

TESIS

**KUALITAS DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN DI RUANGAN
RAWAT INAP RSUD MARIA WALANDA MARAMIS
KABUPATEN MINAHASA UTARA**



VINNY VIONITA BAWUNO

R012211033

**FAKULTAS KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2023

TESIS

**KUALITAS DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN DI RUANGAN
RAWAT INAP RSUD MARIA WALANDA MARAMIS
KABUPATEN MINAHASA UTARA**

Disusun dan diajukan oleh

VINNY VIONITA BAWUNO

Nomor Pokok: R012211033

Telah dipertahankan di depan Panitia Ujian Tesis
Pada Tanggal 18 Agustus 2023
dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Menyetujui

Komisi Penasihat,

Dr. Kadek Ayu Erika, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIP. 19971020 200312 2 001

Dr. Yuliana Svam, S.Kep.,Ns.,M.Si
NIP. 19760618 200212 2 002

Ketua Program Studi
Magister Ilmu Keperawatan,

Prof. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp.,M.Kes
NIP. 197404221999032002



Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin,

Prof. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp.,M.Si
NIP. 196804212001122002

TESIS

**KUALITAS DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN DI RUANGAN
RAWAT INAP RSUD MARIA WALANDA MARAMIS
KABUPATEN MINAHASA UTARA**

Disusun dan diajukan oleh:

**VINNY VIONITA BAWUNO
R012211033**

Telah diperiksa dan disetujui oleh:

Pembimbing I



Dr. Kadek Ayu Erika, S.Kep.,Ns.,M.Kes

NIP. 19971020 200312 2 001

Pembimbing II



Dr. Yuliana Syam, S.Kep.,Ns.,M.Si

NIP. 19760618 200212 2 002

Mengetahui,

Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan



PERNYATAAN KEASLIAN TESIS

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Vinny Vionita Bawuno

NIM : R012211033

Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan

Fakultas : Ilmu Keperawatan

Judul : Kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di ruangan rawat inap
RSUD Maria Walanda Maramis Kabupaten Minahasa Utara

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa tesis saya ini asli hasil pemikiran sendiri dan belum pernah diajukan untuk mendapatkan gelar akademik Magister baik di Universitas Hasanuddin maupun di Perguruan Tinggi lain. Dalam tesis ini tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau dipublikasikan orang lain, kecuali secara tertulis dengan jelas dicantumkan sebagai acuan dalam naskah dengan disebutkan nama dan dicantumkan dalam daftar rujukan.

Apabila di kemudian hari ada klaim dari pihak lain maka akan menjadi tanggung jawab saya sendiri, bukan tanggung jawab dosen pembimbing atau pengelola Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin dan saya bersedia menerima sanksi akademik sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Hasanuddin. Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Makassar, Agustus 2023

Yang menyatakan,



Vinny Vionita Bawuno

ABSTRAK

VINNY VIONITA BAWUNO. Kualitas Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Maria Walanda Maramis Kabupaten Minahasa Utara (dibimbing oleh Kadek Ayu Erika, Yuliana Syam)

Latar Belakang: Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan sarana komunikasi non-verbal yang memiliki peranan penting dalam pelayanan keperawatan. Agar dapat dijadikan sebagai sumber informasi dalam memastikan keamanan dan kualitas layanan kesehatan, suatu dokumentasi harus memiliki kualitas yang tinggi. Namun, studi terkait kualitas dokumentasi keperawatan masih terbatas hanya pada penilaian kelengkapan pendokumentasian, tanpa ada pemahaman lebih mendalam terkait masalah yang menyebabkannya. **Tujuan:** mengetahui kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di RSUD Maria Walanda Maramis Kabupaten Minahasa Utara. **Metode:** Penelitian ini merupakan penelitian analisis deskriptif dengan menggunakan dua metode pengumpulan data yakni metode kuantitatif dan metode kualitatif. Pada pengumpulan data kuantitatif menggunakan metode *total sampling* dan diperoleh 163 berkas rekam medis pasien yang digunakan untuk menilai kualitas dokumentasi asuhan keperawatan, serta pada pengumpulan data kualitatif diperoleh dengan *purposive sampling* terhadap 11 orang perawat sebagai partisipan. **Hasil:** Penilaian kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Maria Walanda Maramis Kabupaten Minahasa Utara secara umum belum memenuhi standar kualitas yang baik. Dengan hasil penilaian < 85% pada seluruh aspek, baik berdasarkan proses keperawatan (pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, evaluasi, serta catatan keperawatan secara umum) maupun berdasarkan indikator penilaian kualitas dokumentasi asuhan keperawatan (faktual, akurat, lengkap, terkini, dan terorganisasi). Eksplorasi gambaran pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan memperoleh hasil berupa hambatan yang dialami perawat dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan, serta upaya yang telah dilakukan untuk meningkatkan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan. **Kesimpulan:** Kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di RSUD Maria Walanda Maramis Kabupaten Minahasa Utara masih kurang. Oleh sebab itu, diperlukan peran para manajer keperawatan, serta perlu disediakan sarana dan prasarana yang dibutuhkan dalam menunjang peningkatan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan.

Kata Kunci: dokumentasi asuhan keperawatan, perawat, rumah sakit



ABSTRACT

VINNY VIONITA BAWUNO. The Quality of Nursing Care Documentation in the Inpatient Room of Maria Walanda Maramis Hospital of North Minahasa Regency (supervised by Kadek Ayu Erika and Yuliana Syam)

Documentation of nursing care is a means of non-verbal communication that has an important role in nursing services. To serve as a source of information in ensuring the safety and quality of health services, documentation must be of high quality. However, studies related to the quality of nursing documentation are still limited to assess the completeness of the documentation without any deeper understanding of the problems that cause it. The aim of this study is to determine the quality of nursing care documentation at Maria Walanda Maramis Hospital of North Minahasa Regency. The method used in this research is a descriptive analysis research using two collection methods, namely quantitative method and qualitative method. The collection of quantitative data used total sampling method and 163 patient medical record files were obtained used to assess the quality of nursing care documentation, as well as the qualitative data collection obtained using purposive sampling technique with 11 nurses as participants. The results that in general the assessment of quality of nursing care documentation in the inpatient room of Maria Walanda Maramis General Hospital of North Minahasa Regency does not meet good quality standards with an assessment result of <85% in all aspects, both based on the nursing process (assessment, diagnosis, planning, implementation, evaluation, and nursing records in general) and based on indicators of evaluating the quality of nursing care documentation (factual, accurate, complete, up-to-date, and organized). Exploration of the description of nursing care documentation results in the form of obstacles experienced by nurses in carrying out nursing care documentation, as well as efforts that have been made to improve the quality of nursing care documentation. In conclusion, nursing care documentation at Maria Walanda Maramis Hospital of North Minahasa Regency still indicates a lack of quality. Therefore, the role of nursing managers is needed, and it is necessary to provide the facilities and infrastructure needed to support the improvement of the quality of nursing care documentation.

Keywords: nursing care documentation, nurse, hospital



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa atas segala berkat, penyertaan dan cinta kasih yang telah dianugerahkan-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan tesis dengan judul “Kualitas Dokumentasi Asuhan Keperawatan Perawat Pelaksana di RSUD Maria Walanda Maramis Kabupaten Minahasa Utara”. Penulisan hasil penelitian ini dibuat sebagai tugas akhir tesis penelitian yang disusun berdasarkan hasil kajian dari berbagai sumber referensi.

