

SKRIPSI

**PENERAPAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN TERHADAP MUTU
ASUHAN KEPERAWATAN DI RUANG BAJI PAMAI RSUD LABUANG
BAJI**



OLEH:

ZAKIRAH UMMU AIMAN

C12115012

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

2018



HALAMAN PERSETUJUAN

Halaman Persetujuan Skripsi

PENERAPAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN TERHADAP MUTU ASUHAN KEPERAWATAN DI RSUD LABUANG BAJI

oleh :

ZAKIRAH UMMU AIMAN

C12115012

Disetujui untuk diseminarkan

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II



Rini Rachmawaty, S.Kep, Ns, MN, PhD
NIP. 19800717 200812 2 0003



Ilkafah, S.Kep, Ns, M. Kep
NIP. 19821212 201212 2 0002

Diketahui,

Dekan Fakultas Keperawatan

Universitas Hasanuddin



Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M.Si

NIP. 19680421 200112 2001



Optimization Software:
www.balesio.com

HALAMAN PENGESAHAN

Halaman Pengesahan

PENERAPAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN TERHADAP MUTU

ASUHAN KEPERAWATAN DI RSUD LABUANG BAJI

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir

Pada

Hari/ Tanggal: Selasa/22 Januari 2019

Pukul : 11.00 WITA – Selesai

Tempat : Lantai IV Ruang GA 403

Disusun Oleh :

ZAKIRAH UMMU AIMAN

CI21 15 012

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS

Tim Penguji Akhir

Pembimbing I : Rini Rachmawaty, S.Kep, Ns, MN, PhD

Pembimbing II: Ilkafah, S.Kep, Ns, M.Kep

Penguji I : Nurmaulid, S.Kep., Ns., M.Kep

Penguji II : Abdul Majid, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB

Mengetahui,

**Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin**



Dr. Ariyanti Saleh, S. Kp., M. Si
Nip. 19680421 200112 2 002



PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Zakirah Ummu Aiman

Nomor Mahasiswa : C121 15 012

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri. Bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia bertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa paksaan sama sekali.

Makassar, Januari 2019
Yang membuat pernyataan



(ZAKIRAH UMMU AIMAN)



KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT berkat rahmat, hidayah, dan karunia-Nya kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan proposal skripsi dengan judul “PENERAPAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN TERHADAP MUTU ASUHAN KEPERAWATAN DI RUANG BAJI PAMAI RSUD LABUANG BAJI”. Laporan proposal skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk mengerjakan skripsi pada program Strata-1 di Jurusan Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Hasanuddin. Penulis menyadari dalam penyusunan proposal skripsi ini tidak akan selesai tanpa bantuan dari berbagai pihak. Karena itu pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Ibu Dr. Ariyanti Saleh, S.Kep., M.Kes selaku Dekan Fakultas Keperawatan UNHAS.
2. Ibu Rini Rachmawaty, S.Kep., Ns., MN., Ph.D. selaku Dosen Pembimbing I atas bimbingan, saran, dan motivasi yang diberikan.
3. Ibu Ikafah, S.Kep., Ns., M.Kep. selaku Dosen Pembimbing II atas bimbingan, saran, dan motivasi yang diberikan.
4. Bapak dan Ibu perpustakaan fakultas Keperawatan UNHAS atas kebaikan meminjamkan buku.
5. Orang tua dan saudara-saudara, atas doa, bimbingan, serta kasih sayang yang selalu tercurah selama ini.

keluarga besar FACIAL15 Ners A 2015 atas semua dukungan, semangat, serta kerjasamanya.



7. Teman-teman seperjuangan saya, yaitu Noor Azizah Lukman, Rasdiana, Hasni, dan Noviawati yang telah memberikan semangat dan masukan kepada peneliti.
8. Teman-teman rusunawa, yaitu Ulfa Mahmuddin, Pegi Yuliani, Fatimah Zahrah R.M., dan Rugaiyah yang setia dan sangat membantu dalam penyusunan skripsi ini.
9. Teman-teman FourAI, yaitu Ammar, Amel, dan Ainun yang telah memberikan semangat dalam penyusunan skripsi ini.
10. Teman dekat saya, Kahfi Giffari, yang telah memberikan semangat dan bantuan kepada peneliti dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis menyadari proposal skripsi ini tidak luput dari berbagai kekurangan. Penulis mengharapkan saran dan kritik demi kesempurnaan dan perbaikannya sehingga akhirnya laporan proposal skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi bidang pendidikan dan penerapan dilapangan serta bisa dikembangkan lagi lebih lanjut. Aamiin.

Makassar, Agustus 2018

Peneliti



ABSTRAK

Zakirah Ummu Aiman. C12115012. **PENERAPAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN TERHADAP MUTU ASUHAN KEPERAWATAN DI RUANG BAJI PAMAI RSUD LABUANG BAJI**, dibimbing oleh Rini Rachmawaty dan Ilkafah.

