



**PENINGKATAN KELENGKAPAN PENDOKUMENTASIAN
KEPERAWATAN MELALUI PENERAPAN FORMAT
ASESMEN AWAL KEPERAWATAN**

***INCREASE THE COMPLETENESS OF THE NURSING
DOCUMENTATION THROUGH THE IMPLEMENTATION
OF THE NURSING INITIAL ASSESSMENT FORMS***

Mariza Elvira*, Almahdy, Emil Huriani

¹FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS ANDALAS

²FAKULTAS FARMASI UNIVERSITAS ANDALAS

Email : mariza_elvira@yahoo.com Hp. 081374011444

ABSTRAK

Kurangnya waktu perawat untuk mengisi format asuhan keperawatan disebabkan beban kerja perawat yang cukup tinggi dan tenaga perawat yang terbatas serta format asuhan keperawatan yang digunakan masih berbentuk narasi sehingga pendokumentasian pengkajian keperawatankurang lengkap. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengaruh format asesmen awal keperawatan terhadap kelengkapan pendokumentasian pengkajian keperawatan di ruangan interne RSUD Kota Padang Panjang. Desain penelitian menggunakan *Action Research*, jumlah sampel 21 orang dengan teknik pengambilan sampel *total sampling*. Analisa data bivariate yang digunakan adalah *Wilcoxon* dan analisa data multivariate menggunakan *Friedman test*. Hasil penelitian pelaksanaan format asesmen awal keperawatan menunjukkan bahwa kelengkapan format asesmen awal keperawatan memiliki nilai terendah pada pengukuran ke-2 (*mean rank* = 1,76) dan tertinggi pada pengukuran ke-3 (*mean rank* = 2,33). Hasil uji statistik dengan uji *friedman* menunjukkan nilai $p=0,018$ ($p<0,05$). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada peningkatan kelengkapan pendokumentasian keperawatan melalui penerapan format asesmen awal keperawatan. Saran untuk institusi RSUD diperlukan adanya supervisi dan evaluasi serta membuat surat keputusan untuk menetapkan format asesmen awal keperawatan sebagai format baku yang digunakan di ruangan.

Kata kunci : Format; Asesmen Awal; Dokumentasi Keperawatan

ABSTRACT

Nurse had limited time to perform nursing documentation due to dense work load and limited number of nurse as well as the narrative format of documentation. Therefore, nursing assessment documentation was frequently incomplete. The study aim was to determine the effect of initial nursing assessment format on the completeness of nursing assessment documentation in the internal ward of Padang Panjang District Hospital in year 2016. The study design was action research. Bivariate analysis was done by Wilcoxon's test and multivariate analysis was done by Friedman's test. Result showed that the implementation of nursing initial assessment checklist format increase the completeness of the nursing initial assessment documentation ($p = <0.05$). Nursing initial assessment checklist format could be applied to improve the completeness of nursing assessment documentation. It is recommended to hospital management to set the nursing initial assessment checklist format as the standard format used and provide supervision and evaluation of this program.



Keywords : *checklist; initial assessment; documentation*

PENDAHULUAN

Pelayanan perawatan di rumah sakit merupakan bagian integral dari pelayanan rumah sakit secara menyeluruh, yang sekaligus merupakan tolak ukur keberhasilan pencapaian tujuan rumah sakit, bahkan sering menjadi faktor penentu citra rumah sakit dimata masyarakat. Keperawatan sebagai suatu profesi di rumah sakit yang cukup potensial dalam menyelenggarakan upaya mutu, karena selain jumlah perawat yang dominan di rumah sakit juga pelayanannya menggunakan metode pemecahan masalah secara ilmiah melalui pendokumentasian proses keperawatan (RI, 2014).

Dokumentasi proses asuhan keperawatan berguna untuk memperkuat pola pencatatan dan sebagai petunjuk atau pedoman praktik pendokumentasian dalam memberikan tindakan keperawatan.

Tujuan pendokumentasian adalah dokumentasi yang sangat penting bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan bukan hanya syarat untuk akreditasi tetapi juga syarat hukum ditatanan perawatan kesehatan. Masalah yang sering muncul dan dihadapi di Indonesia dalam pelaksanaan asuhan keperawatan adalah banyak perawat yang belum melakukan pelayanan keperawatan sesuai standar asuhan keperawatan. Pelaksanaan asuhan keperawatan juga tidak disertai pendokumentasian yang lengkap. Fakta menunjukkan bahwa dari 10 dokumentasi asuhan keperawatan, dokumentasi pengkajian hanya terisi 25%, dokumentasi diagnosa keperawatan 50%, dokumentasi perencanaan 37,5%, dokumentasi implementasi 35,5% dan dokumentasi evaluasi 25% (Indrajati, 2011).

Trend perubahan yang terjadi dalam sistem pelayanan kesehatan berpengaruh terhadap dokumentasi keperawatan dan

masalah kegiatan pendokumentasian oleh perawat dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari. Beberapa trend yang terjadi dalam pencatatan adalah penurunan duplikasi pencatatan, pencatatan di samping tempat tidur, pencatatan multidisiplin, dokumentasi komputerisasi, mesin fax dan keseragaman dalam dokumentasi. Untuk keseragaman Standar (JC) mengharuskan memakai standar perawatan yang sama untuk pasien dengan kebutuhan yang sama atau identik, seperti wanita yang baru pulih dari anastesi setelah kelahiran cesar harus menerima pemantauan yang sama di ruang pemulihan pasca anastesi. Seperti yang diterima pasien di kamar bersalin (Iyer, Patricia, 2005).

Kualitas pendokumentasian keperawatan dapat dilihat dari kelengkapan dan keakuratan menuliskan proses asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien secara bertahap, yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan evaluasi (Nursalam, 2007). Tahap proses keperawatan memerlukan dokumentasi dari awal yang dimulai dari pengkajian sampai seterusnya. Suatu pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis dan logis akan mengarah dan mendukung identifikasi masalah kesehatan klien. Tahap pengkajian memerlukan kecermatan dan ketelitian untuk mengenal masalah karena keberhasilan proses keperawatan berikutnya sangat bergantung pada tahap pengkajian awal (Suarli, 2002).

