirumuskan dengan benar (PE/PES).

Diagnosa keperawatan merupakan proses menganalisis data subjektif dan objektif yang diperoleh setelah melakukan pengkajian. Diagnosa keperawatan melibatkan proses berpikir yang menyeluruh tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, dan pemberikesehatan yang lain. Salah satu proses asuhan keperawatan tidak dilaksanakan dengan baik, maka mutu pelayanan keperawatan menjadi kurang baik pula sehingga menimbulkan keluhan-keluhan baik dari pasien maupun keluarg apasien.[8] Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menguraikan respon aktual atau potensial terhadap masalah kesehatan klien.[9]

Hasil penelitian yang dilakukan pada 36 rekam medik berdasarkan pendokumentasian asuhan keperawatan dari aspek diagnosa menunjukkan bahwa 8 rekam medik (22,2%) dalam kategori kurang, karena berdasarkan hasil uji statistic ditemukan 31 rekam medik diagnosa keperawatan tidak mencakup tentang masalah kurangnya pengetahuan klien saat itu, 8 rekam medik diagnosa keperawatan tidak dirumuskan dengan benar (PE/PES).

Penelitian ini berbeda dengan *MichelleJessicaKairupan* (2015), tahap diagnosakeperawatan diruangrawatinap RSUDDrSamRatulangi Tondano belum berjalandengan baik.Seharusnya padatahap diagnosakeperawatanmerupakan keputusan dariperawatyangmenggambarkan kondisi pasiennya. Diagnosamencakup pengelompokkan data,analisisdan merumuskan diagnosa.Diagnosakeperawatan adayangbersifatpotensial,aktualdanresiko.

Berdasarkan hasil penelitian ini, peneliti berasumsi bahwa tingginya persentase pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek diagnosa disebabkan karena tingkat pengetahuan perawat yang cukup baik tentang pendokumentasian diagnosa keperawatan serta tingginya kesadaran perawat dalam memahami pentingnya dokumentasi diagnosa keperawatan.

Perencanaan keperawatan

Tabel4 distribusi frekuensi pendokumentasian asuhan keperawatan dari aspek perencanaan (intervensi) di Ruang Rawat Inap RSUD Buton Utara menunjukkan bahwa dari 36 rekam medik ditemukan ada 3 rekam medik (8,3%) dalam kategori baikdan 33 rekam medik (91,7%) dalam kategori kurang. 3 rekam medik (8,3%) dalam kategori baik, karena berdasarkan hasil uji statistik ditemukan 15 rekam medik rencana asuhan keperawatan mencakup tindakan kolaboratif, 6 rekam medik rencana asuhan keperawatan meliputi tindakan yang menggambarkan keikutsertaan klien/keluarga.

Tujuan intervensi keperawatan dan aktivitas keperawatan adalah untuk mengurangi, menghilangkan, serta mencegah masalah keperawatan pada klien. Kriteria proses perawatan membuat rencana tindakan asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan meliputi

perencanaan terdiri atas prioritas, tujuan serta rencana dari tindakan keperawatan, dalam menyusun rencana tindakan keperawatan bekerjasama dengan klien, perencanaan bersifat individual sesuai dengan keadaan atau kebutuhan dari klien, mendokumentasikan rencana keperawatan.[10]

Hasil dari penelitian yang dilakukan pada 36 rekam medik berdasarkan pendokumentasian asuhan keperawatan dari aspek perencanaan (intervensi) menunjukkan bahwa 33 rekam medik (91,7%) dalam kategori kurang, karena berdasarkan hasil uji statistik ditemukan 21 rekam medik rencana asuhan keperawatan tidak mencakup tindakan kolaboratif, 30 rekam medik rencana asuhan keperawatan tidak mencakup tindakan yang menggambarkan keterlibatan klien/keluarga.

Tujuan dari rencana asuhan keperawatan yaitu tujuan administrasi meliputi mengidentifikasi fokus keperawatan individu atau keluarga, membedakan tugas perawat dengan profesi kesehatan lainnyamengulang dan mengevaluasi asuhan keperawatan dengan penyusunan kriteria, keberhasilan asuhan keperawatan, menyediakan kriteria klasifikasi klien. Sedangkan tujuan klinik meliputi suatu pedoman dalam penulisan, mengkomunikasikan asuhan keperawatan yang akan diimplememtasikan dengan perawat lain seperti apa yang akan diajarkan, apa yang harus diobservasi, apa yang akan dilakukan. Menyusun kriteria hasil (*outcome*) untuk pengulangan serta mengevaluasi keberhasilan asuhan keperawatan, rencana intervensi yang spesifik dan langsung kepada perawat untuk melaksanakan intervensi kepada klien dan keluarganya.[11] Pada tahap perencanaan hal-hal yang harus ada didalamnya antaralain: perumusan tujuan yang berfokus pada klien, dapat diukur, jelas, singkat, dan diobservasi, realistis, ada waktu yang ditargetkan, serta melibatkan klien.[3]

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Agus Siswanto di Instalasi Gawat Darurat RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakkarta tahun 2015 yang menunjukkan pada aspekperencanaan didapatkan 78dokumen terisidalamkatagoribaik(95,1%).