Tesis ini penulis persembahkan untuk orang-orang tercinta yang senantiasa memberikan dukungan moril dan materil serta doa tulus dan kasih sayang tak terhingga. Spesial untuk suamiku tersayang Richard Mantiri, haturan terima kasihku atas cinta, kasih sayang dan pengorbanan yang selalu diberikan kepada penulis. Kairos, Keynan, Karin dan Kiran anak-anakku tercinta yang memberi aura positif dan sebagai penyemangat bagi penulis, juga untuk kedua orang tuaku tersayang Esau Reinhard Bawuno dan Ida Aer Pelealu yang selalu mengiringiku dengan doa tulus yang tidak terputus untuk keberhasilanku, serta kedua mertua Selvana Makalew dan Daniel Mantiri yang selalu mendukung dan memotivasi penulis untuk menyelesaikan penyusunan tesis ini. Penulis juga menyadari bahwa tanpa bantuan dan dukungan dari berbagai pihak, sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikannya tesis ini. Oleh karena itu dengan segala kerendahan hati, penulis mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada:

1. Prof. Dr.Ir. Jamaluddin Jompa, MSc selaku Rektor Universitas Hasanuddin.
2. Dr. Ariyanti Saleh, S.Kp., M,Si. selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin

3. Prof. Dr. Elly L. Sjattar, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanudin.
4. Ibu Dr. Kadek Ayu Erika, S.Kep., Ns., M.Kes selaku Pembimbing I yang telah meluangkan waktu dengan tulus dan ikhlas membimbing dan mendukung dalam penyelesaian penulisan tesis ini.
5. Ibu Dr. Yuliana Syam, S.Kep., Ns., M.Si selaku pembimbing II yang telah meluangkan waktu dengan tulus dan ikhlas dalam membimbing dan mengarahkan penulis.
6. Para dewan penguji ibu Dr. Erfina, S.Kep., Ns., M.Kep, ibu Dr. Rosyida Arafat, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.KMB dan ibu Andi Masyita Irwan, S.Kep., Ns., MAN., PhD yang telah banyak memberikan masukan serta saran dalam penyusunan tesis ini.
7. Para Dosen PSMIK dan staf terkhususnya ibu Damaris Pakatung yang sangat membantu dalam proses pendidikan penulis.
8. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu-persatu, rekan-rekan seperjuangan di Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin yang telah berperan dalam penyusunan tesis ini.

Akhir kata, Semoga hasil penelitian ini dapat menjadi sumber referensi bagi insan akademik dan memberikan manfaat bagi para pembaca.

Makassar, Agustus 2023

Vinny Vionita Bawuno

DAFTAR ISI

PERNYATAAN KEASLIAN TESIS	III
ABSTRAK	IV
ABSTRACT	V
KATA PENGANTAR.....	VI
DAFTAR ISI.....	VIII
DAFTAR TABEL	X
DAFTAR BAGAN.....	XI
DAFTAR LAMPIRAN	XII
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	6
C. Tujuan Penelitian	7
D. Pernyataan Originalitas.....	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	9
A. Tinjauan Tentang Dokumentasi Keperawatan.....	9
B. Tinjauan Kualitas Dokumentasi Keperawatan	15
C. Tinjauan Tentang Standar Asuhan Keperawatan.....	23
D. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan.....	28
E. Kerangka Teori	32
BAB III KERANGKA KONSEP PENELITIAN DAN DEFINISI OPERASIONAL	33
A. Kerangka Konseptual Penelitian.....	33

B. Definisi Operasional	34
BAB IV METODE PENELITIAN	36
A. Desain Penelitian	36
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	37
C. Populasi dan Sampel.....	37
D. Instrumen, Metode dan Prosedur Pengumpulan Data	40
E. Analisa Data.....	44
F. Alur Penelitian	47
G. Etika Penelitian	48
BAB V HASIL PENELITIAN	50
A. Kuantitatif	50
B. Kualitatif	59
BAB VI PEMBAHASAN.....	72
A. Diskusi	72
B. Implikasi hasil penelitian dalam keperawatan	102
C. Keterbatasan penelitian.....	102
BAB VII PENUTUP.....	103
A. Kesimpulan	103
B. Saran	104
DAFTAR PUSTAKA	106
LAMPIRAN.....	116

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Contoh format dokumentasi analisa data	11
Tabel 2.2 Contoh format dokumentasi diagnosis keperawatan	12
Tabel 2.3 Contoh format dokumentasi perencanaan keperawatan.....	13
Tabel 2.4 Contoh format dokumentasi evaluasi keperawatan	14
Tabel 2.5 Contoh format dokumentasi evaluasi keperawatan	15
Tabel 3.1 Definisi operasional	34
Tabel 4.1 <i>Blueprint</i> observasi kualitas dokumentasi asuhan keperawatan	41
Tabel 5.1 Karakteristik pasien pada berkas rekam medik.....	50
Tabel 5.2 Karakteristik ruang rawat inap berdasarkan BOR, TOI, AvLOS, jumlah tenaga perawat dan kebutuhan tenaga perawat	53
Tabel 5.3 Kualitas dokumentasi asuhan keperawatan pada rekam medik pasien di ruang rawat inap berdasarkan proses keperawatan	54
Tabel 5.4 Kualitas dokumentasi asuhan keperawatan pada rekam medik pasien berdasarkan proses keperawatan pada tiap ruang rawat inap	56
Tabel 5.5 Kualitas dokumentasi asuhan keperawatan pada rekam medik pasien berdasarkan indikator kualitas dokumentasi asuhan keperawatan	58
Tabel 5.6 Karakteristik partisipan	59

DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Kerangka teori.....	32
Bagan 3.1 Kerangka Konsep.....	33
Bagan 4.1 Alur Penelitian	48
Bagan 5.1 Hambatan dalam melaksanakan dokumentasi keperawatan	62
Bagan 5.2 Upaya meningkatkan kualitas dokumentasi keperawatan	70

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I : Surat izin penelitian
- Lampiran II : Persetujuan etik
- Lampiran III : Lembar penjelasan kepada partisipan
- Lampiran IV : Formulir persetujuan menjadi partisipan
- Lampiran V : Instrumen studi dokumentasi penerapan standar asuhan
keperawatan di rumah sakit (instrumen A)
- Lampiran VI : Pedoman wawancara
- Lampiran VII : Master tabel karakteristik sampel berkas rekam medik
- Lampiran VIII : Rekapitulasi hasil penilaian kualitas dokumentasi asuhan
keperawatan seluruh ruangan
- Lampiran IX : Rekapitulasi hasil penilaian kualitas dokumentasi asuhan
keperawatan berdasarkan ruangan
- Lampiran X : Kualitas dokumentasi asuhan keperawatan berdasarkan indikator
kualitas dokumentasi asuhan keperawatan
- Lampiran XI : Data manajerial ruangan bulan Oktober 2022
- Lampiran XII : Distribusi frekuensi karakteristik sampel berkas rekam medik
- Lampiran XIII : Distribusi frekuensi karakteristik partisipan
- Lampiran XIV : Hasil analisis data kualitatif

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dokumentasi merupakan salah satu elemen yang sangat penting dalam pelayanan kesehatan. Dokumentasi menyediakan sarana komunikasi dan berbagi informasi yang relevan antar profesional pemberi layanan (Mutshatshi et al., 2018). Dalam pelayanan keperawatan, dokumentasi adalah bagian integral yang tak terpisahkan dari asuhan keperawatan dengan banyak implikasi bagi perawatan pasien dalam hal keselamatan dan etika (Tajabadi et al., 2020). Menurut Linch (2017), kualitas pelayanan keperawatan tercermin dari pendokumentasiannya. Dokumentasi mampu memfasilitasi transparansi asuhan keperawatan yang dilaksanakan (Nakate et al., 2015). Dokumentasi juga dapat bermanfaat sebagai instrumen untuk mengetahui, memantau bahkan menilai mutu asuhan keperawatan di suatu rumah sakit (Tandi, 2020). Dokumentasi memiliki fungsi sebagai sumber data dalam penelitian, memastikan kesinambungan perawatan, penyediaan catatan yurisprudensi medis, serta merupakan acuan dalam menentukan keputusan klinis yang logis (Søndergaard et al., 2017; Valdez-Delgado et al., 2018). Dokumentasi yang baik berperan dalam memaksimalkan asuhan keperawatan pada pasien.

Agar dapat dijadikan sebagai sumber informasi dalam memastikan keamanan dan kualitas layanan kesehatan, suatu dokumentasi harus memiliki kualitas yang tinggi (Akhu-Zaheya et al., 2018). Untuk dikatakan berkualitas, informasi dalam dokumentasi keperawatan haruslah akurat (Munroe et al.,

2021), komprehensif (Moldskred et al., 2021), serta sesuai standar asuhan keperawatan (Saranto et al., 2014). Jika dokumentasi tidak mampu mencapai standar kejelasan dan akurasi, maka berdampak pada kegagalan komunikasi antar profesi serta ketidakmampuan untuk mencapai evaluasi yang optimal (Asmirajanti et al., 2019). Dengan demikian, dokumentasi yang berkualitas membuktikan bahwa asuhan keperawatan yang diberikan adalah berkualitas pula.