Tujuan dari pengkajian awal adalah Memberikan acuan dalam melakukan asesmen awal keperawatan pada pasien di rawat inap agar didapatkan data yang cukup untuk memulai asuhan keperawatan sehingga dapat memenuhi kebutuhan pasien (Faulin, 2015). Menurut Joint Commission (JC), pengumpulan data yang



dilakukan dalam pengkajian atau asesmen awal meliputi data riwayat pasien, pemeriksaan fisik, status gizi, nyeri dan pengkajian skrining lainnya diselesaikan dalam 24 jam setelah diterima sebagai pasien rawat inap. Pengkajian atau asesmen awal ini berfokus pada masalah, risiko cedera seperti jatuh, skrining pasien seperti nyeri dan status gizi, potensial untuk perawatan diri setelah pemulangan dan kebutuhan penyuluhan pasien atau keluarga. Asesmen awal pasien dibutuhkan untuk membuat keputusan terkait status kesehatan pasien, kebutuhan dan permasalahan keperawatan, intervensi guna memecahkan permasalahan kesehatan yang sudah teridentifikasi atau juga mencegah permasalahan yang bisa timbul serta tindak lanjut untuk memastikan hasil yang diharapkan pasien dapat terpenuhi (Iyer, Patricia, 2005).

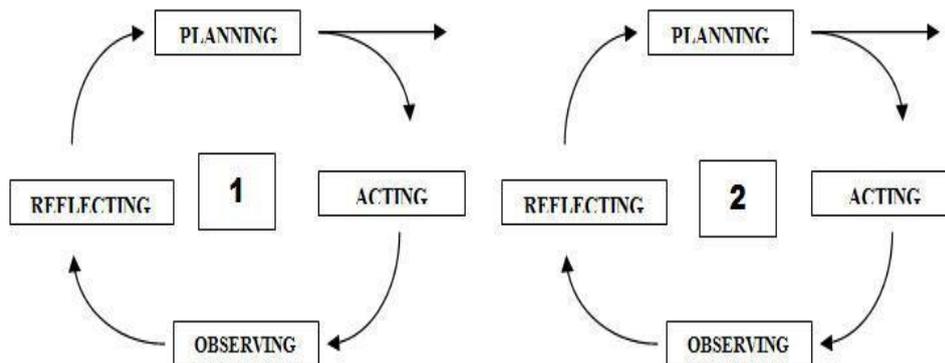
Tujuan penelitian ini untuk melihat peningkatan kelengkapan pendokumentasian keperawatan melalui penerapan format asesmen awal keperawatan.

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini merupakan penelitian *Participatory* dengan menggunakan desain *Action Research* yaitu penelitian yang melibatkan para pelaksana program yang bekerja ke arah perbaikan cara-cara kerja mereka yang dilaksanakan melalui tiga langkah yaitu perencanaan tindakan (*planning*), pelaksanaan tindakan (*acting*) dan evaluasi hasil tindakan (Yusmarni, 2013).

Penelitian Tindakan (*action research*) adalah suatu proses penelitian yang sistematis yang bersifat siklus yang dilakukan oleh komunitas internal organisasi dengan tujuan mengidentifikasi tindakan yang diyakini peneliti dapat meningkatkan kinerja organisasi (Sugiyono, 2013). Hipotesis tindakan diuji dengan menggunakan beberapa siklus dengan langkah-langkah perencanaan (*planning*), pelaksanaan (*action*), pengamatan (*observe*) dan refleksi (*reflect*).

Desain dalam penelitian *action research* tergambar pada skema berikut ini :



Skema 1. Desain Penelitian *Action Research*

Sumber : Sugiyono (2013)

Populasi pada penelitian ini adalah perawat di ruangan interne RSUD Kota Padang Panjang. Berdasarkan data tenaga kerja RSUD Kota Padang Panjang Tahun 2016 ruangan interne memiliki 21 orang perawat yang terdiri dari 4 orang PHL dan

17 orang PNS. Sampel dalam penelitian ini berjumlah 21 orang dengan teknik *Total Sampling* yaitu semua populasi diambil sebagai sampel.

Penelitian ini dilaksanakan selama 3 bulan dimulai pada Tanggal 14 Maret



sampaidengan 18 Juli Tahun 2016di Ruang Interne RSUD Kota Padang Panjang, dengan pertimbangan pemilihan tempat tersebut dikarenakan RSUD Kota Padang Panjang belum menggunakan format pengkajian dalam bentuk *cheklist* dan peneliti juga telah melakukan survey ke RSAM bukit tinggi dan RSUP M. Jamil Padang yang merupakan rumah sakit pendidikan dan telah menggunakan format pengkajian dalam bentuk *cheklist* di ruangan rawat inap.

Alat pengumpulan data menggunakan format asesmen awal keperawatan dan lembar observasi. Responden yang bersedia sebagai sampel mengisi format asesmen awal keperawatan yang diberikan oleh peneliti. Untuk membantu peneliti, dalam penelitian ini data tersebut dikumpulkan setiap perawat selesai mengisi format asesmen tersebut, sedangkan lembar observasi digunakan untuk mencatat hasil dokumentasi pada saat asesmen awal pada pasien. Metode observasi yang efektif dengan cara melengkapi format yang telah disediakan sebagai pedoman observasi. Lembar format asesmen awal keperawatan dikatakan lengkap apabila pengisian format terisi penuh ≤ 24 jam pasien di rawat di ruangan.

Penelitian ini merupakan penelitian *Action Research*. Penelitian ini dilakukan dalam 3 siklus dengan rancangan membuat rencana tindakan, aplikasi tindakan, observasi dan refleksi. Peneliti melakukan uji coba format asesmen awal keperawatan yang dilakukan pada 21 orang perawat di ruangan yang dilakukan dalam 3 kali pengukuran. Pada siklus I dilakukan uji coba dengan pendampingan, siklus II tanpa pendampingan dan siklus III dengan pendampingan yang dijadikan sebagai pengukuran 1, 2 dan 3. Analisa data yang digunakan adalah *Wilcoxon* dan *Friedman test*.

