

Analisis Dokumentasi Keperawatan dengan Instrumen A di Ruang Arafah Rumah Sakit Habibullah Gabus Grobogan Tahun 2016

Muhammad Purnomo¹, Hilal Ariadi²

1. StikesMuhammadiyah Kudus
2. StikesMuhammadiyah Kudus

E-mail: purnomo@stikesmuhkudus.ac.id

Abstrak

Rasio jumlah perawat Arrafah belum mencukupi dibandingkan dengan beban kerja, luas lokasi kerja serta jumlah peralatan yang tersedia, tetapi pelaksanaan dokumentasi proses keperawatan tidak berjalan sesuai konsep dokumentasi keperawatan. Uraian tugas perawat yang dibuat berdasarkan latar belakang pendidikan namun pelaksanaannya masih melebihi tugas seharusnya, jabatan dan masa kerja. Metode Penugasan Praktik Perawatan menggunakan metode tim (sesuai ketentuan yang ditetapkan). Belum tersedianya form asuhan keperawatan terintegrasi secara lengkap yang mampu untuk mencatat pendokumentasian secara baik dan benar atau belum sesuai keputusan direktur nomor: 009/Kep/RM/IX/2013 tentang Panduan Rekam Medik. Panduan/ pedoman dan SPO pelayanan sudah lengkap namun kurang dukungan sarana prasarana sehingga kurang maksimal pelaksanaannya. Staf kurang mempunyai kesempatan mengikuti pendidikan berkelanjutan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan melalui bimbingan, pendidikan tambahan, kursus, seminar dan pendidikan formal di kampus belum sesuai dengan SK Direktur No: 001/ Per/ HBL/I/2013 tentang Peraturan Kepegawaian pasal 12. Nilai Instrumen pengkajian 69%, Diagnosa Keperawatan 72%, Perencanaan 74%, Tindakan Keperawatan 90%, Evaluasi 86% dan Catatan Keperawatan 40% dari seharusnya 100%. Ruang Arrafah masih perlu mengembangkan metode komunikasi yang baik terkait komunikasi SBAR, perlu penyediaan kartu pencatatan asuhan keperawatan, Sosialisasi kebijakan, pedoman/ panduan dan SPO yang terkait dokumentasi keperawatan, Pelatihan Inhouse Training tentang dokumentasi dan administrasi keperawatan.

Kata Kunci: Dokumentasi; Instrumen A; Ruang Arrafah

Analysis of Nursing Documentation with Instrument A in Arafah Room of Habibullah Hospital Gabus Grobogan Year 2016

Abstract

The ratio of nurses in Arrafah ward insufficient compared to the workload, spacious work location and the amount of equipment available, but the implementation of the nursing process documentation does not work as the concept of nursing documentation. The descriptions of Nurse job are made based on educational background but the implementation still exceeds the supposed task, position and tenure. Assignment Method of Nursing Practice using team method (according to the provisions set). Unavailability form a complete integrated nursing care that is able to record in a proper documentation or not in accordance director decision number: 009 / Kep / RM / IX / 2013 on Medical Records Guidelines. The guidelines and SOP services are complete but lack of support infrastructure so that less than the maximum implementation. The staff lacks the opportunity to attend continuing education to improve their knowledge and skills through counseling, additional education, courses, seminars and formal education on campus is not in accordance with Decree Director No: 001 / Per / HBL / I / 2013 of the Employment Regulation on the line 2. Value Instruments assessment 69%, Nursing Diagnosis 72% Planning 74%, Action Nursing 90%, Evaluation 86% and Nursing Notes 40% of the supposed 100%. Arrafah ward still needs to develop better methods of communication related SBAR communication, registration cards necessary provision of nursing care, socialization of policies, guidelines / guides and related SOP dokumentasi nursing, Inhouse Training Training on documentation and nursing administration.

Keywords: Documentation; Instrument A; Arrafah Ward
Pendahuluan

Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 52 menyatakan bahwa setiap rumah sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan semua penyelenggaraan kegiatan rumah sakit dalam bentuk sistem informasi manajemen berupa pencatatan, penyimpanan, pelaporan dan pemusnahan dalam waktu tertentu sesuai peraturan perundang-undangan.

