

SKRIPSI

ANALISIS FAKTOR PENGHAMBAT PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDIN

*Diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu
Keperawatan Fakultas Keperawatan*



Oleh :

**RASDIANA
C12115023**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR
2019**



Optimization Software:
www.balesio.com

Halaman Persetujuan

Skripsi dengan judul

**ANALISIS FAKTOR PENGHAMBAT PENDOKUMENTASIAN ASUHAN
KEPERAWATAN DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS HASANUDDIN**

Disetujui untuk diajukan dihadapan Tim Penguji Akhir Skripsi Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin

oleh :

**RASDIANA
C12115023**

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II



Rini Rachmawaty, S.Kep, Ns, MN, PhD
NIP.1980071720081220003



Ilkafah, S.Kep, Ns, M.Kep
NIP.1982121220121220002

Mengetahui,
Dekan Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin



Dr. Syanti Saleh, S.Kp., M.Si
NIP.196804212001122001



Halaman Pengesahan

**ANALISIS FAKTOR PENGHAMBAT PENDOKUMENTASIAN ASUHAN
KEPERAWATAN DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS HASANUDDIN**

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir
Pada

Hari/ Tanggal: Kamis /3 Januari 2019

Pukul : 10.00 WITA

Tempat : Lantai 4 GA 405

Disusun Oleh :

**RASDIANA
C12115023**

Dan yang bersangkutan menyatakan

LULUS

Tim Penguji Akhir

Pembimbing I : Rini Rachmawaty, S.Kep., Ns., MN., Ph.D

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

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

Penguji II : Hapsah, S. Kep., Ns., M. Kep

Mengetahui,
**Dean Fakultas Keperawatan
Universitas Hasanuddin**

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



PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Rasdiana

Nomor Mahasiswi : C12115023

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

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

Makassar, 3 Januari 2018

Yang membuat pernyataan,


(Rasdiana)



KATA PENGANTAR

Bismillahirrahmanirrahim..

Tiada kata yang pantas penulis lafaskan kecuali ucapan puji dan syukur kehadirat Allah *subhanah wa ta'ala* atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Analisis Faktor Penghambat Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin”, yang merupakan persyaratan akademis guna memperoleh gelar sarjana keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin, Makassar.

Salam dan sholawat senantiasa tercurahkan kepada Rasulullah Muhammad *shallallahu 'alaihi wa sallam* yang menjadi suri tauladan terbaik manusia sehingga hingga saat ini nilai-nilai kehidupan dan ilmu bisa tersampaikan pada diri peneliti yang menjadi pedoman peneliti untuk menjalankan skripsi dari awal hingga akhir. Keselamatan juga semoga tetap terhaturkan kepada keluarga Beliau, sahabat, sahayiyah, Tabi'in, Tabi'ut Tabi'in, dan orang-orang yang senantiasa istiqomah hingga qadar-qadar Allah berlaku pada mereka.

Penyusunan skripsi ini tentunya menuai banyak hambatan dan kesulitan sejak awal hingga akhir penyusunan skripsi ini. Namun berkat bimbingan, bantuan, dan kerjasama dari berbagai pihak akhirnya hambatan dan kesulitan yang dihadapi peneliti dapat diatasi. Melalui kesempatan ini peneliti ingin mengucapkan terima kasih terutama kepada keluarga yang saya cintai, orang tua (Badwi Dg. Parau dan

i Dg. Ngasih) saudara saya (Radiansyah, Rahmayanti, Ratih Lestari, Rani
terkhusus kepada nenek saya Bune Dg. Tanang dan tante saya (Hj.



Halwiah, Halawatiah, Rohana) yang senantiasa memberikan kasih sayangnya, doa, motivasi dan dukungan serta dengan penuh kesabaran, keikhlasan, dan kerja keras telah mendidik dan membiayai peneliti menempuh pendidikan meskipun semuanya tak dapat tergantikan dengan apapun. Semoga Allah senantiasa menjaga dan mencintai beliau. Ucapan terima kasih pula peneliti sampaikan kepada:

1. Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA., selaku Rektor Universitas Hasanuddin.
2. Ibu Dr. Ariyanti Saleh, S. Kp., M. Si selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
3. Ibu Rini Rachmawaty, S. Kep., Ns., MN., Ph.D selaku pembimbing pertama dan Ilkafah, S. Kep., Ns., M. Kep selaku pembimbing kedua yang dengan penuh kesabaran dan keterbukaan, dengan tulus telah meluangkan waktu dan pikiran untuk membimbing peneliti ditengah kesibukkan beliau yang sangat padat.
4. Ibu penguji pertama Nurmaulid, S. Kep., Ns., M. Kep dan penguji kedua Hapsah, S. Kep., Ns., M. Kep yang memberikan masukan-masukan demi menyempurnakan penulisan skripsi ini.
5. Seluruh dosen dan staf Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
6. Saudari saya “Ukhuwah Until Jannah” Ukhty Sumita, Ukhty Ayas, Ukhty Lia, Ukhty Novi, Ukhty Mona, Ukhty Tuti, Ukhty Sakina, Ukhty Putri dan Ukhty

terima kasih ata kebersamaan, dukungan, doa, bantuan, dan motivasi
m penyelesaian skripsi ini.



7. Sahabat K'Fams (Aya, Mino, Kibad, Pipi, Inggrid, Suci, Gany, dan Nandi) terima kasih telah memberi semangat, motivasi dan keceriaan dari kalian selama penyusunan skripsi ini.
8. Keluarga Ash-Shihhah dan Halaqoh tarbiyah saya terkhusus untuk murobbiyah yang selalu mengingatkan, memberi nasehat, doa, dan dukungan dalam proses penyusunan skripsi ini.
9. Teman-teman angkatan 2015 "Facial15" terkhusus Elna dan teman bimbingan saya (Nal, Hasni, Ima, Novi) serta teman-teman KKN-PK Ang.57 Desa Tonasa terima kasih atas bantuan dan motivasi kepada penulis setiap saat.

Dari semua bantuan dan bimbingan yang telah diberikan, penulis tentunya tidak dapat memberikan balasan yang setimpal kecuali do'a semoga Allah *subhanah wa ta'ala* senantiasa melimpahkan rahmat dan karunia-Nya kepada Hamba-Nya yang senantiasa membantu sesamanya. Akhirnya, dengan segala kerendahan hati penulis menyadari bahwa penulis hanyalah manusia biasa yang tidak luput dari salah dan khilaf dalam penelitian dan penyusunan skripsi ini, karena sesungguhnya kebenaran sempurna hanya milik Allah *subhana wa ta'ala* semata. Oleh karena itu, penulis senantiasa mengharapkan masukan yang membangun sehingga penulis dapat berkarya lebih baik lagi di masa yang akan datang. Akhir kata mohon maaf atas segala salah dan khilaf.