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti maka menyimpulkan bahwa perawat menganggap dokumentasi merupakan hal sepele dan kurang penting, sehingga perawattidak melakukan pendokumentasian perencanaansecara lengkap padapasien.

Tindakan Keperawatan

Tabel 5 distribusi frekuensi pendokumentasian asuhan keperawatan dari aspek tindakan di Ruang Rawat Inap RSUD Buton Utara menunjukkan bahwa dari 36 rekam medik ditemukan ada 26 rekam medik (72,2%) dalam kategori baik, dan 10 rekam medik (27,8%) dalam kategori kurang. 26 rekam medik (72,2%) dalam kategori baik, karena berdasarkan hasil uji statistik ditemukan 34 rekam medik tindakan observasi keperawatan yang dilakukan didokumentasikan, 26 rekam medik tindakan terapi keperawatan yang dilakukan didokumentasikan, 4 rekam medik tindakan pendidikan kesehatan yang dilakukan didokumentasikan, 21 rekam medik tindakan kolaborasi yang dilakukan didokumentasikan, 22 rekam medik respon klien terhadap tindakan keperawatan didokumentasikan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Agus Siswanto di Instalasi Gawat Darurat RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakkarta tahun 2015 yang menunjukkan pada aspekimplementasi didapatkan 66dokumen(80,5%) terisidengankategoribaik.

Hasil penelitian yang dilakukan pada 36 rekam medik berdasarkan pendokumentasian asuhan keperawatan dari aspek tindakan menunjukkan bahwa 10 rekam medik (27,7%) dalam kategori kurang, karena berdasarkan hasil uji statistik ditemukan 2 rekam medik tindakan observasi keperawatan yang dilakukan tidak didokumentasikan, 10 rekam medik tindakan terapi keperawatan yang dilakukan tidak didokumentasikan, 32 rekam medik tindakan pendidikan kesehatan yang dilakukan tidak didokumentasikan, 15 rekam medik tindakan kolaborasi yang dilakukan tidak didokumentasikan, 14 rekam medik respon klien terhadap tindakan keperawatan tidak didokumentasikan.

Kriteria pengimplementasian tindakan meliputi; melibatkan klien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, bekerjasama dengan tim kesehatan lain, melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi kesehatan klien,

memberikan edukasi pada klien dan keluarga tentang konsep keterampilan asuhan diri serta membantu klien memodifikasi lingkungan yang digunakan, mengkaji ulang dan mengevaluasi pelaksanaan tidakan keperawatan berdasarkan respon klien.[10]

Berdasarkan hasil penelitian ini, peneliti berasumsi bahwa tingginya persentase pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek diagnosa disebabkan karena (1) tingkat pengetahuan perawat yang cukup baik tentang pendokumentasian implementasi keperawatan serta (2) tingginya kesadaran perawat dalam memahami pentingnya dokumentasi implementasi keperawatan.

Evaluasi

Tabel 5 distribusi frekuensi pendokumentasian asuhan keperawatan dari aspek evaluasi di Ruang Rawat Inap RSUD Buton Utara menunjukkan bahwa dari 36 rekam medik ditemukan ada 5 rekam medik (13,9%) dalam kategori baik dan 31 rekam medik (86,1%) dalam kategori kurang. 5 rekam medik (13,9%) dalam kategori baik, karena berdasarkan hasil uji statistik ditemukan 28 rekam medik diagnosa keperawatan dievaluasi setiap hari sesuai dengan SOAP, terlihat dalam 8 rekam medik diagnosa keperawatan yang sudah teratasi.

Evaluasi keperawatan ialah membandingkan efek / hasil dari pengimplementasian tindakan keperawatan dengan norma atau kriteria tujuan yang sudah ditentukan, langkah akhir dari proses keperawatan, menilai tujuan dalam rencana perawatan tercapai atau tidak, menilai efektifitas intervensi keperawatan atau strategi asuhan keperawatan, menentukan efektif/ tidaknya tindakan keperawatan dan perkembangan pasien terhadap masalah kesehatan.[2]

Berbeda dengan hasil penelitian Angganis (2012) yang berjudul *Hubungan Sikap Perawat Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Umum Rs. Dr Sitanala* di *Tangerang* menunjukkan hasil dokumentasi asuhan keperawatan pada tahap evaluasi di 6 ruang rawat inap umum didapatkan hasil sebesar 83.3% memiliki dokumentasi cukup dan sebesar 16.7% memiliki dokumentasi asuhan keperawatan kurang.