Latar belakang: Dokumentasi keperawatan merupakan bukti fisik yang dimiliki oleh perawat. Asuhan keperawatan merupakan rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk memenuhi kebutuhan pasien. Dalam pengaplikasian dokumentasi keperawatan di ruang Baji Pamai RSUD Labuang Baji, terdapat beberapa hal yang tidak didokumentasikan dengan lengkap. Salah satu upaya dalam meningkatkan pelaksanaan dokumentasi dan asuhan keperawatan yaitu dengan meningkatkan pengetahuan dan pelaksanaannya dengan pelatihan menggunakan media leaflet.

Tujuan penelitian: Untuk mengetahui penerapan dokumentasi keperawatan terhadap mutu asuhan keperawatan di ruang Baji Pamai RSUD Labuang Baji.

Metode: Penelitian ini menggunakan desain penelitian *quasi experimental design* dengan responden sebanyak 10 perawat. Teknik pengambilan sampel yaitu *purposive sampling*, dengan *uji t-test*. Pengetahuan diukur dengan menggunakan kuesioner (*pretest-posttest*) dan pelaksanaan dengan observasi (*pretest-posttest 1-posttest 2*).

Hasil: Pada penelitian diperoleh hasil yaitu terdapat perbedaan yang signifikan tentang pengetahuan perawat sebelum dan setelah diberikan intervensi ($p=0.000$). Terdapat perbedaan yang signifikan tentang dokumentasi keperawatan sebelum dan setelah diberikan intervensi (*post test I*) ($p=0.000$). Tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara *post test I* dengan *post test II* ($p=0.398$). Terdapat perbedaan yang signifikan antara *pre test* dan *post test II* ($p=0.000$). Terdapat perbedaan yang signifikan tentang mutu asuhan keperawatan sebelum dan setelah diberikan intervensi (*post test I*) ($p=0.000$). Tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara *post test I* dengan *post test II* ($p=0.339$). Terdapat perbedaan yang signifikan antara *pre test* dan *post test II* ($p=0.000$).

Kesimpulan dan saran: Penerapan dokumentasi keperawatan terhadap mutu asuhan keperawatan lebih baik setelah diberikan pelatihan. Disarankan untuk melibatkan perawat ahli dalam pelaksanaan observasi dokumentasi dan asuhan keperawatan.

Kata kunci: dokumentasi keperawatan, mutu asuhan keperawatan, pengetahuan.
Sumber literatur: 31 kepustakaan (2004-2017)



ABSTRACT

THE APPLICATION OF NURSING DOCUMENTATION ON THE NURSING CARE QUALITY AT BAJI PAMAI ROOM LABUANG BAJI HOSPITAL

Background: Nursing documentation is a physical evidence owned by nurses. Nursing care is a series of activities carried out by nurses to meet patient needs. In applying nursing documentation in the Baji Pamai room at Labuang Baji Hospital, there are a number of things that are not completely documented. One of the efforts in improving the implementation of documentation and nursing care is by increasing knowledge and implementation through training using leaflet media.

Objective: To recognize the application of nursing documentation on the quality of nursing care at Baji Pamai room Labuang Baji Hospital.

Method: This study employed a quasi experimental design with 10 nurses as respondents. The sampling technique was purposive sampling, with a t-test. The knowledge was measured using a questionnaire (pretest-posttest) and the implementation was identified by observation (pretest-posttest 1-posttest 2 respectively).

Result: The results of the study indicates that there were significant differences in nurses' knowledge before and after the intervention ($p = 0.000$). There were significant differences regarding nursing documentation before and after the intervention (post test I) ($p = 0.000$). There was no significant difference between post test I and post test II ($p = 0.398$). There were significant differences between pre test and post test II ($p = 0.000$). There were remarkable differences between pre test and post test II ($p = 0.000$). There were substantial differences regarding the quality of nursing care before and after the intervention (post test I) ($p = 0.000$). There was no significant difference between post test I and post test II ($p = 0.339$). There were significant differences between pre test and post test II ($p = 0.000$).

Conclusion and Suggestion: The application of nursing documentation on the quality of nursing care may result in better outcome after the nurses are trained. It is recommended to involve expert nurse in observation of documentation and nursing care.

Keyword: nursing documentation, nursing care quality, knowledge



DAFTAR ISI

SKRIPSI	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
PENDAHULUAN	1
A. LATAR BELAKANG	1
B. RUMUSAN MASALAH	4
C. TUJUAN PENELITIAN	5
D. MANFAAT PENELITIAN	5
BAB II	7
TINJAUAN PUSTAKA	7
A. DOKUMENTASI KEPERAWATAN	7
1. Pengertian Dokumentasi Keperawatan	7
2. Tujuan Dokumentasi Keperawatan	8
3. Manfaat Dokumentasi Keperawatan	8
4. Proses Keperawatan.....	9
B. MUTU ASUHAN KEPERAWATAN	16
1. Definisi Mutu	16
2. Definisi Mutu Asuhan Keperawatan.....	16
3. Standar Asuhan Keperawatan	16
.....	23
GKA KONSEP DAN HIPOTESIS	23
ERANGKA KONSEP	23