Makassar, 3 Januari 2019

Rasdiana



ABSTRAK

Rasdiana. C12115023. **ANALISIS FAKTOR PENGHAMBAT PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN DI RUANG RAWAT INAP RUMAH SAKIT UNIVERSITAS HASANUDDN**, dibimbing oleh Rini Rachmawaty, S.Kep., Ns., MN., Ph.D dan Ilkafah, S.Kep., Ns., M.Kep.

Latar Belakang: Kinerja perawat dapat dilihat dari pendokumentasian asuhan keperawatan yang berisi catatan lengkap yang dibuat perawat dari waktu pasien masuk sampai pulang. Dokumentasi tersebut menjadi bukti atas tindakan perawat selama menjalankan tugas pelayanan keperawatan. Namun dalam kenyataannya dokumentasi perawat masih ada yang belum lengkap. Pendokumentasian asuhan keperawatan yang tidak dilakukan dengan lengkap ini dapat menurunkan mutu pelayanan keperawatan karena tidak dapat menilai sejauh mana tingkat keberhasilan asuhan keperawatan yang telah diberikan. **Tujuan:** Untuk mengetahui faktor penghambat pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin. **Metode:** Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan study kasus jenis eksplorasi melalui teknik wawancara mendalam semi struktur kepada 11 orang partisipan. Partisipan dalam penelitian ini adalah seorang perawat yang bekerja di ruang rawat inap rumah sakit Universitas Hasanuddin. **Hasil penelitian:** Penelitian ini menghasilkan enam tema sebagai penghambat pendokumentasian asuhan keperawatan yaitu beban kerja yang tinggi, perawat menunda melakukan pendokumentasian, banyak yang harus didokumentasikan, perawat lupa mendokumentasikan beberapa tindakan yang telah dilakukan, rekam medis digunakan oleh semua tenaga kesehatan pada waktu yang bersamaan dan keterbatasan waktu. **Kesimpulan dan saran:** Penelitian ini memperlihatkan beberapa faktor yang menjadi penghambat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin. Oleh karenanya, perawat memiliki tanggungjawab untuk kelengkapan pendokumentasian tersebut. Untuk mengatasinya, perawat dapat menulis di awal dinas agar sesuatu yang akan didokumentasikan nantinya tidak menumpuk, langsung melakukan pendokumentasian setiap selesai melakukan tindakan, selalu membawa buku catatan kecil/loogbook, dan melakukan manajemen waktu yang baik. Disarankan kepada pihak rumah sakit dapat mewedahi tenaga kesehatan dalam mengoptimalkan pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan yang baik dan berkualitas.

Kata kunci: Faktor penghambat, pendokumentasian asuhan keperawatan.
Sumber Literatur 49 kepustakaan (2010-2018)



ABSTRACT

Rasdiana. C12115023. **ANALYSIS OF THE INHIBITING FACTORS OF NURSING CARE DOCUMENTATION IN THE WARD OF HASANUDDIN UNIVERSITY HOSPITAL**, guided by Rini Rachmawaty, S.Kep., Ns., MN., Ph.D and Ilkafah, S.Kep., Ns., M.Kep.

Background: Nurse's performance can be seen from the documentation of nursing care which contains complete records made by nurses from the time the patient enters to go home. The documentation is evidence of the actions of nurses while carrying out nursing services. But in reality nurse documentation is still incomplete. Documentation of nursing care that is not done in full can reduce the quality of nursing services because it cannot assess the extent of the success of nursing care that has been given. **Aim:** To determine the inhibiting factors of nursing care documentation in the ward of Hasanuddin University Hospital. **Method:** This study used a qualitative method with an exploratory case study approach through semi-structured in-depth interview techniques to 11 participants. The participants in this study were nurses who worked in the ward of Hasanuddin University hospital. **Results:** This study produced six themes as a barrier to documenting nursing care, namely high workload, nurses delaying documentation, much of which had to be documented, nurses forgot to document some of the actions taken, medical records used by all health workers at the same time and limited time. **Conclusions and suggestions:** This study shows several factors that become obstacles in documenting nursing care at Hasanuddin University Hospital. Therefore, nurses have responsibilities for completing the documentation. To overcome this, nurses can write at the beginning of the department so that something that will be documented will not accumulate, immediately do documentation every time they complete the action, always carry a small notebook, and do good time management. It is suggested to the hospital to accommodate health workers in optimizing the implementation of good and quality nursing care documentation.

Keywords: Inhibiting factors, documentation of nursing care.

Literature: 49 literature (2010-2018)



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI.....	iv
KATA PENGANTAR	ii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR BAGAN	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB 1	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	4
BAB II.....	5
TINJAUAN PUSTAKA	5
A. Tinjauan Tentang Dokumentasi Asuhan Keperawatan.....	5
1. Pengertian	5
2. Tujuan Dokumentasi Keperawatan	6
3. Model Dokumentasi Keperawatan	9
4. Manfaat dan Pentingnya Dokumentasi.....	14
5. Standar Dokumentasi Keperawatan	16
6. Komponen Dokumentasi Asuhan Keperawatan.....	16
7. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Dokumentasi Perawat	26
.....	30
B. METODE PENELITIAN.....	30
1. Jenis Penelitian.....	30
.....	x



B. Tempat dan Waktu Penelitian	30
C. Populasi dan Sampel	31
D. Alur Penelitian	33
E. Pengumpulan Data	34
F. Pengolahan dan Analisa Data.....	35
G. Keabsahan Data.....	36
H. Etika Penelitian	38
BAB IV	40
HASIL DAN PEMBAHASAN.....	40
A. Hasil Penelitian	40
1. Karakteristik Partisipan	40
2. Analisa Tema.....	42
B. Pembahasan.....	54
1. Beban kerja yang tinggi.....	54
2. Perawat menunda melakukan pendokumentasian.....	58
3. Banyak yang harus didokumentasikan	59
4. Perawat lupa mendokumentasikan beberapa tindakan yang telah dilakukan.....	61
5. Rekam medis digunakan oleh semua tenaga kesehatan pada waktu yang bersamaan	62
6. Keterbatasan waktu	64
C. Keterbatasan Penelitian	68
BAB V.....	69
KESIMPULAN DAN SARAN.....	69
A. Kesimpulan	69
B. Saran.....	70
DAFTAR PUSTAKA	71
LAMPIRAN.....	77