Analisis dilakukan menggunakan analisis univariate, bivariate dan multivariate. Analisis univariate bentuknya tergantung dari jenis data yang ada. Untuk data numerik adalah umur menggunakan nilai *mean*, *median*, standar deviasi, minimal dan maksimal dengan 95% *confidence interval*. Data kategorik terdiri dari jenis kelamin, pendidikan, lama masa kerja dan kelengkapan pendokumentasian pengkajian keperawatan dilakukan analisis dengan menghitung frekuensi dan persentase. Selanjutnya data disajikan dalam bentuk tabel kemudian diinterpretasikan berdasarkan hasil yang diperoleh. Analisis bivariate dalam penelitian ini syarat uji *Wilcoxon* terpenuhi untuk mengidentifikasi perbedaan kelengkapan format asesmen pada pengukuran 1 dan ke 2, perbedaan kelengkapan format asesmen pada pengukuran ke 2 dan ke 3 serta perbedaan kelengkapan format asesmen pada pengukuran 1 dan 3, sedangkan analisis multivariate menggunakan uji *Friedman* yang akan melihat perbedaan dan ranking masing-masing pengukuran kelengkapan format asesmen pada pelaksanaan pengukuran 1, 2 dan 3.

HASIL

Hasil Analisis Univariat

Analisis univariat menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik responden yang meliputi umur, jenis kelamin, lama masa kerja dan pendidikan. Untuk data numerik dengan menghitung *mean*, *median*, *standar deviasi* (SD), nilai maksimum dan minimum, sedangkan data kategorik dengan menghitung frekuensi dan persentase.

Tabel 1. Distribusi Responden Berdasarkan Umur di Ruang Interne

Variabel	N	Mean	SD	Min	Max
Umur	21	31,10	3,1	25	36



Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa rerata umur perawat di ruangan interne adalah 31,10 tahun (SD=3,1)

dengan usia termuda 25 tahun dan usia tertua 36 tahun.

Tabel 2. Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Lama Masa Kerja dan Pendidikan Terakhir di Ruang Interne

Karakteristik	Kategori	f	%
Jenis Kelamin	Laki-laki	1	4,8
	Perempuan	20	95,2
Lama masa kerja	< 1 tahun	5	23,8
	1-5 tahun	6	28,6
	6-10 tahun	10	47,6
Pendidikan Terakhir	SPK	2	9,5
	D3 Keperawatan	15	71,4
	Ners	4	19
	S2 Keperawatan	-	-

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan bahwa jenis kelamin responden mayoritas perempuan (95,2%), hampir separoh responden dengan masa kerja selama 6-10

tahun (47,6%) dan tingkat pendidikan responden sebagian besar adalah D3 Keperawatan (71,4%).

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Kelengkapan Format Asesmen Awal Keperawatan Siklus I di Ruang Interne

Format Asesmen Awal Keperawatan	f	%
Lengkap	4	19
Tidak Lengkap	17	81
Total	21	100

Berdasarkan tabel di atas didapatkan hasil pada pelaksanaan siklus I dengan pendampingan sebagian kecil perawat yang mengisi format asesmen awal

keperawatan dengan lengkap yaitu sebanyak 4 orang (19%).

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Kelengkapan Format Asesmen Awal Keperawatan Siklus II di Ruang Interne

Format Asesmen Awal Keperawatan	f	%
Lengkap	2	9,5
Tidak Lengkap	19	90,5
Total	21	100

Berdasarkan tabel di atas didapatkan hasil pada pelaksanaan siklus II tanpa pendampingan sebagian kecil perawat yang mengisi format asesmen awal

keperawatan dengan lengkap yaitu sebanyak 2 orang (9,5%).



Tabel 5. Distribusi Frekuensi Kelengkapan Format Asesmen Awal Keperawatan Siklus III di Ruang Interne

Format Asesmen Awal Keperawatan	f	%
Lengkap	10	47,6
Tidak Lengkap	11	52,4
Total	21	100

Berdasarkan tabel di atas didapatkan hasil pada pelaksanaan siklus III dengan pendampingan hampir separoh perawat

yang mengisi format asesmen awal keperawatan dengan lengkap yaitu sebanyak 10 orang (47,6%).

Hasil Analisis Bivariat

Tabel 6. Hasil Analisis Uji Normalitas Kelengkapan Pendokumentasian Pengkajian Keperawatan di Ruang Interne

Variabel	Mean	SD	P value
Pengukuran 1	1,19	0,40	0,000
Pengukuran 2	1,10	0,30	0,000
Pengukuran 3	1,48	0,51	0,000

Dari hasil analisis disimpulkan bahwa rerata dari kelengkapan pendokumentasian pengkajian keperawatan pada pengukuran 1 adalah 1,19 dengan standar deviasi 0,40. Pada pengukuran ke 2 diperoleh rerata kelengkapan pendokumentasian pengkajian keperawatan 1,10 dengan standar deviasi 0,30 dan pada pengukuran ke 3 diperoleh rerata kelengkapan pendokumentasian pengkajian keperawatan 1,48 dengan standar deviasi 0,51. Setelah dilakukan uji normalitas dengan parameter *Shapiro-wilk* disimpulkan data distribusi kelengkapan pendokumentasian

pengkajian keperawatan pada pengukuran 1, 2 dan 3 tidak berdistribusi normal ($p=0,000, 0,000, 0,000, \alpha=0,05$) oleh sebab itu digunakan uji statistik *Non Parametrik* dengan parameter *Wilcoxon*. Jika nilai Z hitung $< -1,96$, *Mean Rank* lebih banyak bernilai negatif dan p value $> 0,05$ artinya tidak ada perbedaan yang signifikan antara kedua pengukuran. Sebaliknya Jika nilai Z hitung $> -1,96$, *Mean Rank* lebih banyak bernilai positif dan p value $\leq 0,05$ artinya ada perbedaan yang signifikan antara kedua pengukuran.

