



## Laporan Peningkatan Mutu

# AUDIT DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN

Siti Masamah, Fransiska DR, Syina Nisa R, Kornelia Safenti, Reny Rianjani

Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), DKI Jakarta, Indonesia

Email korespondensi: masamahsiti48@gmail.com

Dikirimkan 2 Juni 2022, Diterima 22 Desember 2022

### Abstrak

**Masalah Mutu:** Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan hal yang penting dalam menjaga mutu profesi keperawatan. Dokumen ini bermanfaat untuk meningkatkan rasa percaya diri, kemampuan mengambil keputusan klinik dengan tepat, dan mengurangi angka kesalahan dalam pelayanan keperawatan. Namun demikian, dokumentasi asuhan keperawatan seringkali tidak lengkap dan tidak sesuai dengan standar yang berlaku.

**Pilihan Solusi:** Untuk meningkatkan kepatuhan terhadap asuhan keperawatan, Sub Komite Mutu Komite Keperawatan bersama Bidang Keperawatan Rumah Sakit Umum Persada Hospital melakukan audit dokumentasi asuhan keperawatan dan memberikan umpan balik terhadap hasil audit.

**Implementasi:** Hasil audit menunjukkan pengkajian awal di Instalasi Gawat Darurat (IGD) telah memiliki kelengkapan yang cukup baik, yaitu antara 83,00% hingga 91,00% dari sampel dokumen, berbeda dengan pengkajian awal IRJ dimana sebagian besar tidak dikerjakan. Sedangkan pengkajian awal Rawat Inap sebagian dilakukan dalam waktu 24 jam, yaitu antara 56,00% hingga 77,00%. Catatan perkembangan pasien terintegrasi juga telah dilakukan dengan cukup baik di 2 lantai (88,00% dan 96,00%) namun terdapat 1 lantai yang hanya mencapai 50,00%. Pemberian edukasi yang lengkap dan sesuai juga tidak cukup baik, yaitu hanya antara 39,00% hingga 62,00%.

**Evaluasi dan Pembelajaran:** Didapatkan adanya ketidakpatuhan staf keperawatan dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan di rekam medis. Hasil audit ini akan ditindaklanjuti dalam kegiatan peningkatan mutu sebagai langkah penting dalam proses audit.

Kata kunci: Keperawatan, Dokumentasi, Rekam Medis, Asuhan Keperawatan

### Masalah Mutu

Kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan, yaitu pengisian pengkajian awal rawat inap oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA), harus dilakukan sesuai dengan standar akreditasi. Kemampuan perawat memberikan asuhan keperawatan yang profesional, efektif serta dapat mengkomunikasikan asuhan pasien tergantung dari kualitas dokumentasi<sup>1</sup>. Namun, dalam prakteknya terdapat masalah kelengkapan dan kesesuaian dokumen rekam medis, termasuk terkait pengkajian awal rawat inap oleh PPA dalam 24 jam pertama sejak pasien dirawat inap. Berbagai perbaikan dapat dilakukan dalam rangka meningkatkan mutu profesi tenaga keperawatan antara lain melalui mekanisme audit keperawatan, diskusi, refleksi, diskusi kasus, studi kasus, seminar symposium serta pelatihan, baik yang dilakukan didalam maupun di luar Rumah Sakit<sup>2</sup>.

Rumah Sakit Umum Persada Hospital (RSUPH) adalah rumah sakit tipe B. Didirikan sejak lima tahun yang lalu, RSUPH belum mempunyai sistem audit keperawatan. RSUPH telah memiliki

Sistem Informasi Manajemen (SIMRS) yang telah digunakan dalam proses bisnis rumah sakit baik dalam melakukan pelayanan medik, keperawatan meliputi rawat jalan, gawat darurat dan rawat inap serta pelayanan penunjang. RSUPH telah terakreditasi paripurna KARS dengan Standar Akreditasi Rumah Sakit Versi tahun 2012<sup>3</sup>.

Perawat sebagai salah satu PPA wajib melakukan asuhan keperawatan yang diawali dari pengkajian awal pada pasien yang akan dirawat inap baik yang masuk melalui Instalasi Gawat Darurat (IGD) maupun yang melalui Instalasi Rawat Jalan (IRJ). Selanjutnya pasien mendapatkan asuhan terintegrasi oleh seluruh PPA yang didokumentasikan di Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT). Hasil penilaian pasien tersebut digunakan sebagai dasar menentukan rencana awal tindakan keperawatan yang dikomunikasikan dan didokumentasikan melalui formulir pemberian informasi<sup>3</sup>.

Semua bukti asuhan yang diberikan oleh PPA tersebut harus didokumentasikan di Rekam Medis. Rekam Medis memiliki kegunaan sebagai alat komunikasi antar PPA, dasar

## Audit Dokumentasi Asuhan Keperawatan

perhitungan biaya, penyedia data untuk pendidikan dan penelitian, dasar untuk memberikan asuhan pada pasien dan sebagai bahan evaluasi mutu pelayanan yang diberikan pada pasien<sup>4</sup>. Dalam ronde mutu asuhan keperawatan di RSUPH, masih ditemukan ketidaklengkapan dokumentasi asuhan keperawatan.