DAFTAR TABEL

Tabel 4.1 Tema 1: Beban kerja yang tinggi.....	46
Tabel 4.2 Tema 2: Perawat menunda melakukan pendokumentasian.....	47
Tabel 4.3 Tema 3: Banyak yang harus didokumentasikan.....	49
Tabel 4.4 Tema 4: Perawat lupa mendokumentasikan beberapa tindakan yang telah dilakukan.....	50
Tabel 4.5 Tema 5: Rekam medis digunakan oleh semua tenaga kesehatan pada waktu yang bersamaan.....	52
Tabel 4.6 Tema 6: Keterbatasan waktu.....	53



DAFTAR BAGAN

Bagan 3.1. Alur penelitian	33
----------------------------------	----



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Persetujuan Menjadi Partisipan

Lampiran 2 Lembar Persetujuan Partisipan

Lampiran 3 Instrumen Penelitian

Lampiran 4 Data Demografi Partisipan

Lampiran 5 Hasil Transkrip Wawancara

Lampiran 6 Tabel Penentuan Tema

Lampiran 7 Dokumentasi Penelitian

Lampiran 8 Surat Keterangan dan Persetujuan Penelitian



BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kinerja keperawatan menurut UU No.36 tahun 2009 merupakan aktivitas yang diberikan kepada klien atau pasien melalui pelaksanaan asuhan keperawatan dalam rangka mencapai tujuan layanan kesehatan sesuai dengan tugas dan wewenang perawat (Loah & Magari, 2015). Perawat sebagai tenaga kesehatan di rumah sakit berperan penting dalam memberikan pelayanan secara terus menerus sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya masing-masing.

Terlaksananya tugas perawat dengan baik akan mencerminkan kinerja perawat yang baik dalam melaksanakan tugasnya dan akan mendukung kualitas pelayanan kesehatan. Kualitas pelayanan dan kinerja perawat yang memuaskan akan mendorong pasien untuk tetap memilih rumah sakit yang sama apabila membutuhkan pelayanan kesehatan. Sesuai dengan hasil penelitian Khamida dan Mastiah (2015) menyimpulkan bahwa kinerja perawat akan berpengaruh terhadap kepuasan pasien. Sebaliknya, kinerja perawat yang buruk akan berdampak pada ketidakpuasan pasien. Dalam Pramithasari (2016) dikatakan bahwa kinerja perawat dapat dilihat dari pendokumentasian asuhan keperawatan yang merupakan catatan atau *outcome* yang dihasilkan oleh seorang perawat.

Menurut *The Canadian Nurses Protective Society* (CNPS) tahun 2007

dan *Nurses Association of New Brunswick* (2015) bahwa dokumentasi

keperawatan yang merupakan catatan integral dapat digunakan sebagai bukti



di pengadilan sehingga harus berisi catatan lengkap perawatan pasien dari waktu masuk sampai pulang. Namun dalam kenyataannya dokumentasi perawat masih ada yang belum lengkap. Hal ini dibuktikan dengan hasil penelitian Siswanto dan Haryanti (2013) bahwa pendokumentasian yang dilakukan perawat sebagian besar masih belum lengkap 71,6%. Persentase pendokumentasian paling sedikit adalah catatan perkembangan yaitu 66%. Demikian juga dari penelitian Mulyaningsih (2013) didapatkan nilai dokumentasi yang paling rendah pada saat audit dokumentasi asuhan keperawatan di salah satu ruangan RSJD Surakarta terdapat pada tahap evaluasi yaitu 50%. Hal ini menunjukkan bahwa kinerja perawat masih kurang.

Andriani dan Fitri (2014) mengatakan bahwa kinerja perawat yang kurang yaitu 44% disebabkan karena perawat tidak melengkapi format buku status dengan lengkap dan tepat, tidak menilai keadaan atau kondisi kesehatan pasien secara terus. Kinerja yang kurang ini dapat mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan (Ramadini & Jasmita, 2015).

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti dengan salah satu kepala ruangan di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin, mengatakan bahwa pemeriksaan dokumentasi biasanya diperiksa jika ada waktu luang. Akibatnya beberapa berkas rekam medis pasien pernah dikembalikan ke ruangan karena belum lengkap. Hasil wawancara tersebut juga dibuktikan dengan data yang diperoleh peneliti setelah memeriksa dokumentasi yang dilakukan perawat

na ditemukan bahwa dokumentasi perawat sebagian besar masih belum



lengkap (56%). Paling rendah pada diagnosa keperawatan yaitu 50% dan pada tahap implementasi hanya 12%.

Pendokumentasian asuhan keperawatan yang tidak dilakukan dengan lengkap ini dapat menurunkan mutu pelayanan keperawatan karena tidak dapat menilai sejauh mana tingkat keberhasilan asuhan keperawatan yang telah diberikan (Yanti & Warsito, 2013). Maka berdasarkan data di atas, peneliti ingin melakukan penelitian tentang “Analisis faktor penghambat pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.”

B. Rumusan Masalah

Perawat sebagai tenaga kesehatan di rumah sakit berperan penting dalam memberikan pelayanan sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya yang akan tercermin dari kinerja perawat. Kinerja perawat dapat dilihat dari pendokumentasian asuhan keperawatan yang berisi catatan lengkap yang dibuat perawat dari waktu pasien masuk sampai pulang. Dokumentasi tersebut menjadi bukti atas tindakan perawat selama menjalankan tugas pelayanan keperawatan. Namun dalam kenyataannya dokumentasi perawat masih ada yang belum lengkap.

Berdasarkan studi pendahuluan peneliti, di Rumah Sakit Universitas Hasanuddin ditemukan bahwa sebagian besar pendokumentasian perawat

h belum lengkap (56%). Paling rendah pada diagnosa keperawatan yaitu dan pada tahap implementasi hanya 12%. Maka, berdasarkan uraian di



atas peneliti merumuskan masalah penelitian sebagai berikut: Apakah faktor penghambat pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin?

C. Tujuan Penelitian

Mengetahui faktor penghambat pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat menjadi suatu sumbangan ilmu pengetahuan dan bahan referensi serta bahan evaluasi dalam manajemen keperawatan, manajemen sumber daya manusia, rumah sakit dan manajemen mutu rumah sakit serta menjadikan referensi bagi peneliti berikutnya.

2. Manfaat Aplikatif

Hasil penelitian ini diperoleh gambaran tentang faktor penghambat pendokumentasian perawat di ruang rawat inap sehingga dapat menjadi masukan dalam rangka meningkatkan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan dan mutu asuhan keperawatan.



BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Tentang Dokumentasi Asuhan Keperawatan

1. Pengertian

Dokumentasi merupakan catatan otentik dalam penerapan manajemen asuhan keperawatan profesional (Nursalam, 2017). Dokumentasi mencakup semua catatan tertulis dan atau elektronik yang mencerminkan semua aspek perawatan pasien yang dikomunikasikan, direncanakan, direkomendasikan atau diberikan kepada pasien tersebut (*The Royal Children's Hospital Melbourne*, 2014). Pelaksanaan dokumentasi memegang peranan penting dalam penilaian kinerja perawat di ruang rawat inap maupun rawat jalan. Menurut Iyer dan Camp (2005) dalam Murni, Bachtiar, dan Sasmita (2016) mengatakan bahwa dokumentasi asuhan keperawatan merupakan mekanisme yang mengevaluasi asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien, yang telah dilaksanakan oleh perawat pelaksana.

Dokumentasi merupakan salah satu kegiatan yang dapat menilai kinerja perawat. Menurut Donnelly, et al (1994) dalam Rahadi (2010) mengemukakan bahwa kinerja merujuk kepada tingkat keberhasilan dalam melaksanakan tugas serta kemampuan seseorang tersebut dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Oleh karena itu, seorang perawat harus mampu melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan dalam rekam



medis dengan lengkap, jelas, akurat dan dapat dipahami oleh orang lain (Aziz, 2017).

Pencatatan data pasien yang lengkap dan akurat akan memberikan kemudahan bagi perawat dalam membantu menyelesaikan masalah pasien dan mengetahui sejauh mana masalah dapat teratasi. Hal ini akan membantu meningkatkan mutu asuhan keperawatan (Abdurrouf & Kasim, 2016).

2. Tujuan Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan dapat diartikan sebagai suatu catatan bisnis dan hukum yang mempunyai banyak manfaat dan penggunaan. Tujuan utama pendokumentasian dalam Nursalam (2013) adalah untuk:

- a. Mengidentifikasi status kesehatan pasien dalam rangka mendokumentasikan kebutuhan pasien, merencanakan, melaksanakan asuhan keperawatan, dan mengevaluasi intervensi.
- b. Dokumentasi untuk penelitian, keuangan, hukum, dan etika. Hal ini menyediakan: bukti kualitas asuhan keperawatan, bukti legal dokumentasi sebagai pertanggungjawaban kepada pasien, informasi terhadap perlindungan individu, bukti aplikasi standar praktik keperawatan, sumber informasi statistik untuk standar praktik keperawatan, sumber informasi statistik untuk standar dan riset keperawatan, pengurangan biaya informasi, sumber informasi untuk data yang harus dimasukkan, komunikasi konsep risiko asuhan keperawatan, informasi untuk peserta didik keperawatan, persepsi hak



pasien, dokumentasi untuk tenaga profesional, tanggungjawab etik, dan menjaga kerahasiaan informasi pasien, suatu data keuangan yang sesuai data perencanaan pelayanan kesehatan di masa yang akan datang.

Berdasarkan penjelasan Ali (2010) dalam Aziz (2017) bahwa tujuan dokumentasi asuhan keperawatan yaitu:

- a. Menghindari kesalahan, tumpang tindih, dan ketidaklengkapan informasi dalam asuhan keperawatan.
- b. Terbinanya koordinasi yang baik dan dinamis antara sesama atau dengan pihak lain melalui dokumentasi keperawatan yang efektif.
- c. Meningkatkan efisiensi dan efektivitas tenaga keperawatan.
- d. Terjaminnya kualitas asuhan keperawatan.
- e. Tersedianya perawat dari suatu keadaan yang memerlukan penanganan secara hukum.
- f. Melindungi klien dari tindakan malpraktek.

Sedangkan dalam Setiadi (2012) menyatakan bahwa tujuan dari dokumentasi keperawatan, yaitu:

- a. Sebagai sarana komunikasi

Dokumentasi haruslah dikomunikasikan secara akurat dan lengkap sehingga berguna untuk membantu koordinasi asuhan keperawatan yang diberikan agar dapat meminimalkan pengulangan informasi terhadap pasien atau anggota tim kesehatan.

Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat



Dokumentasi keperawatan digunakan sebagai bentuk perlindungan terhadap keamanan perawat dalam melaksanakan tugasnya. Oleh karena itu, perawat diharuskan mencatat segala tindakan yang dilakukan terhadap pasien.

c. Sebagai informasi statistik

Data statistik dari dokumentasi keperawatan dapat membantu merencanakan kebutuhan di masa mendatang, baik dari segi sumber daya manusia, sarana prasarana dan teknis.

d. Sebagai sarana pendidikan

Dokumentasi asuhan keperawatan yang dilaksanakan secara baik dan benar akan membantu para mahasiswa keperawatan dalam proses pembelajaran sehingga bisa mendapatkan pengetahuan dan membandingkannya, secara teoritis maupun praktik lapangan.

b. Sebagai sumber data penelitian

Informasi yang ditulis dalam dokumentasi terkait asuhan keperawatan yang diberikan dapat digunakan sebagai sumber data penelitian sehingga melalui penelitian dapat diciptakan satu bentuk pelayanan keperawatan efektif dan etis.

c. Sebagai jaminan kualitas pelayanan kesehatan

Melalui dokumentasi keperawatan profesional, diharapkan asuhan keperawatan yang berkualitas dapat dicapai. Suatu perbaikan tidak dapat diwujudkan tanpa dokumentasi secara kontinyu, akurat, dan rutin serta membutuhkan kontribusi dari semua tim medis.



d. Sebagai sumber data perencanaan asuhan keperawatan berkelanjutan

Dokumentasi keperawatan bertujuan untuk mendapatkan data yang aktual dan konsisten. Data tersebut mencakup seluruh kegiatan keperawatan yang dilakukan melalui tahapan kegiatan proses keperawatan.