Peranan vital dokumentasi terlihat dari manfaatnya sebagai media komunikasi non-verbal antar profesional pemberi layanan. Survei yang dilakukan oleh WHO (*World Health Organization*) menunjukkan, salah satu faktor terjadinya kesalahan medis adalah komunikasi yang tidak adekuat antar tenaga kesehatan (WHO, 2016). Kegagalan komunikasi yang terjadi melalui dokumentasi dapat menimbulkan kesalahan pemahaman yang berpotensi membahayakan pengambilan keputusan klinis (Braaf et al., 2015). Bahkan penelitian yang dilakukan oleh Collins et al. (2013) memberikan bukti bahwa, dokumentasi keperawatan berasosiasi dengan kematian pasien. Schnock et al. (2021) pun berhasil mengidentifikasi dan mengkonfirmasi relevansi klinis dari pola dokumentasi keperawatan yang menunjukkan perburukan pasien dan pemulihan perburukan klinis. Dengan demikian, pendokumentasian yang tidak sesuai standar dapat menjadi penghambat dalam penentuan keputusan dan pelaksanaan asuhan keperawatan.

Meskipun berperan penting dalam pelayanan keperawatan, keberadaan dokumentasi keperawatan masih diperdebatkan dan diragukan, serta sering

memiliki interpretasi yang bervariasi di berbagai pengaturan pelayanan (Heartfield, 1996). Kegiatan pendokumentasian juga sering tidak diprioritaskan dan dianggap tidak sepenting asuhan keperawatan secara langsung (Hoban, 2003). Studi yang relevan melaporkan bahwa kegiatan pendokumentasian memberi beban bagi perawat dengan menyita banyak waktu kerja (Lavander et al., 2016), di mana perawat menghabiskan sebanyak 50% dari hari mereka untuk melaksanakan tugas administrasi, termasuk pendokumentasian (O'Brien et al., 2015). Berbagai faktor memberikan kontribusi dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan seperti, penerapan standar asuhan keperawatan (Adereti & Olaogun, 2019), beban kerja (Saputra et al., 2019), pengetahuan (Kebede et al., 2017), pendidikan (Jumali & Usman, 2017), pengalaman kerja (Bjerkkan & Olsen, 2017), serta supervisi dari pimpinan keperawatan (Yulianita et al., 2020). Sejalan dengan hasil studi oleh Kamil et al. (2018) dilaporkan bahwa, masalah dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan yaitu, kurangnya pengawasan dalam pendokumentasian, perbedaan kompetensi perawat, serta besarnya beban tanggung jawab lain yang wajib dilaksanakan sehingga menyebabkan perawat kurang termotivasi dalam melaksanakan dokumentasi.

Fenomena terkait praktek pendokumentasian masih menjadi permasalahan penting diseluruh dunia. Terbukti dari banyaknya laporan dalam beberapa tahun terakhir yang menunjukkan ketidakpuasan terhadap praktek dan kualitas dokumentasi keperawatan. Temuan di Rumah Sakit Universitas Gondar Ethiopia menunjukkan, hanya 37,4% yang melakukan praktik dokumentasi asuhan keperawatan secara baik (Kebede et al., 2017). Sama

halnya di rumah sakit pendidikan Razavi Khorasan Iran, dilaporkan bahwa kualitas dokumentasi keperawatan kurang, dengan skor hanya mencapai 41.75% (Vafaei et al., 2018). Brasil pun memperoleh hasil survei yang menunjukkan, dari 416 sektor yang diteliti hanya 288 (69,3%) yang memenuhi kelengkapan pendokumentasian (de Azevedo et al., 2019). Hasil temuan dari penelitian dunia menunjukkan bahwa pelaksanaan dokumentasi keperawatan masih menjadi tantangan secara global.

Dunia keperawatan di Indonesia juga mengalami tantangan yang sama dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. Penelitian oleh Wisuda & Putri (2019) di rumah sakit Bhayangkara Palembang mendapatkan hasil yakni, hanya 25% perawat yang melakukan praktik dokumentasi keperawatan dengan baik. Studi di beberapa rumah sakit Indonesia mengenai kelengkapan dokumentasi pun memperoleh hasil yang selaras. Penelitian oleh Supratti (2016) tentang pendokumentasian standar asuhan keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Mamuju memperoleh hasil yaitu, hanya 2,2% dokumentasi keperawatan dinilai lengkap pada aspek pengkajian, pada aspek diagnosis kelengkapan dokumentasi hanya mencapai 51,2%, serta pada perencanaan kelengkapan dokumentasi memiliki skor 50,5%. Studi oleh Siswanto et al. (2013) pada salah satu rumah sakit di Jakarta mendapatkan gambaran bahwa, skor kelengkapan dokumentasi keperawatan secara keseluruhan hanya mencapai 28,4%. Hal yang sama terjadi pada penelitian di RSUD Kota Tasikmalaya, di mana skor kelengkapan dokumentasi keperawatan hanya mencapai 29,5% dan sebanyak 70,5% dokumentasi dinilai tidak lengkap (Nuryani & Susanti, 2014).

Sedangkan Kementerian Kesehatan Indonesia telah menetapkan standar kelengkapan dokumentasi keperawatan di Indonesia yaitu minimal sebesar 85% (Kemenkes, 2010). Hasil temuan beberapa penelitian di atas menunjukkan bahwa, pelaksanaan dokumentasi keperawatan di Indonesia masih belum memenuhi standar.

Hal yang sejalan juga ditemukan di Rumah Sakit Umum Daerah Maria Walanda Maramis, di mana peneliti melakukan observasi awal terhadap 5 berkas rekam medik pasien yang diambil secara acak pada bulan Januari 2022 dengan Instrumen A Depkes (2005), diketahui bahwa hasil penilaian kualitas dokumentasi keperawatan hanya mencapai 55%. Hal ini menunjukkan, pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di RSUD MWM juga belum memenuhi standar yang telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.

Hasil beberapa studi diatas menunjukkan bukti konkret bahwa, baik secara global maupun secara khusus di negara Indonesia, kualitas dokumentasi keperawatan masih jauh dari ideal. Meskipun demikian, studi terkait kualitas dokumentasi keperawatan masih terbatas hanya pada penilaian kelengkapan pendokumentasian, tanpa ada pemahaman lebih mendalam terkait masalah yang menyebabkannya. Sehingga, untuk memperoleh wawasan yang lebih komprehensif dan mendalam terkait kualitas serta gambaran dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan, maka diperlukan pendekatan penelitian yang sesuai. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif dengan menggunakan dua metode penelitian yakni metode kuantitatif dan kualitatif. Metode ini mampu

menjawab pertanyaan penelitian secara komprehensif, valid, reliabel, serta objektif terkait masalah penelitian yang diangkat (Iskandar et al., 2021).

B. Rumusan Masalah

Dokumentasi keperawatan merupakan media komunikasi non-verbal dalam pelayanan keperawatan. Setiap kegiatan asuhan yang dilakukan harus terdokumentasi dengan baik sehingga berfungsi sebagai bukti otentik dan penting dalam menjamin keselamatan pasien (Asmirajanti et al., 2019). Pendokumentasian yang tidak sesuai standar dapat menurunkan relevansi klinis dalam penentuan tindakan keperawatan (Tasew et al., 2019). Dokumentasi keperawatan yang buruk menurunkan efektifitas komunikasi sehingga berdampak pada kualitas asuhan keperawatan.

Beberapa penelitian terdahulu menunjukkan bahwa tantangan dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan telah dialami secara global maupun lokal yakni di Indonesia sendiri. Hal ini tercermin dari hasil penelitian yang melaporkan rendahnya praktik dan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan (Kebede et al., 2017; Vafaei et al., 2018; de Azevedo et al., 2019; Wisuda & Putri, 2019; Supratti, 2016; Siswanto et al., 2013; Nuryani & Susanti, 2014). Hasil studi pendahuluan yang dilakukan peneliti juga mendapatkan hasil yang selaras, yakni dari 5 berkas rekam medik pasien yang diambil secara acak pada bulan Januari 2022 dilakukan pengukuran menggunakan Instrumen A Depkes (2005) dan diketahui bahwa kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di RSUD Maria Walanda Maramis hanya mencapai 55%. Kualitas yang tidak sesuai standar ini menunjukkan bahwa, di RSUD Maria Walanda

Maramis terdapat fenomena dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan. Oleh karena itu, perlu dilakukan penelitian untuk menilai kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Maria Walanda Maramis.