Rumah sakit dalam pengelolaannya mempunyai pilar yang saling terkait satu dengan lain yaitu: administrasi, manajemen berupa perencanaan setiap kegiatan, disiplin dari pelakunya, *leadership* dan kepemimpinan diri. Teori menyatakan "tuliskan apa yang ingin dilakukan, lakukan apa yang telah ditulis dan tuliskan apa yang telah dilakukan". Pelayanan yang diselenggarakan rumah sakit ada dua jenis yaitu pelayanan kesehatan dan administratif. Salah satu bentuk pelayanan kesehatan adalah pelayanan di Ruang Arrafah berupa promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif. Pelayanan administratif salah satunya adalah dokumentasi keperawatan yang berisi catatan keperawatan sebagai bukti pelaksanaan proses keperawatan dan catatan tanggapan/respon klien terhadap tindakan medis dan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

Instrumen A adalah alat ukur untuk mengetahui kelengkapan pengisian dokumen asuhan keperawatan di poliklinik, Instalasi Gawat Darurat dan Ruang Perawatan. Di dalam Instrument A terdapat hal pokok yang dinilai yang harus ada diantaranya adalah: 1) Pengkajian Keperawatan. 2) Diagnosa Keperawatan. 3) Perencanaan Keperawatan. 4) Tindakan Keperawatan. 5) Evaluasi Keperawatan. 6) Catatan Asuhan Keperawatan.

Pengisian instrument secara umum dilakukan oleh perawat dengan kriteria sebagai berikut: a) Perawat terpilih dari ruangan tempat dilakukan evaluasi. b) Perawat yang telah menguasai/memahami proses perawatan. c) Telah mengikuti pelatihan penerapan standar asuhan keperawatan di Rumah Sakit. Dalam hal penilaian Rekam medik pasien yang dinilai harus memenuhi kriteria kriteria tertentu sebagai berikut: (1) Rekam medik pasien yang telah pulang dan telah dirawat minimal 3 (tiga) hari diruangan yang bersangkutan. (2) Data dikumpulkan sebelum berkas rekam medik pasien dikembalikan pada bagian Medical Record Rumah Sakit. (3) Khusus untuk kamar operasi dan UGD penilaian dilakukan setelah pasien dipindahkan ke ruang lain / pulang. (4) Rekam medik pasien yang memenuhi kriteria selama periode evaluasi

berjumlah 20 untuk setiap ruangan.

Pada setiap akhir penilaian dibuat rekapitulasinya ada beberapa hal yang harus diamati diantaranya adalah:

1. Bentuk instrument A terdiri dari:
 - a. Kolom 1 : No urut yang dinilai.
 - b. Kolom 2 : Aspek yang dinilai.
 - c. Kolom 3 : No kode rekam medik yang dinilai.
 - d. Kolom 4 : Keterangan.
2. Cara pengisian instrument A.
 - a. Perawat penilai mengisi kolom 3 dan 4.
 - b. Kolom 3 terdiri dari 10 sub kolom yang diisi dengan kode berkas pasien (1, 2, 3, dst), sesuai dengan urutan waktu pulang, pada periode evaluasi.

Tiap sub kolom hanya digunakan untuk penilaian terhadap satu rekam medik pasien.

Contoh : Sub kolom 01 digunakan untuk mengisi hasil penilaian rekam medik dengan kode berkas 01.

Rekam medik yang telah digunakan untuk penilaian harus diberi tanda dengan kode berkas agar tidak dinilai ulang.

3. Pada tiap sub kolom diisi dengan tanda “ V “ bila aspek yang dinilai ditemukan dan tanda “ O “ bila aspek yang dinilai tidak ditemukan pada rekam medik pasien yang bersangkutan.
4. Kolom keterangan diisi bila penilai menganggap perlu mencantumkan penjelasan atau bila ada keraguan penilaian.
5. Subtotal diisi sesuai dengan hasil penjumlahan jawaban nilai “ V “ yang ditemukan pada masing-masing kolom.
6. Total diisi dengan hasil penjumlahan sub total, 01 + 02 + 03 dan seterusnya.
7. Tiap variable dihitung persentasenya dengan cara: $\text{Jumlah Total V} / 100 \times 100\%$

Instrumen Studi Dokumentasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan Aspek yang dinilai:

1. Pengkajian.
 - a. Mencatat data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian.
 - b. Data dikelompokkan (bio, psiko, sosial, spiritual).
 - c. Data dikaji sejak pasien masuk sampai pulang.