3. Model Dokumentasi Keperawatan

Menurut Hutahaean (2010) dalam Fatimah (2017), Model dokumentasi keperawatan terdiri dari komponen yaitu sebagai berikut :

a. Model dokumentasi SOR (*Source-Oriented-Record*)

Yaitu suatu model pendokumentasian sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi pada sumber informasi. Dokumentasi dibuat dengan cara setiap anggota tim kesehatan membuat catatan sendiri dari hasil observasi. Kemudian, semua hasil dokumentasi dikumpulkan jadi satu. Catatan berorientasi pada sumber terdiri dari lima komponen yaitu: lembar penerimaan berisi biodata, lembar order dokter, lembar riwayat medik atau penyakit, catatan perawat, catatan dan laporan khusus. Adapun keuntungan dan kerugian dari model ini diuraikan sebagai berikut: (Nursalam, 2013)

1) Keuntungan

Menyajikan data yang berurutan dan mudah diidentifikasi, memudahkan perawat untuk secara bebas menentukan bagaimana data akan didokumentasikan, format dapat menyederhanakan proses



pendokumentasian masalah, kejadian, perubahan, intervensi, dan respon pasien atau hasil.

2) Kerugian.

Potensial terjadinya pengumpulan data yang terfragmentasi karena tidak berdasarkan urutan waktu, kadang-kadang mengalami kesulitan untuk mencari data sebelumnya tanpa harus mengulang dari awal, superfisial pendokumentasian tanpa data yang jelas, memerlukan pengkajian data dari beberapa sumber untuk menentukan masalah dan intervensi yang akan diberikan kepada pasien, waktu pelaksanaan asuhan keperawatan memerlukan waktu yang banyak, data yang berurutan mungkin menyulitkan dalam tahap interpretasi, perkembangan pasien sulit dipantau.

b. Model dokumentasi POR (*Problem-Oriented-Record*)

Yaitu model yang memusatkan data tentang klien dan didokumentasikan dan disusun menurut masalah klien yakni semua data mengenai masalah yang dikumpulkan oleh dokter, perawat atau tenaga kesehatan lain yang terlibat dalam pemberian layanan kepada klien. Model ini terdiri dari empat komponen yaitu: Data dasar, daftar masalah, daftar awal rencana, dan catatan perkembangan (proses note).

Adapun keuntungan menggunakan model ini adalah sebagai berikut:

(Nursalam, 2013)

- 1) Fokus catatan keperawatan lebih menekankan pada masalah pasien dan proses penyelesaian masalah daripada tugas dokumentasi



- 2) Pendokumentasian tentang kontinuitas dari asuhan keperawatan
- 3) Evaluasi dan penyelesaian masalah secara jelas didokumentasikan.
Data disusun berdasarkan masalah yang spesifik.
- 4) Daftar masalah merupakan *check list* untuk diagnosis keperawatan dan untuk masalah klien. Daftar masalah tersebut membantu mengingatkan perawat untuk lebih memperhatikan.
- 5) Daftar yang perlu diintervensi dijabarkan dalam rencana asuhan keperawatan.

Sedangkan kerugian dari model dokumentasi ini adalah sebagai berikut:

- 1) Penekanan hanya berdasarkan masalah, penyakit, dan ketidakmampuan dapat mengakibatkan pada pendekatan pengobatan negatif.
- 2) Kemungkinan adaya kesulitan jika daftar masalah belum dilakukan intervensi atau munculnya masalah yang baru.
- 3) Dapat menimbulkan kebingungan jika setiap hal harus masuk dalam daftar masalah.
- 4) SOAPIER dapat menimbulkan pengulangan yang tidak perlu, jika sering adanya target evaluasi atau tujuan perkembangan pasien sangat lambat.
- 5) P (dalam SOAP) mungkin terjadi duplikasi dengan rencana asuhan keperawatan.
- 6) Perawatan yang rutin mungkin diabaikan dalam pendokumentasian jika *flow sheet* untuk pendokumentasian tidak tersedia.



c. Model dokumentasi CBE (*Charting By Exception*)

Merupakan model yang hanya mencatat secara *naratif* dari hasil yang menyimpang dari keadaan normal atau standar. Keuntungan CBE adalah mengurangi penggunaan waktu untuk mencatat sehingga banyak waktu yang digunakan untuk asuhan keperawatan langsung kepada pasien. CBE mengintegrasikan tiga komponen kunci menjadi dua komponen kunci yaitu:

- 1) *Flow sheet* yang berupa kesimpulan penemuan yang penting dan menjabarkan indikator pengkajian dan penemuan termasuk instruksi dokter/perawat, grafik, catatan pendidikan, dan pencatatan pemulangan pasien.
- 2) Dokumentasi dilakukan berdasarkan standar praktik keperawatan sehingga mengurangi pendokumentasian tentang hal rutin secara berulang kali. Oleh karenanya, standar harus cukup spesifik, menguraikan praktik keperawatan yang sebenarnya, serta harus dilakukan oleh perawat di bangsal.

d. Model dokumentasi PIE (*Problem intervention dan Evaluation*)

Yaitu suatu pendekatan orientasi-proses pada dokumentasi dengan penekanan pada proses keperawatan dan diagnosa keperawatan. Proses dokumentasi PIE dimulai dari pengkajian waktu klien masuk diikuti pelaksanaan pengkajian sistem tubuh setiap pergantian dinas. Format PIE tepat digunakan untuk sistem pemberian asuhan keperawatan



primer. Adapun keuntungan dan kerugian dari model dokumentasi ini menurut Nursalam (2013) adalah sebagai berikut:

1) Keuntungan.

Memungkinkan penggunaan proses keperawatan, rencana intervensi dan catatan perkembangan dapat dihubungkan, memungkinkan pemberian asuhan keperawatan yang kontinu karena secara jelas mengidentifikasi masalah pasien dan intervensi keperawatan, perkembangan pasien, mulai ketika pertama kali masuk sampai pulang dapat dengan mudah digambarkan.

2) Kerugian.

Tidak dapat dipergunakan untuk pendokumentasian semua disiplin ilmu, pembatasan rencana intervensi yang tidak aplikatif untuk beberapa situasi keperawatan.

e. Model dokumentasi POS (*Process-Oriented-System*)

Pencatatan FOCUS adalah suatu proses–orientasi dan klien–fokus. Hal ini digunakan proses keperawatan untuk mengorganisir dokumentasi asuhan. Jika menuliskan catatan perkembangan, format dengan 3 kolom yaitu DAR (Data – Action – Response).

1) Data. Berisi tentang data subjektif dan objektif yang mendukung dokumentasi fokus.

2) Action. Merupakan asuhan keperawatan yang segera atau yang akan dilakukan berdasarkan pengkajian/evaluasi keadaan pasien



- 3) Respons. Menuliskan respons pasien terhadap tindakan medis atau keperawatan.