### Pilihan Solusi

Untuk mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan keperawatan Sub Komite Mutu Komite Keperawatan bersama Bidang Keperawatan melakukan audit keperawatan terhadap kepatuhan staf keperawatan dalam mendokumentasikan asuhannya yang telah diberikan pada pasien. Hasil audit keperawatan kemudian dijadikan dasar untuk merekomendasikan kebutuhan pengembangan profesional staf keperawatan berkelanjutan<sup>2</sup>.

Proses audit klinik mutu keperawatan tentang kepatuhan staf keperawatan dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan terkait pengkajian awal rawat inap dilakukan dengan cara menetapkan terlebih dahulu kriteria audit, pengambilan data, analisis data, dan diakhiri dengan penyusunan rekomendasi perbaikan.

### Implementasi

Kriteria Audit: Melalui proses diskusi oleh Subkomite Mutu Profesi dari Komite Keperawatan dan Bidang Keperawatan, disepakati beberapa kriteria audit kepatuhan dokumentasi asuhan keperawatan terkait pengkajian awal rawat inap. Kriteria yang ditetapkan adalah kelengkapan dokumentasi, kesesuaian data, dan ketepatan waktu.

Pengumpulan Data: Pengumpulan data dilakukan oleh Tim Audit dari unsur Komite Keperawatan, Bidang Keperawatan

dan Manajer Pelayanan Pasien. Data dikumpulkan dengan menggunakan instrumen berupa *ceklist* yang diambil tiap hari pada jam kerja pagi terhadap seluruh pasien baru yang sudah dirawat inap 24 jam di ruang Non Paviliun Lantai 2, 3 dan 5. Selanjutnya diadakan pengumpulan, tabulasi dan analisis data.

Pengumpulan data audit klinik dapat dilakukan melalui dua cara, yaitu secara konkuren dan retrospektif. Cara konkuren dilakukan dengan menilai proses pelayanan asuhan keperawatan yang sedang dilakukan melalui pengamatan langsung dan atau dengan peninjauan pada rekam medik. Cara retrospektif dilakukan setelah penyelenggaraan layanan asuhan keperawatan selesai dilaksanakan. Pengambilan data dilakukan di tiga ruang rawat umum pasien non paviliun lantai 2, 3 dan 5, untuk kelengkapan pengkajian awal IGD, rawat jalan dan rawat inap. Waktu pengambilan data mulai tanggal 1 Januari – 31 Januari 2019.

Hasil Pengambilan Data: Pada pengkajian awal di IGD, secara berurutan dokumen rekam medik pasien di lantai 2, 3 dan 5 telah memiliki kelengkapan yang cukup baik, yaitu 83,00% dari 103 dokumen, 89,00% dari 84 sampel dan 91,00% dari 11 sampel dokumen. Berbeda dengan pengkajian awal IRJ dimana baik di lantai 2 maupun lantai 3 sebagian besar tidak dikerjakan, dan tidak ada data untuk lantai 5. Pengkajian awal Rawat Inap sebagian besar dilakukan dalam waktu 24 jam, yaitu 56,00% pada lantai 2, 64% pada lantai 3, dan 77,00% pada lantai 5 (tabel 1).

Catatan perkembangan pasien terintegrasi di lantai 2 dan lantai 3 telah dilakukan dengan cukup baik yaitu minimal 3 kali oleh perawat shift selama 24 jam (88,00% dan 96,00%), sedangkan di lantai 5 hanya mencapai 50,00%, sedangkan sisanya tidak diisi atau tidak lengkap atau tidak diverifikasi, sedangkan data pemberian edukasi yang lengkap dan sesuai tidak cukup baik, hanya 39,00% di lantai 2, 62,00% di lantai 3, dan 38,00% di lantai 5 (tabel 1).