- d. Masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan.
2. Diagnosa.
 - a. Diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan.
 - b. Diagnosa keperawatan mencerminkan PE / PES.
 - c. Merumuskan diagnosa keperawatan aktual/potensial.
3. Perencanaan.
 - a. Berdasarkan diagnosa keperawatan.
 - b. Disusun menurut urutan prioritas.
 - c. Rumusan tujuan mengandung komponen pasien/subyek, perubahan, perilaku, kondisi pasien dan atau kriteria.
 - d. Rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas atau melibatkan pasien/keluarga.
 - e. Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien/keluarga.
 - f. Rencana tindakan menggambarkan kerjasama dengan tim kesehatan lain.
4. Tindakan.
 - a. Tindakan dilaksanakan mengacu pada rencana perawatan.
 - b. Perawat mengobservasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan.
 - c. Revisi tindakan berdasarkan hasil evaluasi.
 - d. Semua tindakan yang telah dilaksanakan dicatat ringkas dan jelas.
5. Evaluasi.
 - a. Evaluasi mengacu pada tujuan.
 - b. Hasil evaluasi dicatat.
6. Catatan Asuhan Keperawatan.
 - a. Menulis pada format yang baku.
 - b. Pencatatan dilakukan sesuai dengan tindakan yang dilaksanakan.
 - c. Pencatatan ditulis dengan jelas, ringkas, istilah yang baku dan benar.
 - d. Setiap melakukan tindakan/kegiatan perawat mencantumkan paraf/nama jelas, dan tanggal jam dilakukannya tindakan.
 - e. Berkas catatan keperawatan disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Dokumentasi Asuhan Keperawatan merupakan bagian dari manajemen rumah sakit

berperan penting dalam meningkatkan mutu pelayanan berupa aspek administratif, hukum, keuangan, riset, edukasi serta dokumentasi. Kegiatan dokumentasi berupa menghimpun, mengolah, menganalisis dan menyimpan yang dijadikan sebagai informasi yang cukup penting dan diperlukan dalam membuat rencana program kerja untuk perkembangan organisasi. Dokumen digunakan sebagai bukti tertulis yang memiliki nilai hukum dan disimpan dalam waktu tertentu sebagai sumber keterangan, penyelidikan ilmiah, alat bantu bukti keabsahan suatu kegiatan.

Keberhasilan jaminan mutu rumah sakit salah satu kuncinya adalah pemanfaatan data, dokumentasi kualitatif dan kuantitatif sebagai petunjuk dalam pengambilan keputusan secara internal oleh profesi kesehatan dalam organisasi rumah sakit. Profesi pemberi pelayanan kesehatan pada ruang ruang perawatan diantaranya perawat yang merupakan bagian dari tenaga keperawatan. Perawat adalah setiap orang yang telah lulus pendidikan perawat ditandai dengan kemampuan yang didukung pengetahuan teoritis keperawatan, terdidik dan terlatih sesuai ketentuan perundang undangan dan berwenang menyelenggarakan pekerjaan keperawatan sesuai bidang keahlian. Salah satu kompetensi keahlian perawat adalah dokumentasi keperawatan dengan kompetensi dasar mengidentifikasi kelengkapan dan melaporkan dokumentasi keperawatan.

Penyelenggaraan proses keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Semua tindakan tersebut harus didokumentasikan sebagai bukti penyelenggaraan proses keperawatan. Data klinis yang lengkap dan berkualitas dapat meningkatkan mutu layanan kesehatan. Keengganan klinisi menulis secara lengkap setiap proses penatalaksanaan medis merupakan kendala yang dihadapi.

Dokumentasi keperawatan terdiri dari 1) keterampilan berkomunikasi untuk pengumpulan data dan menciptakan hubungan baik antara perawat dan klien dalam pemecahan masalah klien. 2) dokumentasi proses keperawatan yang merupakan metode pemecahan masalah secara sistimatis sesuai kaidah keperawatan dan 3) standar dokumentasi dapat memberi informasi pernyataan kualitas dan kuantitas dokumentasi untuk memperkuat pola pendokumentasian keperawatan.

Observasi awal didapatkan bahwa dokumentasi proses keperawatan tidak diisi lengkap, hanya tercantum tanggal, diagnosis dan pelaksanaan tindakan. Berdasarkan wawancara pengisian dokumentasi keperawatan dilaksanakan sesuai kebiasaan, jika ada intruksi dari DPJP dan atau

limpahan tugas limbah dari atasan/ perawat tidak ada dokumentasi tertulis dan tidak tersedia status khusus.