Tabel 7. Hasil Analisis Perbedaan Selisih Mean Kelengkapan Format Asesmen Awal Keperawatan pada Pengukuran 1 dan 2 di Ruang Interne

Variabel	Mean	SD	P value
Pengukuran 1	1,19	0,40	0,111
Pengukuran 2	1,10	0,30	
Selisih	0,09		



Berdasarkan hasil analisis tabel dapat disimpulkan bahwa rerata selisih *mean* kelengkapan format asesmen awal keperawatan pada pengukuran 1 sebesar 1,19 dan standar deviasi 0,40 dan setelah dilakukan pengukuran ke 2 sebesar 1,10 dengan standar deviasi 0,30. Berdasarkan hasil dari perhitungan *Wilcoxon Signed*

Rank Test, nilai *Z* yang didapat sebesar -0,816 artinya nilai *Z* hitung < -1,96 dan nilai *rank* lebih banyak bernilai negatif dengan *p* value sebesar 0,414 ($p > 0,05$), sehingga dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan rerata selisih kelengkapan format asesmen awal keperawatan pada pengukuran 1 dan 2.

Tabel 8. Hasil Analisis Perbedaan Selisih Mean Kelengkapan Format Asesmen Awal Keperawatan pada Pengukuran 2 dan 3 di Ruang Interne

Variabel	Mean	SD	P value
Pengukuran 2	1,10	0,30	0,001
Pengukuran 3	1,48	0,51	
Selisih	0,38		

Berdasarkan hasil analisis tabel dapat disimpulkan bahwa rerata selisih *mean* kelengkapan format asesmen awal keperawatan pada pengukuran 2 sebesar 1,10 dan standar deviasi 0,30 dan setelah dilakukan pengukuran ke 3 sebesar 1,48 dengan standar deviasi 0,51. Berdasarkan hasil dari perhitungan *Wilcoxon Signed Rank Test*, maka nilai *Z* yang didapat sebesar -2,309 artinya nilai *Z* hitung > -1,96 dan nilai *rank* lebih banyak bernilai positif dengan *p* value sebesar 0,021 ($p < 0,05$), sehingga dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan rerata selisih kelengkapan format asesmen awal keperawatan pada pengukuran 2 dan 3.

Tabel 9. Hasil Analisis Perbedaan Selisih Mean Kelengkapan Format Asesmen Awal Keperawatan pada Pengukuran 1 dan 3 di Ruang Interne

Variabel	Mean	SD	P value
Pengukuran 1	1,19	0,40	0,034
Pengukuran 3	1,48	0,51	
Selisih	0,29		

Berdasarkan hasil analisis tabel dapat disimpulkan bahwa rerata selisih *mean* kelengkapan format asesmen awal keperawatan pada pengukuran 1 sebesar 1,19 dan standar deviasi 0,40 dan setelah dilakukan pengukuran ke 3 sebesar 1,48 dengan standar deviasi 0,51. Berdasarkan hasil dari perhitungan *Wilcoxon Signed*

Rank Test, maka nilai *Z* yang didapat sebesar -2,121 artinya nilai *Z* hitung > -1,96 dan nilai *rank* lebih banyak bernilai positif dengan *p* value sebesar 0,034 ($p < 0,05$), sehingga dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan rerata selisih kelengkapan format asesmen awal keperawatan pada pengukuran 1 dan 3.

Hasil Analisis Multivariat

Tabel 10. Peningkatan Kelengkapan Pendokumentasian Keperawatan Melalui Penerapan Format Asesmen Awal Keperawatan di Ruang Interne

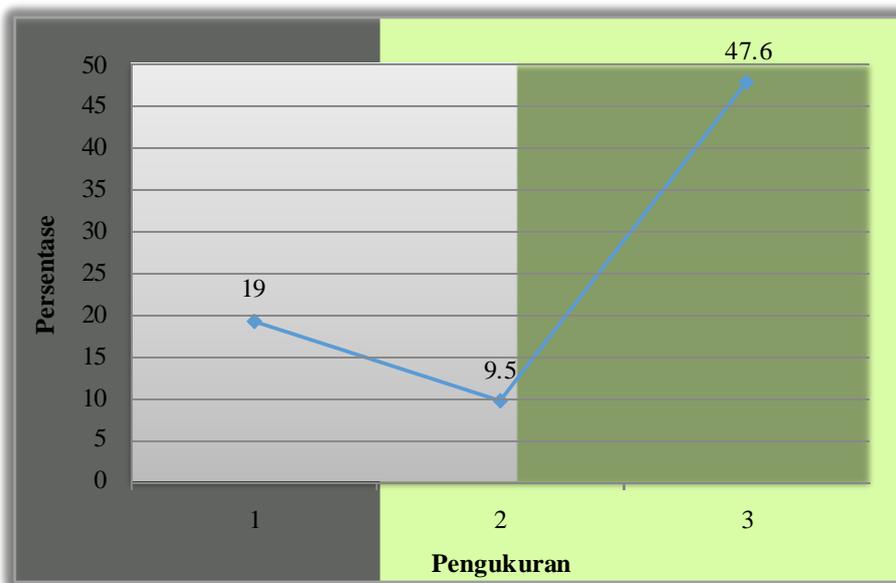


Variabel	Mean Rank	SD	P value	N
Pengukuran 1	1,90	0,40	0,018	21
Pengukuran 2	1,76	0,30		
Pengukuran 3	2,33	0,51		

Berdasarkan tabel didapatkan hasil uji statistik menunjukkan bahwa hasil kelengkapan format asesmen awal keperawatan yang paling tinggi adalah pada pengukuran ke-3 dengan nilai *mean rank* 2,33 (SD=0,51) dan yang paling rendah adalah pada pengukuran ke-2 dengan nilai *mean rank* 1,76 (SD=0,30). Hasil uji statistik dengan uji *Friedman* menunjukkan nilai $p=0,018$ ($p<0,05$) artinya terdapat perbedaan yang bermakna

pada masing-masing pengukuran, sehingga disimpulkan bahwa ada peningkatan kelengkapan pendokumentasian keperawatan melalui penerapan format asesmen awal keperawatan.