Hasil penelitian yang dilakukan pada 36 rekam medik berdasarkan pendokumentasian asuhan keperawatan dari aspek evaluasi menunjukkan bahwa 31 rekam medik (86,1%) dalam kategori kurang, karena berdasarkan hasil uji statistik ditemukan 8 rekam medik diagnosa keperawatan dievaluasi setiap hari tidak sesuai dengan SOAP, 28 rekam medik diagnosa keperawatan yang sudah teratasi tidak terlihat dalam dokumentasi.

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti maka menyimpulkan bahwa perawat menganggap dokumentasi merupakan hal sepele dan kurang penting, sehingga perawattidak melakukan pendokumentasian evaluasisecara lengkap padapasien. Initerbukti darihasilobservasi pelaksanaan dokumentasiyangadadiruangan, tidak terlihat penggunaan metode SOAP (subjektif, objektif, analisis dan perencanaan).

Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Tabel 6 distribusi frekuensi pendokumentasian asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Buton Utara menunjukkan bahwa dari 36 rekam medik ditemukan ada 12 rekam medik (33,3%) dalam kategori baikdan 24 rekam medik (66,7%) dalam kategori kurang. 12 rekam medik (33,3%) dalam kategori baik, karena berdasarkan hasil uji statistik terdapat 9 rekam medik pengkajian dalam kategori baik, 28 rekam medik diagnosa keperawatan dalam kategori baik, 3 rekam medik intervensi (perencanaan) dalam kategori baik, 26 rekam medik implementasi dalam kategori baik, 12 rekam medik evaluasi dalam kategori baik.

Hasil penelitian yang dilakukan pada 36 rekam medik berdasarkan pendokumentasian asuhan keperawatan menunjukkan bahwa 24 rekam medik (66,7%) dalam kategori kurang, karena berdasarkan hasil uji statistik terdapat 27 rekam medik pengkajian dalam kategori kurang, 8 rekam medik diagnosa keperawatan dalam kategori kurang, 33 rekam medik intervensi (perencanaan) dalam kategori kurang, 10 rekam medik implementasi dalam kategori kurang, 24 rekam medik evaluasi dalam kategori kurang.

Sebagai anggota dari tim perawatan kesehatan, informasi tentang klien harus dikomunikasikan secara akurat oleh perawat.

Kualitas perawatan klien dapat dilihat dari kemampuan berkomunikasi satu sama lain dalam pemberian perawatan. Dokumentasi dapat dijadikan sebagai salah satu sarana komunikasi antar petugas kesehatan dalam rangka pemulihan kesehatan klien. Perawat bertanggung jawab serta bertanggung gugat dalam mendokumentasi tindakan keperawatan. Kegiatan pelayanan keperawatan yang telah dilaksanakan oleh seorang perawat tidak dapat dipertanggung jawabkan tanpa adanya dokumentasi yang benar dan jelas, sebagai upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan dan perbaikan status kesehatan klien.[9]

Asuhan keperawatan profesional yaitu kegiatan melaksanakan asuhan keperawatan kepada klien berlandaskan ilmu dan tahap keperawatan, bersifat "*humane",* dengan pendekatan holistik, mencakup bio-psiko-sosial/kultural dan spiritual, serta orientasi kebutuhan objektif klien,dalam bentuk praktik keperawatan ilmiah.[12]

Perawatdan praktikkeperawatan tergambar setiap haribagi yangmembaca catatan pasien.Datakeperawatanyang terdapat dalam catatan merefleksikan standar asuhan keperawatan dan anggota timkesehatanlain membuatkeputusan perawatanberdasarkancatatan keperawatan. Pencatatantelah dipandangsebagairiwayat sekunderuntukperawatanpasien.[13]

Menurut Brian Gugerty, *et all* dalam Challenges and Opportunities in Documentation of the Nursing Care of Patients Reportof the Maryland Nursing Documentation Work Group (2007), perawat menghabiskan 15-25% waktunya untuk mendokumentasikan asuhan keperawatan dalam melakukan rutinitas setiap harinya. Tetapi sebagian besar waktu yang dipakai oleh perawat dilakukan untuk tindakan keperawatan secara langsung kepada pasien karena menganggap bahwa dokumentasi tidak penting atau berlebih-lebihan. Dalam proses perkembangan keperawatan khususnya proses profesionalisasi serta mempertahankan keperawatan sebagai suatu profesi yang luhur dan terpandang di masyarakat, dokumentasi menjadi suatu yang mutlak harus ada karena dengan dokumentasi dapat tercermin mutu suatu asuhan keperawatan yang diberikan Hal ini menyebabkan masalah penting bagi praktisi keperawatan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan kepada pasien.