Mengingat pentingnya pelaksanaan dokumentasi keperawatan dalam bentuk sistim informasi manajemen berupa pencatatan, seharusnya permasalahan penyelenggaraan dokumentasi dapat diatasi karena standar dokumentasi keperawatan sudah ada, sehingga perlu upaya manajemen dalam mengatasi penyelenggaraan dokumentasi agar dokumentasi keperawatan sesuai dengan standar dokumentasi keperawatan.

Berdasarkan hal diatas dapat dibuat rumusan masalah bagaimana sistim penyelenggaraan, apa permasalahan penyelenggaraan dan apa upaya manajemen untuk mengatasi permasalahan penyelenggaraan dokumentasi keperawatan pada Ruang Arrafah di rumah sakit? Tujuan penelitian adalah menganalisis sistim manajemen dokumentasi keperawatan pada Ruang Arrafah rumah sakit berdasarkan standar pelayanan keperawatan.

Metode Penelitian

Rancangan penelitian menggunakan metode kualitatif, penelitian dilaksanakan dari Juli sampai November 2016 pada Ruang Arrafah Rumah Sakit Habibullah Grobogan. Informan penelitian ditentukan berdasarkan teknik *purposive sampling* melalui pertimbangan, kesesuaian dan kecukupan berdasarkan tanggung jawab yang terdiri dari Kepala Ruang, Penanggungjawab Tim, Perawat pelaksana Rumah Sakit Habibullah Grobogan.

Pengumpulan data dimulai dari dokumen, observasi dan wawancara, validasi data dengan mengecek kebenaran sumber data yang meliputi: Asal data, metode dan data yang meningkatkan kualitas laporan penelitian. Analisis data berkaitan dengan reduksi data, interpretasi dan komunikasikan temuan melalui laporan tertulis.

Hasil dan Pembahasan

Manajemen merupakan proses yang terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian untuk mencapai tujuan. Dokumentasi merupakan bagian dari administrasi sebagai jaminan pelayanan yang diberikan kepada pasien dan dapat mendukung kualitas pelayanan yang diberikan. Pelaksanaan manajemen dokumentasi keperawatan sebagai kegiatan manajerial perawat yang terdiri dari input, proses dan output. Dalam mengelola dokumen di

Ruang Arrafah sehingga dokumen tertata rapi dan mudah di akses sesuai aturan, data yang didapat diolah untuk memperoleh informasi.

1. Input

a. Sumber daya manusia (SDM)

Jumlah perawat Arrafah belum mencukupi bahkan dibandingkan dengan beban kerja, luas lokasi kerja serta jumlah peralatan yang tersedia, tetapi pelaksanaan dokumentasi proses keperawatan tidak berjalan sesuai konsep dokumentasi keperawatan walaupun perawat telah berada satu ruangan yang dipimpin oleh seorang kepala ruang keperawatan

Pelaksanaan pekerjaan di Ruang Arrafah Rumah Sakit Habibullah Grobogan sudah mempunyai uraian tugas (*Job description*), uraian tugas perawat yang dibuat berdasarkan latar belakang pendidikan, jabatan dan masa kerja dengan harapan diharapkan perawat bekerja sesuai dengan uraian tugas yang ada. Metode penugasan fungsional untuk segera diganti metode tim (sesuai ketentuan yang ditetapkan), memaksimalkan kompetensi perawat untuk bekerja sesuai profesinya. Pelaksanaan pekerjaan yang melebihi kompetensi ada beberapa yang tidak dapat dihindarkan agar diberikan terdapat surat tugas limpah wewenang tertulis karena melaksanakan tugas khususnya limpahan tugas dari medis. Dibuat kebijakan direktur, pedoman/ panduan dan SPO komunikasi efektif, Masalah SDM Ruang Arrafah dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1. SDM penyelenggaraan dokumentasi keperawatan pada Ruang Arrafah rumah sakit