4. Manfaat dan Pentingnya Dokumentasi

Manfaat dan pentingnya dokumentasi keperawatan mempunyai makna yang penting bila dilihat dari berbagai aspek: (Nursalam, 2013)

- a. Hukum

Dokumentasi dapat dipergunakan sebagai barang bukti di pengadilan apabila terjadi suatu masalah yang berhubungan dengan profesi keperawatan, dimana perawat sebagai pemberi jasa dan klien sebagai pengguna jasa. Dokumentasi diperlukan sewaktu-waktu, oleh karena itu data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas, objektif, dan ditanda tangani oleh tenaga kesehatan (perawat) dan perlu dihindari adanya penulisan yang dapat menimbulkan interpretasi yang salah.

- b. Jaminan mutu (kualitas pelayanan)

Pencatatan data klien yang lengkap dan akurat, akan memberikan kemudahan bagi perawat dalam membantu menyelesaikan masalah klien dan untuk mengetahui sejauh mana masalah klien dapat teratasi dan seberapa jauh masalah baru dapat diidentifikasi dan dimonitor melalui catatan yang akurat. Hal ini akan membantu meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

- c. Komunikasi

Dokumentasi keadaan klien merupakan alat perekam terhadap masalah yang berkaitan dengan klien. Perawat atau tenaga kesehatan lain



akan bisa melihat catatan yang ada dan sebagai alat komunikasi yang dijadikan pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan.

d. Keuangan

Semua tindakan keperawatan yang belum, sedang, dan telah diberikan dicatat dengan lengkap dan dapat digunakan sebagai acuan atau pertimbangan dalam biaya keperawatan.

e. Penelitian

Data yang terdapat di dalam dokumentasi keperawatan mengandung informasi yang dapat dijadikan sebagai bahan atau objek riset dan pengembangan profesi keperawatan.

f. Pendidikan

Isi pendokumentasian menyangkut kronologis dari kegiatan asuhan keperawatan yang dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pembelajaran bagi siswa atau profesi keperawatan.

g. Penelitian

Data yang terdapat di dalam dokumentasi keperawatan mengandung informasi yang dapat dijadikan sebagai bahan atau objek riset dan pengembangan profesi keperawatan

h. Akreditasi

Melalui dokumentasi keperawatan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien. Dengan demikian dapat diambil kesimpulan tingkat keberhasilan



pemberian asuhan keperawatan yang diberikan, guna pembinaan lebih lanjut

5. Standar Dokumentasi Keperawatan

Standar diartikan sebagai ukuran atau model terhadap sesuatu yang hampir sama. Model tersebut mencakup kualitas, karakteristik, sarana, dan kinerja yang diharapkan dalam suatu intervensi, pelayanan, dan seluruh komponen yang terlibat. Perawat memerlukan standar dokumentasi sebagai petunjuk dan arah terhadap cara penyimpanan dan teknik pendokumentasian yang benar (Nursalam, 2013). Adapun tanggung jawab profesi keperawatan dalam pendokumentasian keperawatan meliputi:

- a. Menggunakan standar untuk pendokumentasian dan penyimpanan
- b. Memberi masukan sebagai suatu “*code*”
- c. Menggunakan kebijakan tenaga keperawatan untuk pendokumentasian
- d. Melaksanakan kegiatan yang berhubungan dengan praktik keperawatan dan multidisiplin profesi keperawatan
- e. Memprioritaskan masalah kebutuhan pasien
- f. Memenuhi permintaan kelompok, tim akreditasi, dan pemakai.

6. Komponen Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Komponen dokumentasi asuhan keperawatan mencakup segala kegiatan yang dilakukan dalam asuhan keperawatan. Komponen isi dokumentasi penerapan standar asuhan keperawatan dari Depkes (1995)

alam (Asmarani, 2015) meliputi Standar I: Pengkajian keperawatan, standar II: Diagnosa keperawatan, standar III: Perencanaan keperawatan,



standar IV: Implementasi keperawatan, standar V: evaluasi keperawatan, standar VI: Catatan asuhan keperawatan.

a. Pengkajian

Dokumentasi pengkajian keperawatan merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respon kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien. Kriteria pengkajian tersebut meliputi: (Nursalam, 2013)

- 1) Pengumpulan data dilakukan dengan cara anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang
- 2) Sumber data adalah pasien, keluarga, tim kesehatan, rekam medis, dan catatan lain.
- 3) Data fokus dikumpulkan seperti: status kesehatan pasien masa lalu, status kesehatan pasien saat ini, status biologis-psikologis-sosial-spiritual, respon terhadap terapi, harapan terhadap tingkat kesehatan yang optimal, resiko-resiko tinggi masalah untuk diidentifikasi.
- 4) Kelengkapan data dasar mengandung unsur LARB (lengkap, akurat, relevan, dan baru).

Pada tahap pengkajian perlu diketahui bahwa jenis dokumentasi keperawatan meliputi: (Dinarti & Mulyanti, 2017)



- 1) Dokumentasi pada saat pengkajian awal (*Initial Assessment*), yaitu dokumentasi yang dibuat ketika pasien pertama kali masuk rumah sakit. Pengkajian awal ini didokumentasikan dalam bentuk *chart* khusus seperti formulir data keperawatan (*nursing data base form*).
- 2) Dokumentasi pengkajian lanjutan (*Ongoing Assessment*), merupakan pengembangan dasar yang dilakukan untuk melengkapi pengkajian awal dengan tujuan semua data menjadi lengkap sehingga mendukung informasi tentang permasalahan kesehatan pasien. Hasil pengkajian ini dimasukkan dalam catatan perkembangan terintegrasi pasien atau pada lembar data penunjang. Hal ini yang membuat dokumentasi keperawatan selalu diperbaharui (*up-to-date*).
- 3) Dokumentasi pengkajian ulang (*Reassessment*), merupakan pencatatan terhadap hasil pengkajian yang didapat dari informasi selama evaluasi. Perawat mengevaluasi kemajuan data terhadap pasien yang sudah ditentukan.

Adapun jenis pengelompokan pengkajian adalah sebagai berikut:

(Nursalam, 2013)

- 1) Penilaian umum (*general survey*). Untuk menentukan keadaan pasien secara umum. Melakukan pengkajian terhadap status mental pasien, perkembangan tubuh, aktivitas, status nutrisi, jenis kelamin dan ras, usia, postur tubuh, dan kemampuan bicara pasien.