B. HIPOTESIS	23
BAB IV	24
METODE PENELITIAN.....	24
A. RANCANGAN PENELITIAN	24
B. TEMPAT DAN WAKTU PENELITIAN	24
C. POPULASI DAN SAMPEL	24
D. ALUR PENELITIAN	26
E. VARIABEL PENELITIAN.....	27
F. INSTRUMEN PENELITIAN	29
G. METODE PENGUMPULAN DATA	31
H. TEKNIK PENGOLAHAN DAN ANALISA DATA.....	32
I. ETIKA PENELITIAN	33
BAB V	35
HASIL DAN PEMBAHASAN	35
A. HASIL PENELITIAN	35
B. PEMBAHASAN	41
C. KETERBATASAN PENELITIAN	49
BAB VI	50
KESIMPULAN DAN SARAN	50
A. KESIMPULAN	50
B. SARAN	50
DAFTAR PUSTAKA	52
LAMPIRAN	56



DAFTAR TABEL

Tabel 5.1	Distribusi karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin, usia, lama bekerja, pendidikan terakhir, dan jabatan di ruang Baji Pamai RSUD Labuang Baji	35
Tabel 5.2	Perbedaan tingkat pengetahuan responden tentang dokumentasi dan asuhan keperawatan sebelum dan setelah diberikan pelatihan di ruang Baji Pamai RSUD Labuang Baji	36
Tabel 5.3	Perbedaan kelengkapan dokumentasi keperawatan sebelum dan setelah diberikan pelatihan di ruang Baji Pamai RSUD Labuang Baji	37
Tabel 5.4	Perbedaan kelengkapan dokumentasi keperawatan sebelum dan setelah diberikan pelatihan di ruang Baji Pamai RSUD Labuang Baji	38
Table 5.5	Perbedaan mutu asuhan keperawatan sebelum dan setelah diberikan pelatihan di ruang Baji Pamai RSUD Labuang Baji	39



DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1	Kerangka Konsep	22
Gambar 4.1	Alur Penelitian	25



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Lembar Penjelasan Penelitian	56
Lampiran 2	Lembar Persetujuan Responden	57
Lampiran 3	Instrumen Evaluasi Dokumentasi	58
Lampiran 4	Lembar Observasi Mutu Asuhan Keperawatan	61
Lampiran 5	Kuesioner Pre dan Post tentang Pengetahuan Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan	65
Lampiran 6	Permintaan Izin Penelitian	68
Lampiran 7	Izin Penelitian	69
Lampiran 8	Rekomendasi Persetujuan Etik	70
Lampiran 9	Diagram Consort	71
Lampiran 10	Master Tabel dan Hasil Analisa Data	72



BAB I PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Rumah sakit didefinisikan sebagai sebuah fasilitas kesehatan, sebagai suatu entitas yang terdiri dari fasilitas fisik dan fungsi pelayanan, yang didirikan untuk memberikan pelayanan kesehatan perorangan dengan menggunakan sumber daya yang tersedia (tenaga dan lainnya) secara efektif dan efisien. Dalam Sistem Kesehatan Nasional rumah sakit dijabarkan sebagai institusi (suatu kesatuan fungsi yang di dalam UUD45 disebut fasilitas kesehatan) yang memberikan pelayanan medis sekunder atau rujukan, baik yang sifatnya relatif sederhana yaitu perawatan maupun pelayanan medis yang kompleks (Depkes, 2016).

Pelayanan keperawatan merupakan bagian dari sistem kesehatan di sebuah rumah sakit yang berlangsung selama 24 jam, sehingga baik buruknya sebuah rumah sakit sangat dipengaruhi oleh kualitas pelayanan keperawatan. Sumber daya manusia memiliki kemampuan untuk memberikan pelayanan kesehatan yang berupa pelayanan medik, rehabilitasi medik, maupun pelayanan keperawatan. Layanan keperawatan yang berkualitas adalah layanan keperawatan yang selalu berupaya untuk memenuhi harapan pasien, dengan demikian pasien akan selalu puas terhadap pelayanan yang diberikan oleh seorang perawat melalui asuhan

perawatan yang diberikan (Nursalam, 2012) dalam (Julianto, 2014)



Rumah Sakit Umum Daerah Labuang Baji merupakan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) milik Provinsi Sulawesi Selatan yang memberikan kontribusi penting dalam pelayanan kesehatan di masyarakat. Tuntutan masyarakat dalam suasana keterbukaan, keluhan-keluhan pasien atas pelayanan rumah sakit semakin mudah disampaikan melalui berbagai media komunikasi, sehingga banyak cara untuk mengkritisi pelayanan rumah sakit.

Menghadapi kondisi yang demikian itu perawat rumah sakit perlu memahami dan menyadari bahwa apa yang dilakukan pelayanan terhadap pasien harus dilakukan secara profesional disertai rasa tanggung jawab dan tanggung gugat. Dokumentasi keperawatan dalam bentuk dokumen asuhan keperawatan merupakan salah satu bukti catatan tindakan perawat selama menjalankan tugas pelayanan keperawatan.