Teori	Masalah	Penyebab	Solusi
Perencanaan SDM yang baik dalam sistim manajemen terdiri dari skill inventory, job analysis dan replacement chart SDM bekerja sesuai standar kompetensi.	Sudah tersedianya uraian tugas, tidak tersedianya diagram jabatan dan SDM yang ada bekerja tidak sesuai kompetensi (melebihi kompetensi) dan pelaksanaan tidak sesuai uraian tugas (sering melaksanakan tugas dokter samapai Housekeeping).	Rasio jumlah pasien dan Perawat tidak seimbang, bekerja tidak terkoordinir secara baik masih bekerja serabutan dan tidak sesuai ketentuan yang ada (metode Tim) serta sering terjadi kesalah fahaman program dan hubungan komunikasi yang kurang baik.	Bekerja harus sesuai kompetensi, dan metode keperawatan yang ditentukan (metode Tim) tersedianya uraian tugas tertulis secara jelas yang tersosialisasi secara baik dan komunikasi secara baik misal metode SBAR.

Sarana dan prasarana

Kelengkapan sarana pelayanan pasien masih belum terpenuhi, sarana administrasi Ruang Arrafah berupa status khusus keperawatan tidak terpenuhi, sementara pihak manajemen tidak bisa memenuhi permintaan administrasi yang diajukan karena mengalokasikan anggaran yang sangat kecil yang berakibat tidak terpenuhi standar kebutuhan.

Pembahasan sarana administrasi ruang arafah dapat dilihat pada Tabel 2 dibawah

Tabel 2. Sarana administrasi Ruang Arrafah dalam penyelenggaraan dokumentasi keperawatan

Teori	Masalah	Penyebab	Solusi
Sarana administrasi ruang arafah adalah buku register pasien, kartu status asuhan keperawatan dan form asesmen pasien terbaru, surat rujukan, kwitansi, stempel dan map. Sarana utama sistim pencatatan adalah ketersediaan format/ formulir pasien yang sesuai kebutuhan yang ditetapkan melalui surat keputusan direktur nomor: 009/Kep/RM/IX/2013 tentang Panduan Rekam Medik.	Tidak tersedianya form asuhan keperawatan terintegrasi yang mampu mencatat pendokumentasian secara baik dan benar.	Belum ada realisasi dari pengajuan form terbaru yang standar menunggu anggaran baru	Penyediaan pencatatan asuhan keperawatan untuk segera direalisasikan agar pendokumentasian lengkap sesuai ketentuan yang telah ditetapkan

Kebijakan, Pedoman dan SOP (Standar Operasional Prosedur)

Kebijakan direktur, panduan pengelolaan dan standar operasional prosedur tentang pelayanan rekam medic sudah ada dan ditetapkan dengan SK Direktur No: 010/Kep/RM/IX/2013, namun dalam pelaksanaannya belum sesuai yang ditetapkan, hal ini dikarenakan sarana administrasi yang kurang mendukung dan juga kurang pemahaman terhadap kebijakan, pedoman dan SPO tersebut. SPO hanya disimpan tanpa disosialisasikan dan pihak manajemen tidak mengevaluasi pelaksanaan SPO yang ada, hal ini dapat dilihat pada tabel 3 dibawah

Tabel 3. SOP dokumentasi keperawatan pada poliklinik gigi

Teori	Masalah	Penyebab	Solusi
Kebijakan adalah ketentuan direktur yang memberikan arah pelayanan secara umum, yang digambarkan sebagai pelaksanaan kegiatan dilakukan, secara operasional semua harus berorientasi kepada SOP yang telah ditetapkan. Sehingga kualitas pelayanan sesuai	Kurang tersosialisasinya produk kebijakan, pedoman dan SPO pelayanan serta tidak adanya dukungan sarana.	Dokumentasi masih dianggap kurang penting dalam pelayanan sehingga alokasi anggaran sangat minim dan kegiatan yang terkait dengan hal ini kurang mendapat dukungan.	Sosialisasi kebijakan, pedoman/ panduan dan SPO yang terkait dokumentasi keperawatan untuk pedoman kerja dan diharapkan mengontrol dan evaluasi berkelanjutan dari

harapan untuk memastikan bahwa tindakan dilaksanakan secara efektif, konsisten, standar dan sistimatis. Pendokumentasian keperawatan adalah kebijakan direktur rumah sakit secara tertulis yang mengatur penyelenggaraan dokumentasi keperawatan.

SOP yang ada.

Penyediaan sarana dan prasarana pendukung.