Perawat kadang tidak menyadari bahwa dokumentasi merupakan hal yang penting dalam setiap tindakan keperawatan. Beberapahal yang kerap menjadi alasan antara lain banyaknya beban kegiatan-kegiatan di luar tanggung jawab perawat dan harus dikerjakan oleh tim keperawatan, sistem pencatatan yang dianjarkan terlalu sulit, banyak menyita waktu, serta beberapa tenaga perawat yang ada diinstitusi pelayanan memiliki pengetahuan dan kemampuan yang kurang dalam sistem pendokumentasian keperawatan sesuai standar yang dikembangkan dan ditetapkan oleh tim pendidikan keperawatan sehingga mereka tidak mau membuatnya. Dalam pelayanan klien diruang rawat inap, tenaga keperawatan yang ada berasal dari berbagai jenjang pendidikan keperawatan dengan rentang waktu lulusan yang sangat berbeda namun mereka mempunyai tugas yang cenderung sama, serta tugas koordinasi dan limpahan wewenang lebih banyak dikerjakan. Banyak ditemukan di Puskesmas ataupun Rumah Sakit kondisi ketidak lengkapan tersebut walaupun format dokumentasi sudah disediakan.[3]

Hasilpenelitian yang telah dilakukan menunjukkan bahwa distribusian Pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan variabel Pendokumentasian Asuhan Keperawatan dari 36 rekam medik Responden jumlah terbanyak adalah Kurang yaitu sebanyak 24 rekam medik responden (66,7%) dan jumlah baik yakni 12 rekam medik responden (33,3%).

Simpulan dan Saran

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan maka dapat disimpulkan bahwa gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan diruang rawat inap RSUD buton utara dari 36 Rekam medik Responden jumlah terbanyak adalah Kurang yaitu sebanyak 24 Rekam Medik Responden (66,7%) dan jumlah baik yakni 12 Rekam medik Responden (33,3%). Peneliti menyarankan :

1. RSUD Buton Utara

Perlu mengadakan pelatihan standar dokumentasi yang telah dipergunakan kepada perawat baik yang lama maupun yang baru,

pendidikan S1 maupun DIII agar formulir dokumentasi yang ada dapat ditingkatkan dan perlunya diberi motivasi , reward dan dukungan dengan mengadakan kesepakatan secara intern dari kepala ruangan baik secara internal maupun eksternal dan kepala bidang keperawatan dalam membuat dokumentasi asuhan keperawatan yang baik dan benar.

2. Perawat

Perawatan kiranya mengevaluasi asuhan keperawatan yang selama ini diterapkan untuk mengatasi masalah mengenai pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan dan tim komite keperawatan perlu meninjau ulang format dokumentasi asuhan keperawatan untuk diruangan dengan morbilitas tinggi yang tidak memerlukan banyak waktu dengan cara uji cobakan cek list atau system komputerisasi.

3. Peneliti selanjutnya

Bagi peneliti selanjutnya, hendaknya hasil penelitian ini dijadikan referensi untuk mengadakan penelitian lanjutan mengenai faktor lain yang berhubungan dengan pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan.

Daftar Rujukan

1. Pribadi, 2009. *Analisis pengaruh factor pengetahuan, motivasi dan persepsi perawat tentang supervisi kepala ruangan terhadap pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di RRI RSUD Kelet Jawa Tengah*. *E–JurnalUndip.*
2. Nursalam, 2011. *Proses dan dokumentasi keperawatan, konsep praktek*. Jakarta : Salemba Medika
3. Handayaningsih, 2009 *Dokumentasi Keperawatan*. Yogyakarta : Mitra Cendikia Press
4. Permenkes RI Nomor 148 tahun 2010 *tentang izin dan penyelenggaraan praktik perawat*
5. Setiadi, 2012. *Konsep & penulisan dokumentasi asuhankeperawatan*.Yogyakarta:Graha Ilmu
6. Sujarweni 2015. *Metodologi penelitian* . Yogyakarta pustaka baru press
7. Utami, 2009.*Hubungan Antara Dengan Sikap Perawat Dalam Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien Di RSUD Sukoharjo*. *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan*
8. Deswani,2009.*Proses Keperawatan Dan Berpikir Kritis.* Salemba Medika. Jakarta
9. Potter & Perry. 2009. *Buku ajar fundamental keperawatan*.jakarta :Erlangga
10. Nursalam, 2007.*Proses Dan Dokumentasi keperawatan Konsep Dan Praktik.* Edisi 2 jakarta: Salemba Medika
11. Cafenito, 2006.*Rencana Asuhan dan Dokumentasi Keperawatan* Ed 10 Dialihbahasakan oleh Asih, Yasmin. Jakarta: EGC
12. Kusnanto,2004 *Pengantar profesi & praktik keperawatan professional*. Jakarta : EGC
13. Marrelli, 2008. *buku saku dokumentasi keperawatan edisi 3*. Jakarta: EGC