Peningkatan kelengkapan pengisian format asesmen awal keperawatan selama tiga siklus dapat dibuktikan pada grafik di bawah ini



Grafik1. Peningkatan Kelengkapan Pengisian Format Asesmen Awal Keperawatan

Pada grafik di atas menunjukkan bahwa pengisian format asesmen yang terlihat pada pengukuran ke-1 dilakukan dengan pendampingan dengan persentase kelengkapan 19%, setelah dilakukan pengukuran ke-2 tanpa pendampingan persentase kelengkapan turun menjadi 9,5% dan setelah dilakukan pengukuran ke-3 dengan pendampingan terjadi

peningkatan persentase kelengkapan pengisian format yaitu sebesar 47,6%.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan kelengkapan format asesmen pada



pengukuran ke-1 adalah 19% perawat yang mengisi format asesmen awal keperawatan dengan lengkap dan 81% tidak lengkap. Hasil refleksi dengan perawat di ruangan perlu dilakukan kembali uji coba format asesmen awal keperawatan pada siklus II yang dijadikan sebagai pengukuran ke 2 karena kelengkapannya masih kurang (19%). Setelah dilakukan lagi siklus II maka didapatkan hasil hanya 9,5% perawat yang mengisi format asesmen awal keperawatan dengan lengkap dan 90,5% tidak lengkap.

Peneliti melihat faktor usia dan jenis kelamin sama sekali tidak mempengaruhi kelengkapan dokumentasi keperawatan di ruangan interne karena jika ditinjau dari segi usia, dimana rerata usia perawat di ruangan interne berada pada rentang usia produktif atau dewasa muda yaitu antara 25 tahun sampai dengan 36 tahun. Biasanya seseorang yang berada pada usia produktif lebih progresif terhadap inovasi baru sehingga cenderung lebih bersemangat, lebih telaten dalam melaksanakan pekerjaannya dan sumber daya manusia yang dimiliki lebih dapat dioptimalkan dan dikembangkan dan jika ditinjau dari segi biologis di usia dewasa muda motivasi untuk meraih sesuatu dan menyelesaikan masalah sangat besar yang didukung oleh kekuatan fisik yang prima dan jika dilihat dari faktor jenis kelamin, seharusnya perempuan tampak lebih punya komitmen dengan pekerjaannya, lebih disiplin dan sikap perempuan terhadap pekerjaan dan tanggung jawab lebih baik. Namun hal ini berbeda dengan fakta yang terjadi di ruangan interne hal ini dibuktikan dengan banyaknya format asesmen awal keperawatan yang tidak diisi dengan lengkap.

Hal ini didukung oleh Depkes RI Tahun 2009 yang menyatakan pembagian umur dapat dibagi berdasarkan tingkat kedewasaan yaitu antara 26-45 tahun yang berada pada tahap dewasa dengan kata lain antara usia dewasa muda dengan dewasa tua yaitu sekitar 30 tahun. Analisa peneliti juga didukung oleh Sudrajat (2008) dalam penelitiannya yang menyatakan bahwa

tidak ada hubungan umur dan jenis kelamin perawat pelaksana dengan pemenuhan hak-hak pasien.

Robbin (2006) menyatakan tidak ada perbedaan yang konsisten antara laki-laki dan perempuan dalam pemecahan masalah, keterampilan analisis, dorongan kompetitif, motivasi, kemampuan sosial dan kemampuan belajar. Menurut peneliti kondisi sudah baiknya pemenuhan hak-hak pasien oleh perawat secara keseluruhan tidak hanya dipengaruhi oleh jenis kelamin walaupun data menunjukkan bahwa perawat di ruangan interne lebih banyak dari pada laki-laki namun sangat dipengaruhi oleh tugas dan tanggung jawabnya sebagai seorang perawat dengan tidak membedakan jenis kelamin.

Berdasarkan hasil analisis tabel dapat disimpulkan bahwa rerata selisih *mean* kelengkapan format asesmen awal keperawatan pada pengukuran 1 sebesar 1,19 dan standar deviasi 0,40 dan setelah dilakukan pengukuran ke 2 sebesar 1,10 dengan standar deviasi 0,30. Berdasarkan hasil dari perhitungan *Wilcoxon Signed Rank Test*, nilai Z yang didapat sebesar -0,816 artinya nilai Z hitung < -1,96 dan nilai *rank* lebih banyak bernilai negatif dengan p value sebesar 0,414 ($p > 0,05$), sehingga dapat disimpulkan tidak ada perbedaan yang signifikan rerata selisih kelengkapan format asesmen awal keperawatan pada pengukuran 1 dan 2.

Dari data yang diperoleh pada pengukuran 1 dan 2 dilakukan refleksi untuk mendiskusikan tindak lanjut dari pelaksanaan pengisian format asesmen awal keperawatan. Kepala ruangan menyarankan untuk menyederhanakan item pemeriksaan fisik dengan langkah inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Peneliti tidak melakukan penyederhanaan format karena peneliti berasumsi bahwa semua perawat mengerti apa tindakan yang akan dilakukan saat pemeriksaan fisik dan didalam format sudah mencakup langkah inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi tetapi peneliti menggabungkan semua metode tersebut ke dalam kotak yang berbentuk *checklist*.