Pada penelitian (Diyanto, 2007) yang menyatakan bahwa penatalaksanaan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan dengan kategori kurang (48%), sedang (35%) dan baik (17%). Hasil wawancara dengan perawat menunjukkan bahwa pengarahan dan bimbingan tidak pernah dilakukan oleh kepala ruang. Observasi hanya difokuskan terhadap catatan keperawatan pasien yang akan pulang saja. Evaluasi juga tidak dilakukan oleh kepala ruang. (Julianto, 2014) menyatakan bahwa supervisi yang dilakukan oleh kepala ruang memiliki pengaruh yang signifikan

terhadap kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan. Pada penelitian (Widyaningtyas, 2010) juga menganalisis faktor-faktor yang



mempengaruhi kepatuhan perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan dengan hasil penelitian yang menyatakan bahwa ada hubungan antara unsur tenaga dan motivasi dengan pelaksanaan pendokumentasian proses keperawatan. Penelitian (Nuryani & Hariyati, 2014) dengan hasil yang menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pengetahuan perawat dengan pendokumentasian asuhan keperawatan.

Dokumentasi merupakan catatan otentik dalam penerapan manajemen asuhan keperawatan professional. Ners professional diharapkan dapat menghadapi tuntutan tanggung jawab dan tanggung gugat terhadap segala tindakan yang dilaksanakan. Kesadaran masyarakat terhadap hukum semakin meningkat sehingga dokumentasi yang lengkap dan jelas sangat dibutuhkan (Nursalam, 2017). Dengan pencatatan dan pelaporan yang efektif dan efisien, dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

Terdapat beberapa faktor yang berhubungan dengan mutu asuhan keperawatan. Berdasarkan hasil penelitian (Praja, 2013) yang menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan pengetahuan perawat dengan pelaksanaan standar asuhan keperawatan oleh perawat di ruang rawat inap Puskesmas Punung. Perilaku *caring* juga akan meningkatkan mutu asuhan keperawatan (Muhlisin & Ichsan, 2008). Penelitian (Sudarmi, 2014)

menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara mutu asuhan keperawatan dengan tingkat kepuasan pasien.



Pada saat pengambilan data awal yang dilakukan pada tanggal 19 dan 27 Oktober 2018, didapatkan informasi dari hasil wawancara salah satu petugas kesehatan bahwa pendokumentasian dilakukan sesuai kondisi dan situasi. Kondisi dan situasi yang dimaksud adalah pendokumentasian dilaksanakan setelah melakukan tindakan atau asuhan keperawatan. Terkadang, perawat tidak melakukan pendokumentasian sebelum asuhan keperawatan diberikan. Peneliti juga melihat salah satu dokumentasi perawat yang menuliskan SOAP namun tidak lengkap.

Peningkatan mutu asuhan keperawatan terdiri dari beberapa prasyarat, antara lain pimpinan yang peduli dan mendukung, adanya kesadaran bahwa mutu harus ditingkatkan, tenaga keperawatan disiapkan melalui upaya peningkatan pengetahuan, sikap dan keterampilan, sarana perlengkapan dan lingkungan yang mendukung, serta tersedia dan diterapkannya standar asuhan keperawatan (Komite Keperawatan, 2016)

Oleh karena itu, peneliti telah meneliti penerapan dokumentasi keperawatan terhadap mutu asuhan keperawatan di ruang rawat inap Baji Pamai RSUD Labuang Baji. Peneliti telah mengetahui penerapan dokumentasi keperawatan terhadap mutu asuhan keperawatan di ruang rawat inap Baji Pamai RSUD Labuang Baji.

B. RUMUSAN MASALAH

Dokumentasi merupakan catatan otentik dalam penerapan manajemen asuhan keperawatan. Dokumentasi keperawatan saat ini berada di kategori kurang. Sedangkan pencatatan dan pelaporan yang



efektif serta efisien dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan. Peneliti telah melakukan penelitian tentang keperawatan terhadap mutu asuhan keperawatan di ruang rawat inap Baji Pamai RSUD Labuang Baji.

C. TUJUAN PENELITIAN

1. Tujuan Umum:

Diketahui penerapan dokumentasi keperawatan terhadap mutu asuhan keperawatan di ruang rawat inap Baji Pamai RSUD Labuang Baji

2. Tujuan Khusus:

- a. Diketahui perbedaan pengetahuan tentang dokumentasi dan asuhan keperawatan sebelum dan setelah diberikan pelatihan di ruang rawat inap Baji Pamai RSUD Labuang Baji.
- b. Diketahui perbedaan kelengkapan dokumentasi keperawatan sebelum dan setelah diberikan pelatihan di ruang rawat inap Baji Pamai RSUD Labuang Baji.
- c. Diketahui mutu asuhan keperawatan sebelum dan setelah diberikan pelatihan di ruang rawat inap Baji Pamai RSUD Labuang Baji.
- d. Diketahui penerapan dokumentasi keperawatan terhadap mutu asuhan keperawatan di ruang rawat inap Baji Pamai RSUD Labuang Baji .