Tabel 1. Kelengkapan Pengkajian Awal

	Lantai 2		Lantai 3		Lantai 5	
	n	%	n	%	n	%
<b>Data Pengkajian Awal IGD</b>						
Tidak dikerjakan	2	2,00	0	0,00	0	0,00
Dikerjakan tapi tidak lengkap	15	15,00	9	11,00	1	9,00
Dikerjakan	86	83,00	75	89,00	10	91,00
<i>Jumlah</i>	<i>103</i>	<i>100,00</i>	<i>84</i>	<i>100,00</i>	<i>11</i>	<i>100,00</i>
<b>Pengkajian Awal IRJ</b>						
Tidak dikerjakan	43	98,00	57	100,00	-	-
Dikerjakan tapi tidak lengkap	1	2,00	0	0,00	-	-
Dikerjakan	0	0,00	0	0,00	-	-
<i>Jumlah</i>	<i>44</i>	<i>100,00</i>	<i>57</i>	<i>100,00</i>	<i>-</i>	<i>-</i>
<b>Pengkajian Awal Rawat Inap</b>						
Tidak dilakukan	2	1,00	6	4,00	0	0,00
Dilakukan tetapi tidak lengkap	66	42,00	37	26,00	0	0,00
Dilakukan tetapi tidak sesuai dengan data yang ada	0	0,00	5	3,00	1	4,00
Dilakukan dalam >24 jam	0	0,00	4	3,00	5	9,00
Dilakukan dalam 24 jam	88	56,00	92	64,00	20	77,00
<i>Jumlah</i>	<i>156</i>	<i>100,00</i>	<i>144</i>	<i>100,00</i>	<i>26</i>	<i>100,00</i>
<b>Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)</b>						
CPPT tidak diisi	0	0,00	0	0,00	1	4,00
CPPT diisi tapi tidak lengkap (< dari 3 kali dalam 24 jam)	15	10,00	1	1,00	1	4,00
CPPT tidak dilakukan verifikasi dalam 24 jam oleh medis	4	3,00	5	3,00	11	42,00
CPPT dilakukan minimal 3 kali oleh perawat shift selama 24 jam	137	88,00	138	96,00	13	50,00
<i>Jumlah</i>	<i>156</i>	<i>100,00</i>	<i>144</i>	<i>100,00</i>	<i>26</i>	<i>100,00</i>
<b>Data Pemberian Edukasi</b>						
Dokumen kebutuhan edukasi kosong	2	1,00	0	0,00	0	0,00
Dokumen kebutuhan edukasi dilakukan tidak lengkap	93	60,00	55	38,00	16	62,00
Dokumen kebutuhan edukasi lengkap dan sesuai	61	39,00	89	62,00	10	38,00
<i>Jumlah</i>	<i>156</i>	<i>100,00</i>	<i>144</i>	<i>100,00</i>	<i>26</i>	<i>100,00</i>

### Evaluasi Pembelajaran

Didapatkan adanya ketidakpatuhan staf keperawatan dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian awal di rawat jalan, pengkajian awal di IGD dan pengkajian awal di rawat inap setelah pasien dirawat 24 jam, dokumentasi CPPT dan edukasi pasien. Ketidakpatuhan tertinggi ada di IRJ.

Penyebab terjadinya ketidakpatuhan pengisian dokumen RM adalah disebabkan karena banyak hal, antara lain karena kehadiran dokter spesialis di IRJ yang bersamaan sehingga perawat mendampingi dokter spesialis dalam memberikan tindakan medis dan keperawatan. Rekam medik pengkajian awal belum diisi, pasien sudah dipindah ke ruang rawat inap.

Sesuai dengan siklus audit klinis, maka temuan dari audit ini dalam bentuk gambaran tingkat kepatuhan pengisian dokumentasi pengkajian awal dan hasil indentifikasi akar masalah perlu ditindaklanjuti dengan penyusunan rencana perbaikan, pelaksanaan perbaikan, dan evaluasi keberhasilan perbaikan. Kegiatan lanjutan ini belum dapat dilaporkan, namun hasil audit ini dapat menjadi dasar dalam melakukan upaya perbaikan berikutnya.

### Kesimpulan

Penyelenggaraan rekam medik merupakan proses kegiatan yang dimulai saat pasien diterima di Rumah Sakit sampai dengan pencatatan data medis, keperawatan, manajer pelayanan pasien (MPP) serta PPA lainnya. RM memiliki aspek yang sangat penting yaitu aspek administrasi, aspek medis,

aspek hukum, aspek keuangan, aspek pendidikan, aspek penelitian dan aspek dokumentasi<sup>5</sup>. Bila dokumentasi RM tidak lengkap maka akan banyak menimbulkan risiko yang terkait kesinambungan komunikasi asuhan antar PPA dalam memberikan asuhan pasien secara terintegrasi dan profesional, adanya risiko tuntutan hukum, kelengkapan dokumen rekam medik juga sebagai syarat dalam melakukan klaim asuransi<sup>4</sup>.

Untuk memenuhi kelengkapan dokumen rekam medik maka perlu dilakukan sosialisasi ulang, diskusi untuk solusi pemecahan masalah dalam meningkatkan mutu kepatuhan dokumentasi asuhan pada semua PPA, selanjutnya dilakukan monitoring dan evaluasi kepatuhannya pada periode berikutnya<sup>2</sup>.

### Referensi

1. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan no 26 tahun 2019 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Keperawatan no 38 tahun 2014. 2019.
2. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia no 49 tahun 2013 Tentang Komite Keperawatan. 2013.
3. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan no 34 tahun 2017 tentang akreditasi Rumah Sakit. 2017.
4. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Peraturan Menteri Kesehatan no 269 tahun 2008 Tentang Rekam Medik. 2008.
5. Ketua Eksekutif Komite Akreditasi Rumah Sakit. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1.1 tahun 2019. 2019.