Pengembangan Staff

Kebijakan dan pengembangan staf di ruang arrafah tidak sama pada setiap individu baik tingkat pendidikan maupun pelatihan yang di ikuti sehingga keragaman tingkat pemahaman terhadap suatu masalah bervariasi. Ada yang sangat komplit dan sesuai dengan kualifikasi ada juga yang sangat minim. Manajemen mendukung untuk pengembangan staf, tetapi tidak meninggalkan tugas pokok, pengembangan staf berdasarkan pengabdian, pemberian ijin untuk pelatihan dan peningkatan pendidikan masih relative sulit, hal ini dapat dilihat pada Tabel 4.

Tabel 4. Pengembangan staf perawat ruang arrafah

Teori	Masalah	Penyebab	Solusi
Setiap staf mempunyai kesempatan yang sama mengikuti pendidikan berkelanjutan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan melalui bimbingan, pendidikan tambahan, kursus, seminar dan pendidikan formal di kampus, sesuai dengan SK Direktur No: 001/ Per/ HBL/I/2013 tentang Peraturan Kepegawaian	Pengembangan staf perawat di ruang arrafah melalui pendidikan formal tetapi tidak meninggalkan tugas pokok dan perawat minim pelatihan yang terkait pelayanan dan tidak pernah ada pelatihan yang terkait administrasi	Kegiatan administrasi adalah di fokuskan untuk pegawai rekam medic, baik exhouse training maupun inhouse training.	Pelatihan inhouse training oleh pegawai rekam medic kepada seluruh perawat dalam hal dokumentasi dan administrasi.

Penilaian Proses Pelaksanaan Asuhan Keperawatan dengan Menggunakan Instrumen A

Proses keperawatan belum berjalan sesuai prosedur keperawatan karena tidak dilakukan pengkajian awal, catatan perkembangan serta data terbaru klien, tidak ada rencana keperawatan dan evaluasi keperawatan. Yang terdokumentasi hanya diagnosis dan intervensi keperawatan karena sudah menjadi kebiasaan dan tidak pernah dipermasalahkan, yang terpenting dapat melayani kebutuhan dan keluhan klien, hal ini dapat dilihat di tabel 5.

Tabel 5. Pengkajian keperawatan pada ruang Arrafah

Teori	Masalah	Penyebab	Solusi
-------	---------	----------	--------

Pengkajian adalah tahap awal proses keperawatan berupa pengumpulan data yang sistimatis dalam asuhan keperawatan sesuai kebutuhan klien, diperoleh dari wawancara (anamnesis), pemeriksaan fisik, pengamatan, dokumen perawatan harus terisi 100%(observasi) hal ini sesuai keputusan direktur rumah sakit habibullah gabus no 103/SK/Kep/XII/13 tentang Standar Asuhan Keperawatan (SAK)	Perawat tidak selalu melakukan pengkajian, jika melakukan pengkajian tidak didokumentasikan dengan lengkap dengan nilai instrumen 69 %	Kurang pemahaman dan assesmen ulang pasien di ruang, tidak pernah di sosialisasikan cara penulisan di dokumen yang tersedia.	Mewajibkan dan memberikan training untuk pelaksanaan penulisan asuhan keperawatan di dalam form yang baru.
---	--	--	--

Diagnosis keperawatan

Tabel 6. Diagnosis keperawatan

Teori	Masalah	Penyebab	Solusi
Diagnosis keperawatan merupakan proses mengidentifikasi masalah kesehatan pasien sebagai suatu pernyataan singkat, tegas dan jelas yang didasarkan pada pengumpulan dan evaluasi data dokumen harus terisi 100%	Diagnosa keperawatan di isi namun masih kurang lengkap nilai instrument 72%	Diagnosis ditegakkan oleh perawat penerima pasien pada saat assesmen ulang di ruangan, karena pengetahuan perawat bervariasi maka hanya yang memahami saja yang menetapkan diagnose keperawatan	Memberi pemahaman diagnose keperawatan sesuai SAK rumah sakit

Tabel 7. Perencanaan keperawatan

Teori	Masalah	Penyebab	Solusi
Perencanaan keperawatan merupakan proses merencanakan tindakan untuk menyelesaikan/mengatasi masalah kesehatan pasien sebagai suatu pernyataan singkat, tegas dan jelas yang didasarkan pada diagnose keperawatan dokumen harus terisi 100%	Perencanaan keperawatan di isi namun masih kurang lengkap nilai instrument 74%	Perencanaan dilakukan oleh perawat penerima pasien pada saat assesmen ulang di ruangan, karena pengetahuan perawat bervariasi maka hanya yang memahami saja yang menetapkan perencanaan keperawatan	Memberi pemahaman perencanaan keperawatan sesuai SAK rumah sakit