MANFAAT PENELITIAN

1. Manfaat Teoritis



Memberikan pengetahuan tambahan tentang penerapan dokumentasi keperawatan dan mutu asuhan keperawatan.

2. Manfaat Aplikatif

a. Bagi peneliti

Sebagai pengalaman dalam melakukan penelitian dan menambah pengetahuan tentang penerapan dokumentasi dan mutu asuhan keperawatan.

b. Bagi lahan penelitian

Mendapatkan gambaran penerapan dokumentasi keperawatan dan mutu asuhan keperawatan di ruang rawat inap Baji Pamai RSUD Labuang Baji, sehingga dapat memberikan masukan pada pihak rumah sakit dalam mengoptimalkan kelengkapan dokumentasi keperawatan dan mutu asuhan keperawatan

c. Pengembangan Ilmu Keperawatan

Memberikan masukan tentang hasil penelitian sebagai acuan khususnya tentang penerapan dokumentasi keperawatan dan mutu asuhan keperawatan.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. DOKUMENTASI KEPERAWATAN

1. Pengertian Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi merupakan catatan otentik dalam penerapan manajemen asuhan keperawatan professional. Ners professional diharapkan dapat menghadapi tuntutan tanggung jawab dan tanggung gugat terhadap segala tindakan yang dilaksanakan. Kesadaran masyarakat terhadap hukum semakin meningkat sehingga dokumentasi yang lengkap dan jelas sangat dibutuhkan (Nursalam, 2017)

Dokumentasi merupakan catatan tertulis mengenai perawatan pasien dan menunjukkan perawatan yang diberikan. Perawat dapat menjalankan praktiknya dengan baik yang ditunjukkan melalui pendokumentasian yang menyeluruh dan efektif (Marreli, 2007)

Dokumentasi adalah salah satu alat yang sering digunakan dalam komunikasi keperawatan. Hal ini digunakan untuk memvalidasi asuhan keperawatan, saran komunikasi antartim kesehatan, dan merupakan dokumen pasien dalam pemberian asuhan keperawatan. Keterampilan dokumentasi yang efektif memungkinkan perawat untuk mengomunikasikan kepada tenaga kesehatan lainnya dan menjelaskan apa yang sudah, sedang, dan akan dikerjakan oleh perawat (Suarli & Bahtiar, 2013)



2. Tujuan Dokumentasi Keperawatan

Tujuan umum dari dokumentasi keperawatan adalah menerapkan sistem dokumentasi keperawatan dengan benar di Ruang Rawat Inap (Nursalam, 2017)

Adapun tujuan khusus dari dokumentasi antara lain (Nursalam, 2017):

- a. Mendokumentasikan asuhan keperawatan (pendekatan proses keperawatan).
 - 1) Mendokumentasikan pengkajian keperawatan.
 - 2) Mendokumentasikan diagnosis keperawatan.
 - 3) Mendokumentasikan perencanaan keperawatan.
 - 4) Mendokumentasikan pelaksanaan keperawatan.
 - 5) Mendokumentasikan evaluasi keperawatan.
- b. Mendokumentasikan pengelolaan logistic dan obat.
- c. Mendokumentasikan HE (*health education*) melalui kegiatan perencanaan pulang.
- d. Mendokumentasikan timbang terima (pergantian sif/jaga).
- e. Mendokumentasikan kegiatan supervise.
- f. Mendokumentasikan kegiatan penyelesaian kasus melalui metode keperawatan.

3. Manfaat Dokumentasi Keperawatan

Manfaat dari dokumentasi keperawatan, yaitu (Nursalam, 2017)

- a. Sebagai alat komunikasi antarners dan dengan tenaga kesehatan lain.



- b. Sebagai dokumentasi legal dan mempunyai nilai hukum.
- c. Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan
- d. Sebagai referensi pembelajaran dalam peningkatan ilmu keperawatan
- e. Mempunyai nilai riset penelitian dan pengembangan keperawatan.

4. Proses Keperawatan

- a. Pengkajian
 - 1) Pengumpulan data, kriteria, yaitu **LLARB: 1. Legal, 2. Lengkap, 3. Akurat, 4. Relevan, dan 5. Baru.**
 - 2) Pengelompokan data, kriterianya dalah sebagai berikut.
 - a) Data biologis: hasil dari 1. Observasi tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik melalui IPPA (inspeksi, perkusi, palpasi, auskultasi), 2. Pemeriksaan diagnostic atau penunjang, yaitu laboratorium dan rontgen.
 - b) Data psikologis, sosial, dan spiritual melalui wawancara.