Adapun rumusan masalah dalam penelitian ini yaitu, “bagaimanakah kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di RSUD Maria Walanda Maramis Kabupaten Minahasa Utara?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di RSUD Maria Walanda Maramis Kabupaten Minahasa Utara.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di ruangan rawat inap RSUD Maria Walanda Maramis Kabupaten Minahasa Utara.
- b. Mengetahui gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Maria Walanda Maramis Kabupaten Minahasa Utara.

D. Pernyataan Originalitas

Sejumlah penelitian terkait praktik dan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan telah dilakukan sebelumnya, yakni mengkaji pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan serta faktor yang berhubungan (Kebede et al., 2017), menggambarkan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan (Wisuda & Putri, 2019), menunjukkan pendokumentasian

keperawatan berdasarkan standar asuhan keperawatan (Supratti, 2016), mengevaluasi kualitas dokumentasi asuhan keperawatan (Setz & D’Innocenzo, 2009), serta mengidentifikasi masalah dokumentasi asuhan keperawatan di Indonesia secara kualitatif (Kamil et al., 2018). Namun demikian, studi terkait dokumentasi asuhan keperawatan masih terbatas hanya pada penilaian kelengkapan dokumentasi atau hanya menilai faktor yang menyebabkan rendahnya pelaksanaan praktik dokumentasi yang baik, tanpa memaparkan secara komprehensif hasil kualitas dokumentasi serta menggambarkan hambatan pelaksanaan dokumentasi dan upaya dalam meningkatkan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan. Oleh sebab itu, originalitas penelitian ini adalah menilai kualitas dokumentasi asuhan keperawatan secara kuantitatif dan melakukan eksplorasi secara kualitatif terkait gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan di pengaturan rumah sakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Tentang Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat, sebagai bentuk komunikasi tertulis secara akurat dan dapat dipertanggungjawabkan (Hastuti et al., 2022). Dokumentasi keperawatan sendiri terdiri atas 5 standar yang merupakan pelaksanaan proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

1. Dokumentasi Pengkajian Keperawatan

Dokumentasi pengkajian merupakan catatan berisi informasi mengenai kondisi pasien yang diperoleh dari hasil pengkajian. Nursalam (2016) menjelaskan bahwa, pelaksanaan dokumentasi pengkajian meliputi pengumpulan data dan pengelompokan data. Pengumpulan data harus memenuhi kriteria legal, lengkap, akurat, relevan dan baru (LLARB). Sedangkan pengelompokan data memiliki kriteria berupa data biologis dan data psikologis, sosial serta spiritual. Data biologis merupakan hasil dari observasi tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik melalui IPPA (inspeksi, perkusi, palpasi dan auskultasi), pemeriksaan diagnostik atau pemeriksaan penunjang yang berupa hasil pemeriksaan laboratorium dan rontgen. Data psikologis, sosial dan spiritual, diperoleh dari hasil wawancara. Sepang et al., (2021) mengklasifikasikan dokumentasi pengkajian menjadi tiga jenis, antara lain :

- a. Dokumentasi pada saat pengkajian awal (*Initial Assessment*), yaitu dokumentasi yang digunakan sebagai dasar dalam pemberian asuhan keperawatan, dimana data dalam dokumentasi ini dikaji pada saat pasien pertama kali masuk rumah sakit.
- b. Dokumentasi pengkajian lanjutan (*Ongoing Assessment*), merupakan pengembangan dari data dasar yang bertujuan untuk melengkapi pengkajian awal, sehingga mendukung informasi mengenai permasalahan kesehatan pasien. Hasil pengkajian dicatat dalam catatan perkembangan terintegrasi pasien atau dalam lembar data penunjang.
- c. Dokumentasi pengkajian ulang (*Reassessment*), yaitu pencatatan hasil pengkajian yang didapat selama melakukan evaluasi pada pasien. Evaluasi dilakukan perawat terhadap kemajuan data pasien yang telah ditentukan sebelumnya.

Rahmi (2019) menjabarkan, dalam dokumentasi pengkajian ada dua data yang dapat diperoleh, yakni :

- a. Data subjektif, merupakan keluhan atau persepsi pasien secara subjektif mengenai status kesehatannya. Data ini dapat diperoleh dengan teknik wawancara baik kepada pasien, keluarga, konsultan maupun tenaga kesehatan lainnya.
- b. Data objektif, berfokus pada hasil pengkajian berupa status kesehatan, pola koping, respon pasien terhadap terapi, serta resiko dan dukungan masalah kesehatan pasien. Data ini haruslah bersifat lengkap, akurat, nyata dan relevan.

2. Dokumentasi Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan ditegakkan berdasarkan penilaian klinis perawat tentang masalah kesehatan klien baik secara aktual, potensial maupun resiko (Tumanggor et al., 2021). Adapun metode dokumentasi diagnosa keperawatan menurut Leniwita & Anggraini (2019), meliputi:

- a. Menuliskan semua masalah maupun perubahan status kesehatan pasien.
- b. Pencatatan masalah yang dialami pasien didahului dengan etiologi atau penyebab kemudian dihubungkan dengan kata “sehubungan dengan atau berhubungan dengan”.
- c. Setelah masalah dan penyebab, kemudian diikuti dengan tanda dan gejala yang dihubungkan dengan kata “ditandai dengan”.
- d. Pencatatan diagnosa keperawatan menggunakan istilah atau kata yang umum serta bahasa yang tidak memvonis.

Dalam pendokumentasian diagnosis keperawatan terdapat langkah-langkah : pengelompokkan data dan analisa data, interpretasi data, validasi data, dan penyusunan diagnosis keperawatan (Sepang et al., 2021).

Contoh tabel format dokumentasi analisa data dan diagnosis keperawatan, antara lain (Dinarti & Mulyanti, 2017) :

Tabel 2.1 Contoh format dokumentasi analisa data

No.	Data	Etiologi	Masalah

Tabel 2.2 Contoh format dokumentasi diagnosis keperawatan

No.	Diagnosis keperawatan (berdasarkan prioritas)	Tanggal ditemukan	Tanggal teratasi	Paraf dan nama

3. Dokumentasi Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan merupakan tahap di mana perawat membuat rencana intervensi keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan status kesehatan klien (Sepang et al., 2021). Dokumentasi perencanaan keperawatan memiliki beberapa tujuan yaitu, untuk mengidentifikasi fokus keperawatan baik pada pasien maupun kelompok, untuk memberikan perbedaan tanggung jawab antara perawat dengan profesi kesehatan lainnya, untuk menetapkan kriteria guna pelaksanaan kembali maupun evaluasi keperawatan, untuk menentukan kriteria klasifikasi pasien, serta menjadi pedoman pencatatan (Dinarti & Mulyanti, 2017). Nursalam (2016) menjelaskan, komponen dokumentasi perencanaan keperawatan meliputi :

- a. Penentuan prioritas masalah, yang terbagi dalam tiga klasifikasi yakni, prioritas utama berupa masalah yang mengancam kehidupan, prioritas kedua adalah masalah yang mengancam kesehatan, dan prioritas ketiga merupakan masalah yang mempengaruhi perilaku.
- b. Tujuan dalam perencanaan asuhan keperawatan harus memenuhi syarat SMART (*Specific, Measurable, Achievable, Reasonable, Time*).

- c. Rencana tindakan berdasarkan pada NIC (*Nursing Intervention Classification*) sesuai dengan yang ditetapkan oleh instansi pelayanan setempat.

Contoh format dokumentasi perencanaan keperawatan, antara lain (Dinarti & Mulyanti, 2017) :

Tabel 2.3 Contoh format dokumentasi perencanaan keperawatan

No.	Tujuan dan kriteria hasil	Rencana Tindakan	Rasional	Nama dan paraf

4. Dokumentasi Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan intervensi keperawatan yang telah disusun pada tahap perencanaan (Setiadi, 2012). Pelaksanaan intervensi keperawatan memiliki orientasi yang didasarkan pada komponen dasar dengan kriteria antara lain (Nursalam, 2016) :

- a. Implementasi dilaksanakan sesuai dengan rencana keperawatan yang telah disusun.
- b. Memperhatikan keadaan bio-psiko-sosio spiritual pasien.
- c. Setiap tindakan yang diberikan harus dijelaskan pada pasien/keluarga.
- d. Implementasi dilaksanakan sesuai waktu yang telah ditentukan sebelumnya.
- e. Menggunakan sumber daya yang ada.
- f. Interaksi dengan pasien maupun keluarga harus dilaksanakan dengan sikap sabar dan ramah.