Dari hasil refleksi disimpulkan perlu dilakukan uji coba kembali pada siklus III dengan pendampingan saja yang dijadikan sebagai pengukuran ke-3. Hasil pengamatan pada siklus III didapatkan 47,6% perawat mengisi format asesmen awal keperawatan dengan lengkap dan 52,4% tidak lengkap. Rerata selisih *mean* kelengkapan format asesmen awal keperawatan pada pengukuran 2 sebesar 1,10 dan standar deviasi 0,30 dan setelah dilakukan pengukuran ke 3 sebesar 1,48 dengan standar deviasi 0,51. Berdasarkan hasil dari perhitungan *Wilcoxon Signed Rank Test*, maka nilai *Z* yang didapat sebesar -2,309 artinya nilai *Z* hitung > -1,96 dan nilai *rank* lebih banyak bernilai positif dengan *p* value sebesar 0,021 ($p < 0,05$), sehingga dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan rerata selisih kelengkapan format asesmen awal keperawatan pada pengukuran 2 dan 3.

Selanjutnya rerata selisih *mean* kelengkapan format asesmen awal keperawatan pada pengukuran 1 sebesar 1,19 dan standar deviasi 0,40 dan setelah dilakukan pengukuran ke 3 sebesar 1,48 dengan standar deviasi 0,51. Berdasarkan hasil dari perhitungan *Wilcoxon Signed Rank Test*, maka nilai *Z* yang didapat sebesar -2,121 artinya nilai *Z* hitung > -1,96 dan nilai *rank* lebih banyak bernilai positif dengan *p* value sebesar 0,034 ($p < 0,05$), sehingga dapat disimpulkan ada perbedaan yang signifikan rerata selisih kelengkapan format asesmen awal keperawatan pada pengukuran 1 dan 3.

Berdasarkan hal tersebut peneliti menganalisa bahwa proses pendampingan sangat diperlukan untuk dapat memberikan support dan umpan balik dalam meningkatkan kemampuan seseorang dalam mengatasi masalah yang dihadapi dengan cara menguatkan mental, mengembangkan mekanisme baru yang lebih baik sehingga mampu mencapai tingkat kemandirian yang lebih tinggi dan perlu peran dari bidang keperawatan dalam mengamati proses pelaksanaan yang dilakukan secara berulang untuk hasil yang lebih optimal karena asesmen

awal merupakan prosedur yang dapat mengidentifikasi kebutuhan pasien dan untuk memulai asuhan keperawatan pasien di rawat inap yang dilakukan dalam 24 jam pertama sesuai kondisi pasien.

Hasil uji statistik dengan uji *friedman* menunjukkan nilai *mean rank* pada pengukuran ke-1 adalah 1,90, pengukuran ke-2 *mean rank* 1,76 dan pengukuran ke-3 *mean rank* 2,33 dengan nilai $p = 0,018$ ($p < 0,05$). Hal ini menunjukkan bahwa hasil kelengkapan format asesmen awal keperawatan yang paling tinggi adalah pada pengukuran ke-3 (dengan pendampingan) dan yang paling rendah adalah pada pengukuran ke-2 (tanpa pendampingan). Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa ada peningkatan kelengkapan pendokumentasian keperawatan melalui penerapan format asesmen awal keperawatan.

Hal ini didukung oleh (Nurmalia, 2012) dalam penelitiannya yang menyatakan adanya pengaruh metode pengarah dengan peningkatan budaya keselamatan pasien. Hal ini juga sejalan dengan pendapat Anderson (2011) yang mengemukakan bahwa mentoring merupakan suatu hubungan antara dua orang yang memberikan kesempatan untuk berdiskusi yang menghasilkan refleksi, melakukan kegiatan atau tugas dan pembelajaran untuk keduanya yang berdasarkan pada dukungan, kritik yang membangun, keterbukaan, kepercayaan, penghargaan dan keinginan untuk belajar dan berbagi.

Format asesmen sudah tersedia dalam bentuk *checklist* yang dapat dijadikan sebagai pedoman atau panduan yang terstruktur, dan bentuk format ini diharapkan lebih baik hal ini telah dibuktikan oleh (Hadarani, 2012) dalam penelitiannya tentang evaluasi penerapan format dokumentasi model *checklist* di RSUD Banjar Baru Kalimantan Selatan, hasil penelitian menunjukkan ada perbedaan yang signifikan *outcome* asuhan keperawatan setelah penerapan format *checklist*, dari sebelumnya *outcome* katagori baik hanya sebanyak 17,9%,



menjadi *outcome* kategori baik sebanyak 73.5%.

Peneliti menganalisa bahwa untuk menerapkan format asesmen awal keperawatan ini perlu dilakukan pengujian secara berulang agar tindakan yang dilakukan dapat meningkatkan kinerja dan memberikan perubahan terhadap organisasi atau pekerjaan perawat itu sendiri terutama dalam proses pendokumentasian keperawatan.

Hal tersebut juga sudah dibuktikan oleh (Hsm, 2010) dalam penelitiannya yang menggunakan metode yang sama dengan peneliti yaitu metode *action research*. Dalam penelitiannya Hsm, D meneliti 13 catatan keperawatan pasien yang dipilih secara acak untuk pengambilan sampel. Hsm, D melakukan 4 tahap/siklus penelitian. Siklus pertama evaluasi keperawatan memerlukan perbaikan sehingga Hsm, D mengganti bentuk format asuhan keperawatan. Pada siklus kedua sudah ada kemajuan dalam pengisian lembar *checklist* dan dokumentasi lainnya. Pada siklus ketiga Hsm, D mengadakan workshop dengan membahas perencanaan perawatan pasien, sedangkan evaluasi tindakan perawatan lebih ditingkatkan lagi karena ada perbedaan dalam perawatan yang disampaikan oleh perawat di samping tempat tidur saat inspeksi pasien. Pada akhir siklus keempat Hsm, D memutuskan untuk mengaudit catatan keperawatan pasien hasilnya dari 34 catatan pasien yang tersedia dengan lengkap berjumlah 27 dan 7 kurang lengkap.