Format pengkajian data awal menggunakan model ROS (*review of sistem*) yang meliputi data demografi pasien, riwayat keperawatan, observasi dan pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang/diagnostic.

b. Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah respons individu terhadap rangsangan yang timbul dari diri sendiri maupun luar



(lingkungan). Sifat diagnosis keperawatan adalah berorientasi pada kebutuhan dasar manusia, menggambarkan respons individu terhadap proses, kondisi dan situasi sakit, dan berubah bila respons individu juga berubah. Unsur dalam diagnosis keperawatan meliputi problem/respons (P); etiologi (E); dan signs/symptom (S), dengan rumus diagnosis= P+E+S (Nursalam, 2008).

c. Perencanaan (NOC: *Nursing Outcome Classification*)

Komponen perencanaan keperawatan terdiri atas:

1) Prioritas masalah

Kriteria antara lain sebagai berikut:

- a) Masalah yang mengancam keidupan merupakan prioritas utama
- b) Masalah yang mengancam kesehatan seseorang merupakan prioritas kedua
- c) Masalah yang mempengaruhi perilaku merupakan prioritas ketiga

2) Tujuan asuhan keperawatan, memenuhi syarat SMART (*Specific Measurable Achievable Reasonable time*)

Kriteria (NOC-*nursing outcome criteria*) disesuaikan standar pencapaian, antara lain sebagai berikut.

- a) Tujuan dirumuskan secara singkat.
- b) Disusun berdasarkan diagnosis keperawatan



- c) Spesifik pada diagnosis keperawatan
 - d) Dapat diukur
 - e) Dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah
 - f) Ada target waktu pencapaian
- 3) Rencana tindakan didasarkan pada NIC (*Nursing Intervention Classification*) yang telah ditetapkan oleh instansi pelayan setempat. Jenis rencana tindakan keperawatan mengandung tiga komponen, meliputi DET tindakan keperawatan, yaitu sebagai berikut.
- a) Diagnosis observasi.
 - b) Edukasi (HE) : Pengajaran pasien, termasuk respon pasien terhadap pengajaran dan indikasi bahwa pasien telah belajar (Leonardi & Miller, 2015)
 - c) Tindakan independen (tindakan mandiri perawat), dependen (melaksanakan kegiatan atas pesan atau instruksi dari perawat lain), dan interdependen (kolaborasi)

Kriteria meliputi hal sebagai berikut.

- a) Berdasarkan tujuan asuhan keperawatan.
- b) Merupakan alternative tindakan secara cepat.
- c) Melibatkan pasien/keluarga: komunikasi dengan pasien dan keluarga (Leonardi & Miller, 2015)



- d) Mempertimbangkan latar belakang sosial budaya pasien/keluarga dan rencana perawatan yang mencerminkan kerangka sosial dan budaya pasien (Association, 2010)
- e) Mempertimbangkan kebijaksanaan dan peraturan yang berlaku.
- f) Menjamin rasa aman dan nyaman bagi pasien.
- g) Disusun dengan mempertimbangkan lingkungan, sumber daya dan fasilitas yang ada.
- h) Harus berupa kalimat instruksi, ringkas, tegas, dan penulisan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti.
- i) Menggunakan formulir yang baku.

d. Intervensi/Implementasi Keperawatan (NIC: *Nursing Intervention Classification*)

Intervensi keperawatan adalah pelaksanaan rencana tindakan yang ditentukan dengan maksud agar kebutuhan pasien terpenuhi secara optimal yang mencakup aspek peningkatan, pemeliharaan, dan pemulihan kesehatan dengan mengikutsertakan pasien dan keluarga.

Intervensi keperawatan berorientasi pada 15 komponen dasar keperawatan yang dikembangkan dengan prosedur teknis ners. Kriteria meliputi:

- 1) Dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan



- 2) Mengamati keadaan bio-psiko-sosio spiritual pasien
- 3) Menjelaskan setiap tindakan keperawatan kepada pasien/keluarga
- 4) Sesuai dengan waktu yang telah ditentukan
- 5) Menggunakan sumber data yang ada
- 6) Menunjukkan sikap sabar dan ramah dalam berinteraksi dengan pasien/keluarga
- 7) Mencuci tangan sebelum dan sesudah melaksanakan tindakan keperawatan
- 8) Menerapkan prinsip-prinsip aseptik dan antiseptic
- 9) Menerapkan etika keperawatan
- 10) Menerapkan prinsip aman, nyaman, ekonomis, *privacy*, dan mengutamakan keselamatan pasien
- 11) Melaksanakan perbaikan tindakan berdasarkan respon pasien
- 12) Merujuk dengan segera terhadap masalah yang mengancam keselamatan pasien
- 13) Mencatat semua tindakan yang telah dilaksanakan
- 14) Merapikan pasien dan alat setiap selesai melakukan tindakan
- 15) Melaksanakan tindakan keperawatan pada prosedur teknis yang telah ditentukan
- 16) Prosedur keperawatan umum maupun khusus dilakukan sesuai dengan prosedur tetap yang telah disusun (Nursalam, 2017)



e. Evaluasi

Dilakukan secara periodic, sistematis dan berencana untuk menilai perkembangan pasien setelah tindakan keperawatan. Kriteria meliputi:

- 1) Setiap tindakan keperawatan dilakukan evaluasi
- 2) Evaluasi hasil menggunakan indicator perubahan fisiologis dan tingkah laku pasien
- 3) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan untuk diambil tindakan selanjutnya
- 4) Evaluasi melibatkan klien dan tim kesehatan lain
- 5) Evaluasi dilakukan dengan standar (tujuan yang ingin dicapai dan standar praktik keperawatan)

Istilah yang sering digunakan pada pencatatan adalah SOAP atau SOAPIER. SOAP atau SOAPIER adalah singkatan dari:

S : subjektif, yaitu keluhan-keluhan pasien (apa yang dikatakan pasien).