- g. Lakukan hand hygiene sebelum dan sesudah implementasi.
- h. Implementasi dilaksanakan dengan prinsip aseptik dan antiseptik.
- i. Menerapkan etika keperawatan.
- j. Utamakan keselamatan pasien dengan menerapkan prinsip aman, nyaman, ekonomis serta privasi.
- k. Perbaikan tindakan dilaksanakan berdasar respon pasien.
- l. Segala masalah yang mengancam keselamatan pasien perlu dirujuk segera.
- m. Seluruh tindakan yang telah dilaksanakan harus segera didokumentasikan.
- n. Setelah tindakan segera merapikan pasien dan alat yang digunakan.
- o. Seluruh pelaksanaan implementasi harus sesuai dengan prosedur yang ditetapkan.

Contoh format dokumentasi implementasi keperawatan dapat dilihat pada tabel berikut (Dinarti & Mulyanti, 2017) :

Tabel 2.4 Contoh format dokumentasi evaluasi keperawatan

No. Diagnosis	Tanggal/jam	Tindakan	Paraf

5. Dokumentasi Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam proses asuhan keperawatan yang berfungsi mengevaluasi setiap pencatatan dari tahap pengkajian, diagnosa, perencanaan dan implementasi (Pangkey et al., 2021). Dokumentasi pada tahap ini merupakan perbandingan yang dilaksanakan

secara sistematis dan terencana antara tujuan yang ditetapkan dengan kenyataan yang ada. Evaluasi berlangsung secara kontinyu dengan keterlibatan dari klien dan tenaga kesehatan lainnya (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Contoh format dokumentasi evaluasi keperawatan dapat dilihat pada tabel berikut (Dinarti & Mulyanti, 2017):

Tabel 2.5 contoh format dokumentasi evaluasi keperawatan

Tanggal/jam	No. Dx	Implementasi dan respon	Paraf dan nama

B. Tinjauan Kualitas Dokumentasi Keperawatan

1. Pengertian Kualitas Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan merupakan bagian integral, vital dan sangat penting dalam praktik keperawatan profesional (Okaisu et al., 2014). Pendokumentasian yang berkualitas dapat mendukung penyediaan perawatan pasien yang aman dan berkualitas tinggi (Brooks, 2021). Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, kualitas berarti mutu adalah tingkat baik buruknya atau derajat sesuatu hal. Dokumentasi keperawatan yang berkualitas berpotensi akan meningkatkan hasil perawatan pasien melalui rekaman atau dokumentasi yang sesuai dengan kondisi pasien untuk dilakukan perencanaan keperawatan. Dokumentasi keperawatan yang berkualitas memiliki lima karakteristik penting yakni, faktual, akurat,

lengkap, terkini dan terorganisasi (Jefferies et al., 2010; Novieastari et al., 2019; Potter et al., 2016).

a. Faktual

Catatan faktual berisi informasi deskriptif dan objektif berisi informasi tentang data deskriptif dan objektif terkait yang dilihat, dirasakan, dan didengar oleh perawat. Penggunaan kata tampak, kelihatannya, atau sepertinya tidak dapat diterima apabila tidak disertai data faktual pendukung. Data tersebut dianggap opini dari perawat yang menulis dokumentasi yang tidak mengkomunikasikan fakta secara akurat dan tidak menginformasikan tenaga kesehatan lain mengenai perilaku klien. Saat mengkaji data subjektif harus disertai dengan tanda kutip.

b. Akurat

Dokumentasi keperawatan harus ditulis untuk memenuhi persyaratan hukum. Dokumentasi yang akurat, obyektif, dan komprehensif akan mendukung penjelasan lisan seorang perawat dalam konteks hukum. Pendokumentasian keperawatan harus menjelaskan perawatan pasien yang dilakukan oleh perawat sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien dengan seakurat mungkin. Dokumentasi asuhan keperawatan diringkas agar mudah untuk dipahami. Penulisan dokumentasi asuhan keperawatan menghindari tulisan yang tidak relevan, penggunaan singkatan, simbol, dan sistem pengukuran yang sulit dipahami dan membingungkan. Institusi menulis daftar singkatan-singkatan yang sesuai standar saat pendokumentasian asuhan keperawatan. Pada

pendokumentasian asuhan keperawatan diwajibkan untuk menulis nama lengkap dan status penulis. Pendokumentasian ini juga menggambarkan akuntabilitas selama jangka waktu data. Selain itu, penulis menulis tanda tangan sebagai tanggung jawab atas informasi yang telah dilakukan.

c. Lengkap

Informasi yang terdapat pada dokumentasi asuhan keperawatan harus lengkap dan mengandung informasi yang penting. Dokumentasi asuhan keperawatan juga harus sesuai dengan standar asuhan keperawatan yang digunakan dan meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi keperawatan. Informasi yang ada dalam dokumentasi asuhan keperawatan merupakan pelayanan keperawatan yang telah diberikan berdasarkan respons klien. Pendekatan yang digunakan berorientasi pada masalah yang meliputi data penilaian yang subyektif, objektif, perencanaan, evaluasi, dan refleksi (SOAP/SOAPIER).

d. Terkini

Dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan pada waktu yang tepat merupakan hal yang sangat penting bagi pelayanan pada klien. Aktivitas yang dapat dikomunikasikan pada saat perlakuan yaitu tanda-tanda vital, pemberian oral dan terapi, persiapan pemeriksaan diagnostik dan operasi, perubahan status klien, rawat inap, transfer, pemulangan atau kematian klien, terapi pada perubahan status klien

yang mendadak, dan respon klien pada setiap intervensi yang dilakukan.

e. Terorganisasi

Informasi yang ada dalam dokumentasi harus logis dan berurutan. Informasi yang ditulis pada dokumentasi asuhan keperawatan harus berurutan sesuai dengan standar yang dimulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan mengevaluasi respon klien. Pada penulisan dokumentasi ini menggunakan pemikiran yang kritis dan proses keperawatan dengan memberikan logika pada asuhan keperawatan yang diberikan. Perawat harus mencatat segala masalah yang dialami pasien dan mendiskusikan terkait perencanaan tindakan keperawatan hingga terjadi kesepakatan.

Menurut Depkes (1995), standar dokumentasi asuhan keperawatan adalah sebagai berikut :

a. Pengkajian

- 1) Data yang telah dikaji didokumentasikan sesuai dengan pedoman pengkajian.
- 2) Dilakukan pengelompokkan data (bio-psiko-sosio-spiritual)
- 3) Pengkajian dilakukan sejak klien masuk sampai pulang
- 4) Perumusan masalah didasarkan pada kesenjangan antara status kesehatan dan pola fungsi kehidupan.

b. Diagnosis

- 1) Perumusan masalah berdasarkan diagnosis keperawatan.

- 2) PE/ PES tercermin dalam diagnosis keperawatan.
- 3) Diagnosis keperawatan dirumuskan secara aktual/ potensial.

c. Perencanaan

- 1) Perencanaan disusun berdasarkan diagnosis keperawatan.
- 2) Penyusunan perencanaan diurutkan berdasarkan prioritas.
- 3) Komponen dalam rumusan tujuan memuat aspek klien/ subjek, perubahan, perilaku, kondisi klien, dan /atau kriteria.
- 4) Acuan dalam intervensi didasarkan pada tujuan dengan menggunakan kalimat perintah, terinci dan jelas.
- 5) Klien dan/ keluarga terlibat dalam rencana intervensi.
- 6) Tim kesehatan lain terlibat dalam rencana intervensi.

d. Intervensi

- 1) Rencana asuhan keperawatan dijadikan sebagai acuan dalam pelaksanaan intervensi.
- 2) Dilakukan observasi respons klien terhadap intervensi.
- 3) Hasil evaluasi dijadikan dasar dalam merevisi intervensi.
- 4) Dilakukan pendokumentasian seluruh intervensi keperawatan secara ringkas dan jelas.

e. Evaluasi

- 1) Evaluasi didasarkan pada tujuan.
- 2) Dilakukan pendokumentasian terhadap hasil evaluasi.

f. Catatan Asuhan Keperawatan

- 1) Mencatat pada format yang baku.