Tabel 8. Tindakan keperawatan

Teori	Masalah	Penyebab	Solusi
Tindakan keperawatan dilakukan sesuai diagnose dan rencana yang ditetapkan, merupakan proses lanjutan dari perencanaan yang dibuat, tindakan untuk menyelesaikan/ mengatasi masalah kesehatan pasien, tindakan keperawatan yang telah dikerjakan harus 100% dicatat didalam lembar dokumen keperawatan.	Tindakan keperawatan di isi namun masih kurang lengkap nilai instrument 90%	Tindakan dilakukan oleh perawat jaga tidak tesistem secara baik, hanya berdasarkan situasi dan kondisi/ keluhan pasien pada saat perawat jaga.	Memberi pemahaman tindakan keperawatan sesuai SAK rumah sakit

Tabel 9. Evaluasi keperawatan

Teori	Masalah	Penyebab	Solusi
Evaluasi keperawatan dilakukan sesuai masalah yang ditetapkan dan yang sudah dilakukan tindakan, merupakan proses lanjutan dari tindakan untuk menyelesaikan/ mengatasi masalah kesehatan pasien, evaluasi keperawatan yang telah dikerjakan harus 100% dicatat didalam lembar dokumen keperawatan.	Tindakan keperawatan di isi namun masih kurang lengkap nilai instrument 86%	Evaluasi dilakukan oleh perawat jaga tidak dilakukan secara tuntas dan berurutan, hanya ditanya keluhan pada saat pasien berkunjung ke pasien.	Memberi pemahaman evaluasi keperawatan sesuai SAK rumah sakit

Tabel 9. Catatan keperawatan

Teori	Masalah	Penyebab	Solusi
Catatan keperawatan digunakan untuk mencatat komunikasi penting perihal pasien yang menyangkut masalah yang dialami oleh pasien.	catatn keperawatan di isi namun masih minim penggunaannya nilai instrument 40%	Catatan tidak digunakan secara maksimal karena tidak terbiasa menggunakan kolom yang ada.	Memberi pemahaman penggunaan catatan keperawatan sesuai SAK rumah sakit

Kesimpulan

Ruang Perawatan Arrafah melakukan kegiatan mulai dari pengkajian, diagnosis, rencana intervensi, intervensi keperawatan dan evaluasi proses keperawatan. Untuk menjamin keamanan petugas dan keselamatan klien, maka seharusnya setiap tahapan dari proses yang dilaksanakan didokumentasikan dengan lengkap, sehingga “apa yang direncanakan dilaksanakan, apa yang di tulis dikerjakan dan apa yang dikerjakan ditulis”. Hal ini berhubungan dengan adanya proses manajemen yang saling terkait antara input yang terdiri dari SDM, sarana dan prasarana, kebijakan dan SOP serta pengembangan kapabilitas staf yang menghasilkan output tercapainya standar yang diharapkan untuk peningkatan mutu rumah sakit. Tetapi pelaksanaan proses manajemen keperawatan belum terdokumentasi dengan optimal.

Daftar Pustaka

1. Depkes RI. *Undang-undang kesehatan no 36 tahun 2009*. Jakarta: Sinar Grafika; 2009.
2. Suarli S. *Manajemen keperawatan dengan pendekatan praktis*. Jakarta: EMS; 2009.
3. Sutrisno. *Fungsi dokumentasi asuhan keperawatan dalam melindungi profesi perawat (tesis)*. Semarang: Program Pascasarjana Unika Soegijapranata; 2007.
4. Pohan I. *Jaminan mutu layanan kesehatan*. Jakarta, EGC, 2006.
5. Nursalam. *Proses dokumentasi keperawatan*, Jakarta: Salemba Medika; 2008.
6. Aditama YA. *Manajemen administrasi rumah sakit*. Edisi ke-2. Jakarta: UIP; 2007.
7. Hasibuan M. *Manajemen dasar, pengertian dan Masalah*. Edisi revisi. Jakarta: Bumi Aksara; 2011.