O : objektif, yaitu apa yang dilihat, dicium, diraba, dan diukur oleh perawat.

A : *assessment*, yaitu kesimpulan perawat tentang kondisi pasien.

P : *plan of care*, yaitu rencana tindakan keperawatan untuk mengobati masalah pasien.

I : intervensi, yaitu tindakan yang dilakukan perawat untuk memenuhi kebutuhan pasien.



E : evaluasi, yaitu respons pasien terhadap tindakan keperawatan.

R : revisi, yaitu mengubah rencana tindakan keperawatan yang diperlukan (Suarli & Bahtiar, 2013)

Salah satu bentuk kegiatan keperawatan adalah dokumentasi keperawatan profesional yang akan tercapai dengan baik apabila sistem pendokumentasian dapat dilakukan dengan benar. Kegiatan pendokumentasian meliputi keterampilan berkomunikasi dan keterampilan mendokumentasikan proses keperawatan sesuai dengan standar asuhan keperawatan (Nursalam, 2017)

Konsep solusi terhadap masalah di atas, perlu disusun standar dokumentasi keperawatan agar dapat digunakan sebagai pedoman bagi ners dengan harapan asuhan keperawatan yang dihasilkan mempunyai efektivitas dan efisiensi (Nursalam, 2017)

Agar pelayanan keperawatan berkualitas maka perawat diharapkan bisa menerapkan asuhan keperawatan dengan pendokumentasian yang benar. Namun seringkali perawat belum maksimal dalam melaksanakan dokumentasi. Kelancaran pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan ditentukan oleh kepatuhan perawat dikarenakan asuhan keperawatan merupakan tugas perawat sebagai tenaga profesional yang bekerja di rumah sakit selama 24 jam secara terus menerus yang dibagi dalam 3 (tiga) shift, yaitu pagi, sore dan malam. Dengan porsi waktu yang cukup

ama kontak dengan klien, maka perawat mempunyai andil yang cukup besar dalam melakukan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses



keperawatan. Pencatatan dan pelaporan yang efektif dan efisien dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan. (Suarli & Bahtiar, 2013)

B. MUTU ASUHAN KEPERAWATAN

1. Definisi Mutu

Menurut (Silitonga, 2013) mutu merupakan (ukuran) baik buruk suatu benda; taraf atau derajat (kepandaian, kecerdasan, dan sebagainya. Sedangkan menurut (Herjanto, 2008) mutu merupakan suatu faktor yang menentukan keberhasilan suatu produk menembus pasarnya, disamping faktor utama yang lain seperti harga dan pelayanan.

2. Definisi Mutu Asuhan Keperawatan

Mutu asuhan keperawatan adalah standar praktek keperawatan profesional mengacu pada standar asuhan keperawatan dan standar kinerja profesional perawat. Suatu layanan disebut bermutu apabila memenuhi standar dan pelanggan mempunyai persepsi yang baik terhadap layanan tersebut karena harapannya dapat dipenuhi. Mutu menjadi fokus utama dalam memberikan layanan kesehatan/keperawatan. (Sitorus & Panjaitan, 2011)

3. Standar Asuhan Keperawatan

Untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan, harus sesuai dengan standar praktek yang sudah ditetapkan. Standar praktek yang diacu saat ini adalah standar praktek yang dikeluarkan oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI).



Standar praktek ini meliputi:

- Standar I : Pengkajian Keperawatan
- Standar II : Diagnosa Keperawatan
- Standar III : Perencanaan Keperawatan
- Standar IV : Intervensi Keperawatan
- Standar V : Evaluasi Keperawatan
- Standar VI : Catatan Asuhan Keperawatan

a. Standar I (Pengkajian)

Asuhan keperawatan memerlukan data yang lengkap dan dikumpulkan secara terus menerus, tentang keadaannya untuk menentukan kebutuhan Asuhan Keperawatan. Data kesehatan harus bermanfaat bagi semua anggota tim kesehatan.

Komponen pengkajian keperawatan meliputi :

- 1) Kumpulan Data dengan kriteria menggunakan format yang baku, sistematis, diisi sesuai item yang tersedia, actual (baru) dan absah (valid).
- 2) Pengelompokan dengan kriteria data biologis, data psikologis , data sosial, dan data spiritual
- 3) Perumusan Masalah

Kriteria :

- a) Kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan
- b) Perumusan masalah ditunjang oleh data yang telah



dikumpulkan (Komite Keperawatan, 2016)

b. Standar II (Diagnosa Keperawatan)

Diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan data status kesehatan pasien, dianalisis dan dibandingkan dengan norma fungsi kehidupan pasien.