- 2) Pola fungsi kesehatan. Untuk menentukan respon fisik, psikososial, dan budaya pasien. Melakukan pengkajian persepsi kesehatan, manajemen kesehatan, nutrisi, eliminasi, aktivitas, istirahat-tidur, kognitif, koping, nilai/kepercayaan.
- 3) ROS (*Review of Body System*). Untuk menentukan status fungsi sistem tubuh. Melakukan pengkajian terhadap sistem tubuh secara berurutan, biasanya: *head to-toe* (kepala sampai kaki): integumen, kepala (mata, hidung, mulut, gigi, tenggorokan, leher), respirasi, kardiovaskular, pencernaan, perkemihan, reproduksi, muskuloskeletal, limpatik, hematologik, dan endokrin.

b. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah salah satu tahap proses keperawatan yaitu mengidentifikasi masalah kesehatan pasien yang dapat diatasi (ditangani, dikurangi, atau diubah) melalui intervensi dan manajemen keperawatan. Diagnosa keperawatan menurut Depkes RI (1997) dalam Kurniadi (2013) merupakan pernyataan jelas, singkat, dan pasti tentang masalah pasien serta pengembangan yang dapat dipecahkan atau diubah melalui tindakan keperawatan.

Tujuan dari pendokumentasian diagnosis keperawatan adalah menyampaikan masalah pasien dalam istilah-istilah yang dapat dimengerti untuk semua perawat, mengenali masalah-masalah utama pasien pada pengkajian data, dan mengetahui perkembangan asuhan



keperawatan. Adapun langkah-langkah penulisan diagnosa keperawatan terdiri dari: (Dinarti & Mulyanti, 2017)

1) Pengelompokan data dan analisa data

a) Data subjektif.

Contoh: “Pasien mengeluhkan nyeri saat menelan karena ada tumor di leher, akibatnya BB turun lebih dari 10 kg dalam 12 bulan terakhir, karena nyeri menelan.”

b) Data Objektif

Contoh: TB = 165 cm, BB = 45 kg

2) Interpretasi Data

Contoh: Gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

3) Validasi Data

Validasi data ini dilakukan untuk memastikan keakuratan diagnosa dimana perawat bersama pasien memvalidasi diagnosa sehingga diketahui bahwa pasien setuju dengan masalah yang sudah dibuat dan faktor-faktor yang mendukungnya.

Contoh: Perawat mengukur BB pasien akibat tumor yang dideritanya.

4) Penyusunan Diagnosa Keperawatan (dengan rumusan P+E+S)

P = Problem

E = Etiolog

S = Symptom.



Contoh: Gangguan pemenuhan nutrisi: kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan *intake* yang tidak adekuat ditandai dengan klien mengatakan BB turun lebih dari 10 kg dalam 12 bulan terakhir, TB = 165 cm, BB = 45 kg.

c. Perencanaan keperawatan

Perencanaan adalah salah satu tahap dari proses keperawatan yang meliputi proses penentuan prioritas dan metode yang akan digunakan untuk penyelesaian masalah kesehatan pasien. Tujuannya adalah menyusun rencana asuhan keperawatan berdasarkan respon pasien terhadap masalah kesehatan baik yang aktual, risiko, maupun potensial. Pada tahap ini perawat membuat rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan pasien. Adapun kriteria prosesnya meliputi:

- 1) Perencanaan, terdiri atas penetapan prioritas masalah, tujuan, dan rencana tindakan keperawatan.
- 2) Bekerja sama dengan pasien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan
- 3) Perencanaan bersifat individual sesuai dengan kondisi atau kebutuhan pasien.
- 4) Mendokumentasikan rencana keperawatan.

d. Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status



kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Dinarti & Mulyanti, 2017). Perawat akan mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan, meliputi: (Nursalam, 2013)

- 1) Bekerja sama dengan pasien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.
- 2) Kolaborasi dengan tim kesehatan lain
- 3) Melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi kesehatan pasien
- 4) Memberikan pendidikan pada pasien dan keluarga mengenai konsep, keterampilan asuhan diri serta membantu pasien memodifikasi lingkungan yang digunakan.
- 5) Mengkaji ulang dan merevisi pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan respon pasien

e. Evaluasi keperawatan

Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien



dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain. Tujuan evaluasi adalah untuk menemukan efektivitas asuhan keperawatan untuk mencegah atau mengobati respon klien terhadap prosedur kesehatan yang telah diberikan (Nursalam, 3013). Langkah melakukan evaluasi:

- 1) Menentukan kriteria, standar dan pertanyaan evaluasi
- 2) Mengumpulkan data baru tentang klien
- 3) Menafsirkan data baru
- 4) Membandingkan data baru dengan standar yang berlaku
- 5) Merangkum hasil dan membuat kesimpulan
- 6) Melaksanakan tindakan yang sesuai berdasarkan kesimpulan

Adapun komponen evaluasi dicatat untuk:

- 1) Mengomunikasikan status klien dan hasilnya yang berhubungan dengan semua arti umum untuk semua perawat
- 2) Memberikan informasi yang bermanfaat untuk memutuskan apakah mengawali, melanjutkan, memodifikasi, atau menghentikan asuhan keperawatan.
- 3) Memberikan bukti revisi untuk perencanaan keperawatan berdasarkan pada catatan penilaian ulang atau reformulasi diagnosis keperawatan.



f. Catatan asuhan keperawatan

Hal yang perlu diperhatikan: (Asmarani, 2015)

- 1) Menulis pada format yang baku.
- 2) Pencatatan dilakukan sesuai dengan tindakan yang dilakukan
- 3) Perencanaan ditulis dengan jelas, ringkas, istilah yang baku dan benar
- 4) Setiap melaksanakan tindakan mencantumkan paraf/nama jelas, tanggal dilakukan tindakan.
- 5) Dokumentasi keperawatan tersimpan sesuai ketentuan yang berlaku.

Adapun aspek yang dinilai dalam pendokumentasian perawat menurut Sitorus & Panjaitan (2011) adalah sebagai berikut:

a. Pengkajian

- 1) Pemeriksaan fisik meliputi kondisi klien yaitu:
 - a) Keluhan utama
 - b) Tingkat kesadaran
 - c) Tanda-tanda vital
 - d) Kemampuan pergerakan
 - e) Kemampuan sensoris
 - f) Keadaan kulit
 - g) Nilai-nilai penunjang
- 2) Pengkajian termasuk status psikologis, sosial, dan spiritual
- 3) Pola hidup meliputi:



- a) Pola makan
 - b) Pola tidur
 - c) Pola eliminasi
- 4) Format pengkajian diisi dalam 24 jam sesudah klien masuk, yang terlihat dari tanggal pengkajian dilakukan
 - 5) Perawat yang bertanggung jawab adalah perawat yang terus menerus bertanggung jawab pada klien tersebut selama dirawat.
- b. Diagnosa keperawatan
- 1) Diagnosa keperawatan yang sesuai dengan kondisi klien artinya terdapat keterkaitan antara diagnosa dengan pengkajian.
 - 2) Masalah psikososial misalnya cemas berhubungan dengan penyakitnya
 - 3) Terdapat masalah kurangnya pengetahuan pada rencana asuhan keperawatan
 - 4) Diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan masalah, etiologi, dan ditunjang oleh data-data yang tepat
- c. Perencanaan
- 1) Perencanaan disusun dan ditandatangani oleh perawat yang bertanggung jawab pada klien tersebut
 - 2) Tujuan meliputi kriteria pencapaian tujuan
 - 3) Tindakan observasi keperawatan antara lain: monitor tanda-tanda vital dan mengukur jumlah pemasukan



- 4) Tindakan terapi keperawatan antara lain: merubah posisi klien, melatih nafas dalam dan batuk, meningkatkan koping klien
- 5) Tindakan pendidikan kesehatan antara lain: menjelaskan tentang obat-obatan, cara-ara klien meningkatkan kesehatan
- 6) Tindakan kolaborasi antara lain: pemberian obat-obatan, pemasangan infuse
- 7) Pelibatan klien dan keluarga terlihat dalam salah satu tindakan yang direncanakan (misalnya penjelasan/pendidikan kesehatan pada klien dan keluarga)

d. Implementasi

- 1) Tindakan observasi keperawatan dicatat pada format dokumen.
- 2) Tindakan terapi keperawatan dicatat pada format dokumen.
- 3) Tindakan pendidikan kesehatan dicatat pada format dokumen.
- 4) Tindakan kolaborasi dicatat pada format dokumen.
- 5) Terdapat penilaian terhadap respon klien, respon klien tidak ada kemerahan pada bagian tertentu.

e. Evaluasi

- 1) SOAP ditulis setiap hari untuk setiap masalah oleh peawat yang terus menerus mengikuti perkembangan klien
- 2) Terdapat tanda/pernyataan bahwa diagnosa sudah teratasi.

7. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Dokumentasi Perawat



Pelaksanaan dokumentasi keperawatan yang dilaksanakan perawat dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Siswanto dan Haryanti (2013)

mengungkapkan bahwa faktor yang paling dominan mempengaruhi kelengkapan pendokumentasian adalah pelatihan dan beban kerja. Pelatihan pendokumentasian merupakan sebuah kegiatan yang dimaksudkan untuk memperbaiki penguasaan pengetahuan dan keterampilan perawat tentang lima proses tahap keperawatan yang harus didokumentasikan secara lengkap (Rahmawati & Ula, 2017). Pelatihan merupakan faktor penting dalam meningkatkan kualitas kerja seseorang sesuai dengan tanggung jawabnya ditempat kerja. Hasil penelitian Siswanto & Haryanti (2013) menunjukkan perawat yang pernah pelatihan pendokumentasian cenderung akan mendokumentasikan asuhan keperawatan dengan lengkap 30,60 kali lebih besar dibandingkan dengan perawat yang belum pernah pelatihan.

Dept of Health Care Management (2013) juga mengatakan bahwa faktor yang mempengaruhi kinerja perawat adalah beban kerja. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Fatimah (2017), dimana dokumentasi keperawatan dianggap sebagai beban. Beban kerja merupakan keadaan dimana perawat dihadapkan pada tugas atau pekerjaan yang harus diselesaikan selama bertugas (Tamaka, Mulyadi, & Malara, 2015)

Hannan, Bijani, Sdeghzadeh, dan Jeihooni (2016) yang melakukan penelitian di Rumah Sakit Fasa menemukan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi buruknya pendokumentasian perawat adalah kurangnya jumlah perawat, tidak memiliki waktu yang cukup, kelelahan, tingginya

jumlah pasien, dan beban kerja tinggi. Dalam penelitian yang dilakukan oleh usuf (2013) juga diketahui bahwa terdapat hubungan antara manajemen



waktu perawat pelaksana dengan pendokumentasian asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap Kelas III Rumah Sakit Umum Daerah dr. Zainoel Abidin. Perencanaan waktu yang ideal adalah menyangkut pengambilan keputusan tentang apa yang akan dilakukan, bagaimana melakukannya dan kapan melakukannya, perawat harus melakukan perencanaan waktu dengan baik sehingga mempengaruhi kualitas pendokumentasian yang dilakukannya. Sedangkan menurut Wirawan, Novitasari, Wijayanti (2013), bahwa dokumentasi asuhan keperawatan dipengaruhi oleh motivasi perawat dan pengawasan dari kepala ruangan.

Baiknya dokumentasi asuhan yang dilakukan perawat akan mencerminkan kinerja perawat itu sendiri. Menurut Gibson (1997) dalam Nursalam (2014), ada 3 faktor yang berpengaruh terhadap kinerja, yaitu:

- a. Faktor individu: kemampuan, keterampilan, latar belakang keluarga, pengalaman kerja, tingkat sosial dan demografi seseorang.
- b. Faktor psikologis: persepsi, peran, sikap, kepribadian, motivasi dan kepuasan kerja.
- c. Faktor organisasi: struktur organisasi, desain pekerjaan, kepemimpinan, sistem penghargaan (*reward system*).

Kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan juga dipengaruhi oleh pengetahuan, masa kerja, dan ketersediaan fasilitas/sarana (Kadir, Hamsinah, & Aswar, 2014). Pengetahuan adalah

formasi yang dapat merubah seseorang atau sesuatu. Pengetahuan dapat menjadikan seseorang memiliki kecakapan dalam melakukan tindakan yang



benar sehingga diperlukan pembinaan untuk menambah pengetahuan mengenai standar asuhan keperawatan tentang pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan. Masa kerja merupakan lama kerja seorang perawat yang bekerja di rumah sakit dari mulai awal bekerja sampai dengan seorang perawat berhenti bekerja dan ketersediaan fasilitas yang dimaksud adalah tersedianya format pendokumentasian asuhan keperawatan.

Dokumen asuhan keperawatan sangat diperlukan untuk kepentingan pasien maupun perawat akan tetapi pada kenyataannya perlengkapan pengisian dokumen masih kurang diperhatikan sehingga masih banyak dokumen asuhan keperawatan yang isinya belum lengkap (Efendy, 2017). Oleh karena itu, untuk menjaga kelengkapan dokumentasi keperawatan perlu memperhatikan faktor apa saja yang menghambat individu/kelompok dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan sesuai dengan target-target dan standar yang dibakukan (Sugiyati, 2015).