- 2) Dokumentasi dilaksanakan sesuai pelaksanaan intervensi.
- 3) Dokumentasi dicatat dengan jelas, ringkas, serta menggunakan istilah yang benar dan baku.
- 4) Pendokumentasian intervensi keperawatan mencantumkan nama jelas, paraf, serta tangan dan waktu.
- 5) Berkas dokumentasi keperawatan disimpan sesuai dengan peraturan yang berlaku.

2. Prinsip Dokumentasi Keperawatan

Dalam melaksanakan pendokumentasian yang berkualitas terdapat beberapa prinsip yang harus diperhatikan, antara lain (Eriyani, 2020) :

- a. Dokumen merupakan bagian integral dari pelaksanaan asuhan keperawatan.
- b. Dokumentasi dilaksanakan secara konsisten.
- c. Pelaksanaan dokumentasi disesuaikan dengan format yang tersedia.
- d. Dokumentasi hanya boleh dicatat oleh perawat yang melakukan tindakan maupun observasi secara langsung pada pasien.
- e. Pencatatan dokumentasi harus dilaksanakan sesegera mungkin.
- f. Pendokumentasian disusun secara kronologis.
- g. Singkatan yang digunakan dalam pendokumentasian harus berupa istilah yang umum dan seragam.
- h. Wajib mencatat tanggal, jam, tanda tangan dan inisial penulis.
- i. Pendokumentasian harus akurat, benar, lengkap, jelas, ringkas, ditulis dengan tinta, serta terbaca dengan baik.

j. Data dalam dokumentasi merupakan rahasia sehingga harus disimpan dengan benar.

Prinsip lain dalam penerapan dokumentasi keperawatan yang dikemukakan oleh Hidayat (2021), yakni :

- a. Kesederhanaan. Kata-kata dalam pendokumentasian harus sederhana, mudah dipahami, mudah dibaca dan hindari penggunaan istilah yang sulit dimengerti.
- b. Keakuratan. Data yang diperoleh adalah benar-benar akurat berdasarkan informasi dari pasien.
- c. Kesabaran. Diperlukan kesabaran dalam melakukan pendokumentasian, perawat harus memeriksa kembali dengan cermat data yang telah didokumentasikan.
- d. Ketepatan. Dokumentasi dicatat dengan tepat berdasarkan ketelitian, di mana dapat berupa penilaian gambar klinis pasien, hasil pemeriksaan diagnostik, instruksi tim medis lainnya, serta memperhatikan setiap kesalahan kemudian mengoreksi dengan baik. Sebagai bukti, wajib mencantumkan tanda tangan dari setiap pihak yang berwenang.
- e. Kelengkapan. Pencatatan yang dilakukan mencakup seluruh pelayanan yang diberikan, tanggapan pasien, kunjungan tim medis lainnya secara lengkap.
- f. Kejelasan dan keobyektifan. Data dalam dokumentasi harus jelas dan obyektif, bukanlah data fiktif. Data dokumentasi keperawatan bersifat logis, jelas, rasional, kronologis, serta berisi nama dan nomor register.

3. Instrumen Penilaian Kualitas Dokumentasi Keperawatan

Penilaian tentang kualitas dokumentasi keperawatan sudah banyak dilakukan dengan menggunakan berbagai instrumen. Beberapa instrumen yang digunakan yakni:

a. *Quality of Diagnoses, Interventions and Outcomes* (Q-DIO)

Q-DIO merupakan instrumen audit dokumentasi keperawatan yang mampu mengukur kualitas diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan serta luaran keperawatan (Müller-Staub et al., 2009). Instrumen ini pun telah diadaptasi kedalam beberapa bahasa, salah satunya penelitian yang dilakukan oleh Gruden et al. (2021) yang mengadaptasi Q-DIO ke dalam bahasa Slovenia dan hasil penilaian *expert* menyimpulkan bahwa, Q-DIO merupakan instrumen yang dapat diandalkan untuk mengukur kualitas dokumentasi keperawatan.

b. D-Catch

D-Catch merupakan instrumen yang dikembangkan di Belanda pada tahun 2007-2008 (Paans et al., 2010). D-Catch merupakan instrumen yang valid dan reliabel untuk menilai keakuratan dokumentasi keperawatan (D'Agostino et al., 2017).

c. *Quality of Australian Nursing Documentation in Aged Care* (QANDAC)

Instrumen QANDAC digunakan di Australia untuk mengukur kualitas dokumentasi keperawatan baik berbasis kertas maupun elektronik.

Instrumen ini mengevaluasi dokumentasi asuhan keperawatan pada lansia dengan fokus menilai bagian kelengkapan riwayat dan pengkajian keperawatan, deskripsi proses asuhan keperawatan serta pemenuhan proses entri data (Wang et al., 2014).

d. Instrument Studi Dokumentasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan (Instrumen A)

Instrumen A merupakan alat ukur yang menilai kualitas dokumentasi asuhan keperawatan yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan (Depkes) pada tahun 2005. Instrumen ini dapat digunakan pada rumah sakit khusus maupun rumah sakit umum dengan tipe A, B dan C baik untuk RS pemerintah maupun swasta. Aspek yang dinilai dalam instrumen ini yaitu, pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan/implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan dan catatan keperawatan, dengan hasil skor $\geq 85\%$ dinyatakan dokumentasi berkualitas dan $< 85\%$ berarti dokumentasi tidak berkualitas (Depkes, 2005).

C. Tinjauan Tentang Standar Asuhan Keperawatan

Standar asuhan keperawatan mengacu pada proses asuhan keperawatan yang meliputi tahap pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Pada proses ini, perawat melakukan penilaian klinis yang berlandaskan pengetahuan tentang konsep ilmu keperawatan sehingga menghasilkan data yang akurat (Herdman & Kamitsuru, 2017). Proses keperawatan dilakukan secara berkesinambungan sesuai dengan tahapannya, di

mana penilaian terhadap respon klien dilakukan secara berulang, kemudian dilakukan tindakan keperawatan yang sesuai dengan respon tersebut, sehingga memenuhi kebutuhan perawatan klien (Stonehouse, 2020). Berikut penjabaran tahap proses keperawatan:

1. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan dasar dalam menetapkan diagnosis, perencanaan, dan intervensi yang tepat. Data dalam pengkajian berupa riwayat pasien yang holistik, secara biologis, psikologis, sosial, spiritual, kultural, serta mencakup karakteristik lingkungan pasien (Ackley et al., 2019). Pengkajian merupakan sumber pemikiran dalam proses keperawatan, dengan tujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien guna mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan, serta keperawatan (Basri et al., 2020). Pengkajian keperawatan yang komprehensif dan sistematis dapat dijadikan dasar dalam mengidentifikasi masalah dan menentukan intervensi keperawatan yang tepat bagi pasien (Solà-Miravete et al., 2018).

2. Diagnosis Keperawatan

Penegakan diagnosis keperawatan merupakan langkah kedua dalam proses keperawatan. Pada tahap ini, perawat melakukan identifikasi terhadap masalah pasien dan merumuskan penilaian evaluatif terhadap status kesehatan klien (Ackley et al., 2019). Dinarti & Mulyanti (2017) menjelaskan bahwa, dalam penegakan diagnosis keperawatan terdapat 5 kategori, yaitu: aktual, resiko, kemungkinan keperawatan, wellness, dan

keperawatan sindrom. Setiap rumusan diagnosa keperawatan dicantumkan berdasarkan prioritas baik masalah biologis, psikologis, sosial maupun spiritual. Penegakkan diagnosis keperawatan dapat berupa tiga bagian (*three part*) maupun dua bagian (*two part*), yang memuat masalah (*problem*), penyebab (*etiology*), gejala (*symptom*), yang disingkat PES (Herdman & Kamitsuru, 2017).

3. Perencanaan Keperawatan

Tahap perencanaan keperawatan meliputi proses identifikasi prioritas masalah, menentukan tujuan dan kriteria hasil, serta intervensi keperawatan yang sesuai dengan kondisi pasien (Ackley et al., 2016).