Kriteria :

- 1) Diagnosa Keperawatan dihubungkan dengan penyebab kesenjangan dan pemenuhan kebutuhan pasien.
- 2) Dibuat sesuai dengan wewenang perawat.
- 3) Komponennya terdiri dari masalah, penyebab, dan gejala/tanda (PES) atau terdiri dari masalah dan penyebab (PE).
- 4) Bersifat aktual apabila masalah kesehatan pasien sudah nyata terjadi.
- 5) Bersifat potensial apabila masalah kesehatan pasien, kemungkinan besar akan terjadi.
- 6) Dapat ditanggulangi oleh perawat. (Komite Keperawatan, 2016)

c. Standar III (Perencanaan Keperawatan)

Perencanaan keperawatan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan.

Komponen perencanaan keperawatan meliputi :

1) Prioritas masalah

Kriteria :

- a) Masalah-masalah yang mengancam kehidupan merupakan



prioritas utama.

- b) Masalah-masalah yang mengancam kesehatan seseorang adalah prioritas kedua.
- c) Masalah-masalah yang mempengaruhi perilaku merupakan prioritas ketiga.

2) Tujuan Asuhan Keperawatan

Kriteria : Spesifik, bisa diukur, bisa dipakai, realistic, ada batas waktu. Tujuan perawatan direpresentasikan dengan menyatakan jangka waktu, peningkatan keadaan masalah dan hasil yang diinginkan yang dinyatakan sebagai peningkatan status dari tanda dan gejala pasien (Patalagsa, 2013)

3) Rencana Tindakan

Kriteria :

- a) Disusun berdasarkan tujuan asuhan keperawatan.
- b) Melibatkan pasien/keluarga.
- c) Mempertimbangkan latar belakang budaya pasien/keluarga.
- d) Menentukan alternatif tindakan yang tepat.
- e) Mempertimbangkan kebijaksanaan dan peraturan yang berlaku, lingkungan, sumber daya dan fasilitas yang ada.
- f) Menjamin rasa aman dan nyaman bagi pasien.
- g) Kalimat instruksi, ringkas, tegas dan bahasanya mudah dimengerti. (Komite Keperawatan, 2016)



d. Standar IV (Implementasi Keperawatan)

Implementasi keperawatan adalah pelaksanaan rencana tindakan yang ditentukan dengan maksud agar kebutuhan pasien terpenuhi secara maksimal yang mencakup aspek peningkatan, pencegahan, pemeliharaan serta pemulihan kesehatan dengan mengikutsertakan pasien dan keluarganya.

Kriteria :

- 1) Dilaksanakan sesuai dengan rencana keperawatan.
- 2) Menyangkut keadaan bio-psikososial spiritual pasien.
- 3) Menjelaskan setiap tindakan keperawatan yang akan dilakukan kepada pasien/keluarga.
- 4) Sesuai dengan waktu yang telah ditentukan.
- 5) Menggunakan sumber daya yang ada.
- 6) Menerapkan prinsip aseptik dan antiseptik.
- 7) Menerapkan prinsip aman, nyaman, ekonomis, privacy dan mengutamakan keselamatan pasien.
- 8) Melaksanakan perbaikan tindakan berdasarkan respons pasien.
- 9) Merujuk dengan segera bila ada masalah yang mengancam keselamatan pasien.
- 10) Mencatat semua tindakan yang telah dilaksanakan.
- 11) Merapikan pasien dan alat setiap selesai melakukan tindakan.
- 12) Melaksanakan tindakan keperawatan berpedoman pada prosedur



teknis yang telah ditentukan (Komite Keperawatan, 2016)

e. Standar V (Evaluasi Keperawatan)

Evaluasi keperawatan dilakukan secara periodik, sistematis dan berencana untuk menilai perkembangan pasien.

Kriteria :

- 1) Setiap tindakan keperawatan, dilakukan evaluasi.
- 2) Evaluasi hasil menggunakan indikator yang ada pada rumusan tujuan.
- 3) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan.
- 4) Evaluasi melibatkan pasien, keluarga dan tim kesehatan.
- 5) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar. (Komite Keperawatan, 2016)

f. Standar VI (Dokumentasi/Catatan Asuhan Keperawatan)

Catatan asuhan keperawatan dilakukan secara individual.

Kriteria :

- 1) Dilakukan selama pasien di rawat inap dan rawat jalan.
- 2) Dapat dilakukan sebagai bahan informasi, komunikasi, dan laporan.
- 3) Dilakukan segera setelah tindakan dilaksanakan.
- 4) Penulisannya harus jelas dan ringkas serta menggunakan istilah yang baku.
- 5) Sesuai dengan pelaksanaan proses keperawatan.



- 6) Setiap pencatatan harus mencantumkan inisial/paraf/nama perawat yang melakukan tindakan dan waktunya.
- 7) Menggunakan formulir yang baku.
- 8) Disimpan sesuai peraturan yang berlaku.