Hasil pengamatan dan wawancara yang dilakukan oleh peneliti banyaknya format yang harus dilengkapi oleh perawat yang mengakibatkan banyak format asesmen awal keperawatan yang belum diisi dengan lengkap. Menurut peneliti manajemen rumah sakit perlu menetapkan format asesmen awal keperawatan sebagai format yang dapat digunakan di ruangan interne dan membatalkan format yang lama karena format asesmen awal keperawatan sudah mencakup seluruh item yang ada pada format yang digunakan oleh

ruangan dan sesuai dengan standar *JCI*, jika format ini ditetapkan sebagai format yang baku akan membantu perawat dalam melengkapi pendokumentasian pengkajian di ruangan dan mempermudah pekerjaan perawat karena menggunakan sistem *checklist* sehingga perawat dapat menggunakan waktu yang lebih efektif untuk memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dan mengisi format asesmen awal keperawatan.

Hasil pengamatan peneliti di ruangan interne hampir separoh responden yang bekerja selama 6-10 tahun dan sebagian besar responden yang pendidikan terakhirnya D3 Keperawatan, hal ini seharusnya dapat dibuktikan dengan keterampilan dan perilaku perawat dalam melengkapi format asesmen awal keperawatan. Namun sebaliknya yang ditemukan dilapangan hasilnya sama saja tidak ada bedanya format asesmen awal yang diisi oleh perawat yang baru dan dengan latar belakang pendidikan yang lebih tinggi dengan perawat yang masa kerjanya sudah lama dan tingkat pendidikannya D3 Keperawatan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Sudrajat (2008) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara lama masa kerja dan pendidikan perawat dengan pemenuhan hak-hak pasien.

Dari hasil pengamatan yang dilakukan peneliti di ruangan interne dari 10 status pasien persentase kelengkapan yang paling rendah adalah pengkajian keperawatan yaitu 60% hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fatmawati (2014) tentang kelengkapan pendokumentasian Askep di ruang perawatan RSUD Syekh Yusuf Gowa. Hasilnya kelengkapan pengkajian berada pada kategori kelengkapan 51%-75%, kelengkapan diagnosa, implementasi dan evaluasi berada pada kelengkapan 76%-100%, resume keperawatan berada pada kategori 51%-75%. Jika ditotalkan keseluruhan kelengkapan dokumentasi Askep berada pada kategori 51%-75%. Pengisian pengkajian keperawatan



memerlukan kecermatan dan ketelitian untuk mengenal masalah karena keberhasilan proses keperawatan berikutnya sangat bergantung pada tahap pengkajian awal (Suarli, 2002).

Peneliti menganalisa bahwa kelengkapan pengisian format asesmen sangat dipengaruhi oleh motivasi perawat yang masih kurang dan perilaku perawat itu sendiri yang belum bisa dirubah karena setelah 3 kali pengukuran peningkatan kelengkapan format asesmen awal belum sesuai dengan standar RSUD Kota Padang Panjang (81%). Hal yang serupa dikemukakan oleh Andri (2015) dalam penelitiannya yang menunjukkan bahwa ada tiga faktor yang mempengaruhi dokumentasi keperawatan yaitu sikap, imbalan dan beban kerja. Pendapat Andri berbeda dengan pendapat (Wulandari & Kes, n.d.) dalam penelitiannya menyimpulkan bahwa faktor yang mempengaruhi kepatuhan pendokumentasian asuhan keperawatan adalah tanggung jawab, status lokasi, status figur otoritas, legitimasi figur otoritas dan kedekatan rekan kerja.

Peneliti setuju dengan pendapat Wulandari karena menurut peneliti kurang lengkapnya pendokumentasian di ruangan juga disebabkan karena rendahnya rasa tanggung jawab oleh perawat dalam mengemban tugas sebagai seorang perawat yang harus memberikan pelayanan kepada pasien, karena perawat sebagai tenaga profesional bertanggung jawab untuk mendokumentasikan proses asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien. Setiap petugas rumah sakit yang melayani atau melakukan tindakan kepada pasien diharuskan mencatat semua tindakan kepada pasien pada lembaran catatan sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya.

Menurut peneliti metode penugasan yang efektif perlu dilaksanakan di ruangan, karena pengisian format asesmen dapat dipengaruhi oleh dinamika lokasi penelitian seperti tindakan keperawatan dan juga visite dokter. Karena jika ada pasien yang membutuhkan tindakan

keperawatan yang akan melaksanakan adalah perawat yang bertanggung jawab pada pasiennya karena 1 orang perawat dapat menangani 1 atau 2 orang pasien. Di ruangan interne telah diterapkan metode penugasan modular. Jika metode penugasan ini diterapkan dengan baik maka kerja sama antar perawat dapat ditingkatkan dan pelayanan kepada pasien lebih maksimal. Hal ini sejalan dengan pendapat Siagian (2000) yang menyatakan bahwa metode penugasan modular dapat mendorong kemandirian perawat, memberikan kepuyasan kerja bagi perawat dan klien, terciptanya kerja sama yang baik serta pasien dapat dilayani secara komprehensif.

Manajemen rumah sakit perlu meningkatkan upaya bagaimana cara untuk meningkatkan motivasi perawat dan merubah perilaku secara bertahap dengan mengadakan seminar atau sosialisasi kepada perawat, mengadakan supervisi secara berkelanjutan dan memberikan *punishment* kepada perawat yang tidak mengisi pengkajian keperawatan dengan lengkap.

Menurut peneliti rumah sakit juga perlu mengadakan pelatihan atau workshop tentang dokumentasi keperawatan agar perawat kompeten dan mampu mengisi format tersebut dengan benar tanpa membedakan status pendidikan.

Hal tersebut didukung oleh penelitian yang dilakukan di Semarang oleh Ardika (2012) berjudul hubungan pengetahuan perawat tentang rekam medis dengan kelengkapan pengisian catatan keperawatan di bangsal penyakit dalam RSUP Dr. Kariadi Semarang yang menggunakan desain *crosssectional study* dengan jumlah sampel 15 orang perawat yang terlibat langsung mengisi rekam medis mendapatkan hasil yang bermakna antara variabel pengetahuan tentang aspek hukum rekam medis ($p=0,017$), tata cara pengisian dokumentasi asuhan keperawatan (0,022) dan variabel pengetahuan tentang rekam medis



mendapatkan hasil yang bermakna yaitu ($p=0,004$).