Penjabaran tahapan rencana keperawatan (Sepang et al., 2021) :

a. Menentukan prioritas masalah

Perawat menentukan prioritas kebutuhan masalah berdasarkan hierarki kebutuhan dasar manusia. Penentuan prioritas ini merupakan upaya perawat dalam mengidentifikasi respon pasien terhadap masalah kesehatannya.

b. Menentukan tujuan dan kriteria hasil

Tujuan dan kriteria hasil yang ditetapkan perawat merupakan ukuran atau standar dalam mengevaluasi perkembangan pasien. Tujuan dan kriteria hasil keperawatan didasarkan pada *SMART*, yaitu tidak bermakna ganda (*specific*), dapat diukur (*measurable*), realistis dan dapat dicapai (*achievable*), dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah

(*reasonable*), serta ada batasan waktu yang sesuai dengan kondisi pasien (*time*).

c. Menetapkan intervensi

Intervensi keperawatan yang ditetapkan harus spesifik, terukur dan jelas. Intervensi memuat rencana yang membantu pasien mencapai hasil yang diharapkan, bersifat individual sesuai dengan kebutuhan pasien, serta dalam penetapannya diperlukan kerjasama dengan pasien.

4. Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan intervensi yang dimaksudkan untuk memenuhi kebutuhan kesehatan klien (Nursalam & Efendi, 2016). Tiga tahap dalam proses keperawatan yang mencakup pengkajian, diagnosa dan perencanaan dijadikan sebagai dasar bagi perawat dalam melaksanakan tahap implementasi keperawatan (Berman, A; Snyder, S & Frandsen, 2016). Dalam implementasi, perawat melaksanakan seluruh rangkaian kegiatan dengan tujuan membantu masalah kesehatan pasien untuk memperoleh status kesehatan yang lebih baik sesuai kriteria hasil yang diharapkan (Dinarti & Mulyanti, 2017).

Dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis implementasi keperawatan menurut Leniwita & Anggraini (2019), yaitu :

a. *Independent Implementations*

Implementasi ini merupakan tindakan mandiri yang dilaksanakan perawat berdasarkan masalah pasien yang ditemukan, misalnya pemenuhan *activity daily living* (ADL), menciptakan lingkungan yang

terapeutik, memenuhi kebutuhan pasien secara psiko-sosio-kultural, dan lain-lain.

b. Interdependent/Collaborative Implementations

Pelaksanaan tindakan keperawatan ini berdasarkan kerja sama dengan tim kesehatan lainnya. Contoh tindakan ini seperti pemberian terapi obat, pemasangan kateter urin, nasogastric tube (NGT), dan lain-lain.

c. Dependent Implementations

Implementasi jenis ini dilaksanakan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti memberikan nutrisi pada pasien sesuai dengan jenis diet yang dianjurkan oleh ahli gizi, melaksanakan latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari fisioterapi, dan lain-lain.

5. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan dilakukan dengan melakukan perbandingan antara intervensi yang telah dilakukan dengan hasil yang diharapkan, apakah tujuan dan kriteria yang ditetapkan terpenuhi atau tidak. Apabila kriteria tidak terpenuhi, maka perlu dilakukan revisi tindakan keperawatan maupun tujuan sesuai dengan kondisi klinis pasien (Potter et al., 2016). Adapun macam-macam evaluasi keperawatan menurut Pangkey et al. (2021), antara lain :

a. Evaluasi Proses (Formatif)

Evaluasi ini dilaksanakan pada setiap selesainya tindakan keperawatan dengan berorientasi pada etiologi, serta dilakukan secara berkesinambungan hingga mencapai tujuan yang telah ditentukan.

b. Evaluasi Hasil (Sumatif)

Evaluasi dilaksanakan secara paripurna setelah akhir intervensi keperawatan dengan orientasi pada masalah keperawatan. Evaluasi ini memberikan penjelasan mengenai intervensi yang diberikan berhasil atau tidak, serta kesimpulan status kesehatan pasien berdasarkan waktu yang telah ditetapkan.

Metode yang digunakan dalam evaluasi antara lain (Leniwita & Anggraini, 2019) :

- a. Observasi langsung yaitu dengan mengamati secara langsung perubahan yang terjadi pada pasien.
- b. Wawancara yang berkaitan dengan perubahan sikap, apakah telah menjalankan anjuran yang diberikan perawat.
- c. Memeriksa laporan, membandingkan rencana asuhan keperawatan yang dibuat dan tindakan yang dilaksanakan apakah sesuai dengan rencana.
- d. Latihan stimulasi, berguna dalam menentukan perkembangan kesanggupan melaksanakan asuhan keperawatan.

D. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan, terdapat beberapa faktor yang sangat mempengaruhi, antara lain :

1. Standar Asuhan Keperawatan

Penerapan standar asuhan keperawatan dapat berpengaruh terhadap pelaksanaan dan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan. Penerapan

suatu standar asuhan keperawatan dapat menjadi pedoman perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan, termasuk peningkatan keterampilan melaksanakan dokumentasi (Adereti & Olaogun, 2019). Hasil penelitian Rinenggantyas et al. (2020) melaporkan bahwa, penerapan standar asuhan keperawatan berpengaruh terhadap peningkatan kualitas dokumentasi keperawatan.

2. Pengetahuan

Pengetahuan perawat tentang dokumentasi dapat menentukan sikapnya dalam melaksanakan pendokumentasian. Seorang perawat dengan pengetahuan yang baik, memahami pentingnya dokumentasi serta dampak yang ditimbulkan dari pendokumentasian yang buruk (Ayele et al., 2021). Penelitian pun mengungkapkan bahwa pengetahuan perawat tentang dokumentasi berpengaruh secara signifikan terhadap pelaksanaan dokumentasi keperawatan yang berdampak terhadap kualitas dokumentasi keperawatan (Hussein et al., 2021) ; Kebede et al., 2017).

3. Pendidikan

Pendidikan perawat berkontribusi terhadap pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan. Pendidikan yang memadai dapat diperoleh melalui pelatihan, sosialisasi, workshop serta kegiatan edukasi lainnya. Tingkatan dan jenis pendidikan yang di miliki oleh seorang perawat dapat berfungsi sebagai dasar dalam melaksanakan tugasnya (Jumali & Usman, 2017). Sejalan dengan penelitian Saputra et al. (2019) yang mendapatkan hasil bahwa, pendidikan yang memadai tentang dokumentasi

keperawatan mampu meningkatkan pengalaman dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan.

4. Pengalaman

Pengalaman seorang perawat memiliki pengaruh terhadap pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan. Perawat dengan pengalaman masa kerja yang panjang akan lebih matang dalam menuangkan pemikirannya dalam dokumentasi keperawatan terkait asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan (C. Saputra et al., 2019). Sesuai dengan hasil penelitian yang melaporkan bahwa perawat dengan pengalaman yang lebih lama ditempat kerja memiliki sikap yang lebih positif terhadap dokumentasi keperawatan (Bjerkkan & Olsen, 2017).

5. Beban Kerja

Beban kerja memegang peranan penting terhadap pelaksanaan dan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan. Perawat dengan beban kerja yang tinggi, rasio pasien perawat yang tidak sesuai, menyebabkan pelaksanaan dokumentasi yang tidak optimal sehingga berimplikasi pada kualitas dokumentasi keperawatan (Susiana et al., 2019 ; Saputra et al., 2019).