Peneliti juga berpendapat bahwa perlu adanya kebijakan rumah sakit untuk menetapkan format asesmen sebagai format yang digunakan di ruangan agar perawat bisa lebih fokus mengisi hanya satu format asesmen saja sehingga pendokumentasian pengkajian keperawatan dapat dilengkapi sesuai dengan standar.

Menurut Hidayat (2004) dokumentasi proses asuhan keperawatan yang baik dan berkualitas haruslah akurat, lengkap dan sesuai standar. Apabila kegiatan keperawatan tidak didokumentasikan dengan akurat dan lengkap maka sulit untuk membuktikan bahwa tindakan keperawatan telah dilakukan dengan benar.

Menurut peneliti bila kelengkapan penulisan pada tahapan proses asuhan keperawatan masih banyak yang kurang lengkap maka tujuan keperawatan belum bisa dicapai dengan baik dan bila kegiatan keperawatan tidak didokumentasikan dengan akurat dan lengkap maka sulit untuk membuktikan bahwa tindakan keperawatan telah dilakukan dengan benar dan bukan hanya pasien yang dirugikan tetapi perawat yang ada di ruangan juga akan rugi karena tidak memiliki bukti yang kuat sebagai pembelaan apabila ada masalah yang berkaitan dengan hukum. Semua perawat baik dari segi umur, jenis kelamin, lama masa kerja dan pendidikan memiliki tanggung jawab yang sama dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

KESIMPULAN DAN SARAN

Setelah dilakukan penelitian di Ruang Interne RSUD Kota Padang Panjang dengan jumlah responden 21 orang, maka dapat disimpulkan beberapa hal berikut : 1) Karakteristik responden di ruangan interne berdasarkan umur berada pada rentang usia produktif atau dewasa muda, jenis kelamin mayoritas perempuan dengan masa kerja hampir separoh 6

sampai 10 tahun dan sebagian besar tingkat pendidikan D3 Keperawatan, 2) Pengisian format asesmen awal keperawatan pada siklus I dengan pendampingan hanya sebagian kecil yang terisi dengan lengkap, 3) Pengisian format asesmen awal keperawatan pada siklus II dilakukan tanpa pendampingan dan hasil persentase kelengkapan menurun dibandingkan siklus I yang dilakukan dengan pendampingan, 4) Kelengkapan Pengisian format asesmen awal keperawatan pada siklus III yang dilakukan dengan pendampingan terjadi peningkatan dibandingkan pada siklus I dan II, 5) Adanya perbedaan yang signifikan antara pengukuran 1, 2 dan 3 sehingga dapat disimpulkan bahwa adanya peningkatan kelengkapan pendokumentasian keperawatan melalui penerapan format asesmen awal keperawatan.

Berdasarkan kesimpulan di atas, ada beberapa saran yang ingin peneliti sampaikan kepada RSUD Kota Padang Panjang : 1) Untuk melanjutkan penerapan format asesmen awal maka manajemen rumah sakit perlu : Membatalkan format yang lama sehingga perawat dapat mempergunakan waktu dengan efektif, Menetapkan format asesmen awal keperawatan sebagai format yang baku digunakan di ruang rawat inap karena format asesmen awal sudah mencakup semua item pengkajian dengan membuat surat keputusan (SK) yang resmi, Merencanakan dan melaksanakan supervise atau evaluasi berjenjang yang terjadwal oleh bidang keperawatan dan kepala ruangan secara berkesinambungan, 2) Untuk meningkatkan kemampuan dan motivasi perawat tentang dokumentasi asuhan keperawatan maka manajemen rumah sakit perlu : Mengadakan pelatihan, sosialisasi atau seminar tentang dokumentasi asuhan keperawatan sehingga perawat lebih paham dan kompeten dalam pendokumentasian asuhan keperawatan, Menyusun kebijakan dengan memasukkan format asesmen awal ke dalam penghitungan point yang



dijadikan sebagai *reward*, Menyusun kebijakan yang sesuai tentang *punishment* bagi individu di ruangan yang kelengkapan pengisian format asesmennya masih rendah, Mengadakan temu ramah atau seminar dengan mendatangkan pemateri yang kompeten dalam hal meningkatkan motivasi perawat dalam pendokumentasian keperawatan.

Yusmarni, K. & M. T. dalam. Desain penelitian action research (2013).

Wulandari, R. D., Masyarakat, F. K., & Airlangga, U. (2013). No Title, 1, 252–262.

DAFTAR PUSTAKA

- Faulin. (2015). Standar Operasional Prosedur Asesmen Awal Keperawatan Rawat Inap RS Tabrani.
Http://document.tips/documents/spo. asesmen-Awal-Keperawatan-Pasien-Rawat-Inao.
- Hadarani, M. (2012). Evaluasi Penerapan Format Dokumentasi Keperawatan Model Checklist di RSUD Banajr Baru Kalimantan Selatan.
- Hsm, D. (2010). Improving the quakity of nursing documentation on an acute medicine unit.
- Indrajati. (2011). Pendokumentasian tentang perencanaan dan pelaksanaan aspek di ruang barokah RS PKU Muhammadiyah Gombong. *Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 7(3).
- Iyer, Patricia, W. (2005). Dokumentasi keperawatan suatu pendekatan proses keperawatan. *Jakarta:EGC, Edisi 3.*
- Nurmalia. (2012). Program mentoring keperawatan terhadap penerapan budaya keselamatan pasien di ruang rawat inap RS islam Sultan Agung Semarang.
- Nursalam. (2007). *Proses dan dokumentasi keperawatan konsep dan praktik* (Salemba Me). Jakarta.
- RI, K. K. (2014). Jumlah Tenaga Kerja Keperawatan di Indonesia.
Http://eprint.ums.ac.id.
- Suarli. (2002). *Manajemen keperawatan dan pendekatan praktis*. Jakarta: Erlangga.
- Wulandari, R., & Kes, M. (n.d.). Patient safety.