6. Supervisi Pimpinan

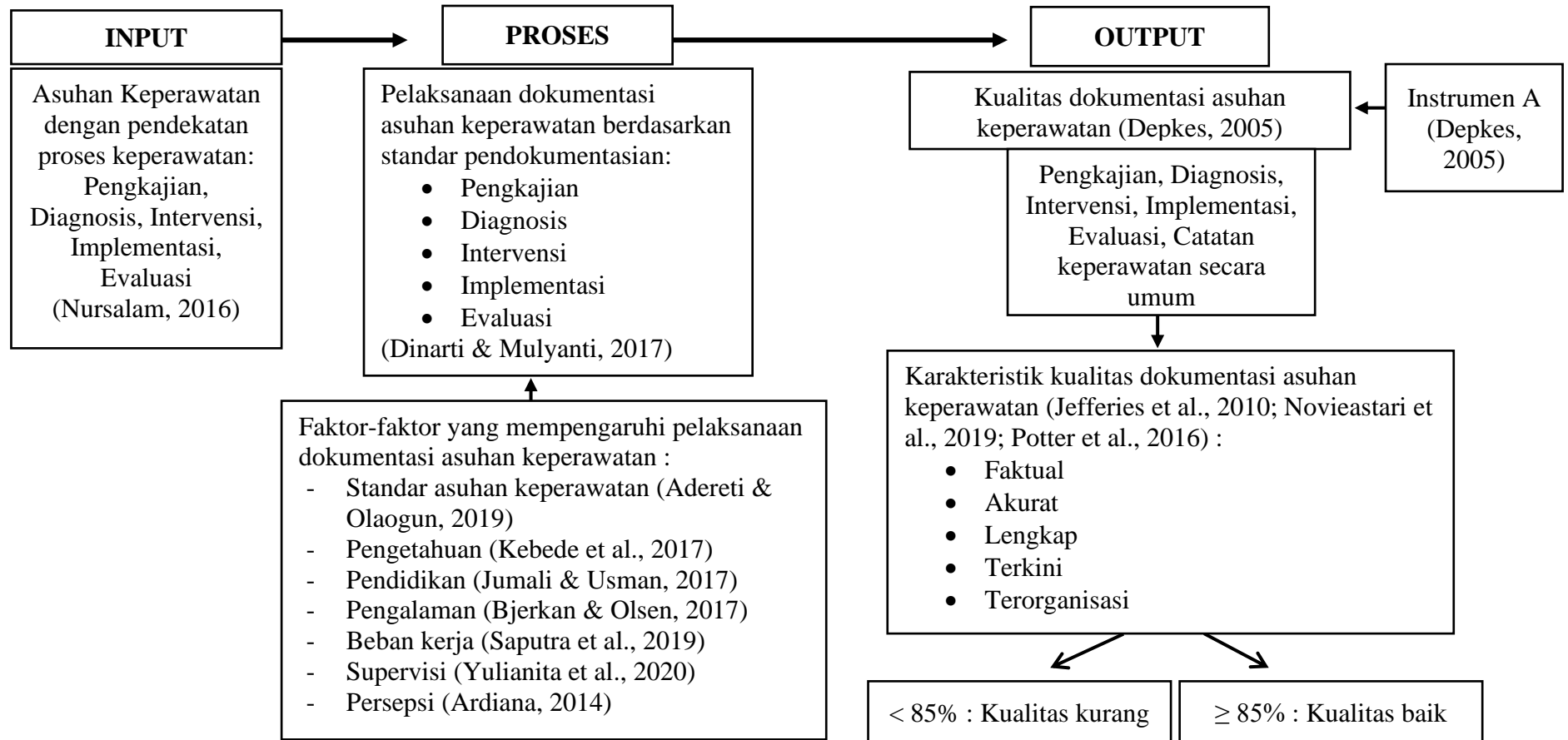
Supervisi merupakan bagian dari fungsi manajemen yang berpengaruh terhadap praktik dan kualitas dokumentasi keperawatan. Supervisi dalam pelayanan keperawatan dapat meningkatkan perasaan dukungan, hubungan antar perawat, kepuasan kerja, serta mengembangkan praktik profesional (Yuswanto et al., 2018). Sehingga, supervisi

berhubungan signifikan dengan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan yang dilaksanakan (Yulianita et al., 2020).

7. Persepsi Perawat

Persepsi merupakan proses yang aktif untuk mengidentifikasi, menafsirkan maupun menginterpretasikan rangsangan atau stimulus baik berupa orang, objek, peristiwa, situasi dan aktifitas yang diterima oleh indra manusia (Swarjana, 2022). Seseorang melakukan pekerjaannya sesuai dengan kemampuan dan keterampilan yang dimilikinya, dalam hal tersebut persepsi memiliki peranan penting sebelum melaksanakannya. Persepsi yang baik akan menghasilkan perilaku perawat yang baik dalam pendokumentasian asuhan keperawatan (Ardiana, 2014). Perawat memiliki persepsi bahwa pembaca dokumentasi asuhan keperawatan akan mengetahui bahwa perawatan yang tertulis telah sesuai dengan prosedur dan perawatan yang diberikan (Jefferies et al., 2010).

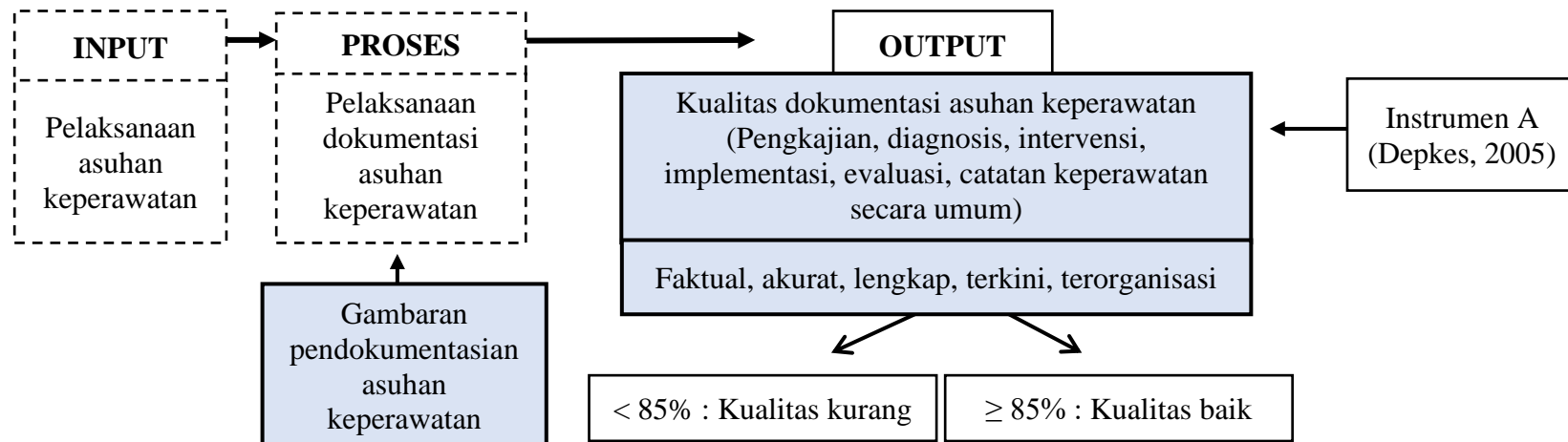
E. Kerangka Teori



Bagan 2.1 Kerangka teori

BAB III
KERANGKA KONSEP PENELITIAN DAN DEFINISI OPERASIONAL

A. Kerangka Konseptual Penelitian



Keterangan:

: Diteliti

: Tidak diteliti

Bagan 3.1 Kerangka konsep

B. Definisi Operasional

Tabel 3.1 Definisi operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat dan Cara Ukur	Kriteria Objektif	Skala
Kualitas dokumentasi asuhan keperawatan	Sebuah hasil penilaian terhadap kualitas dokumentasi asuhan keperawatan yang mencakup penilaian terhadap pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, evaluasi, serta pendokumentasian secara umum serta penilaian berdasarkan karakteristik kualitas dokumentasi asuhan keperawatan yaitu faktual, akurat, lengkap, terkini dan terorganisasi.	Studi dokumen rekam medik menggunakan instrument A Depkes RI (2005) yang memuat 24 pernyataan terkait dokumentasi asuhan keperawatan. Pada penilaian diberikan skor : 1: Jika dilakukan 0: Jika tidak dilakukan Kemudian dilakukan penjumlahan pada tiap aspek yang dihitung persentasenya dengan rumus : $\frac{\text{Total benar}}{\text{jumlah berkas} \times \text{jumlah aspek yang dinilai}} \times 100\%$	Kualitas baik jika hasil penilaian pada variabel standar dokumentasi mencapai skor $\geq 85\%$, kualitas kurang jika skor $< 85\%$.	Ordinal
Gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan	Sebuah hasil eksplorasi terhadap dokumentasi keperawatan saat ini yang mencakup pendapat perawat	Wawancara berdasarkan pedoman wawancara dengan pertanyaan terkait kondisi atau kualitas dokumentasi asuhan keperawatan saat ini,	Jawaban dari partisipan yang dianalisis ke dalam bentuk tema.	

	tentang hambatan atau tantangan dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan, serta upaya yang telah dilakukan dalam meningkatkan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan saat ini.	hambatan atau tantangan dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan, serta upaya untuk meningkatkan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan.		
--	--	--	--	--