

GAMBARAN PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN OLEH PERAWAT PELAKSANA DI RUANG RAWAT INAP RSI PKU MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN sPEKALONGAN

Ekma Widyastuti¹, Nur Izzah²

Program Studi Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan
2025

Email: ekmawidyastuti77@gmail.com

Abstrak

Latar Belakang: Pelayanan keperawatan membutuhkan dokumentasi keperawatan berkualitas sebab kelengkapan dan keakuratan pendokumentasian proses keperawatan akan menentukan mutu dan kualitas asuhan keperawatan. Dokumentasi asuhan keperawatan di RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan belum optimal karena masih dijumpai perawat yang tidak melakukan pendokumentasian secara lengkap.

Metode: Desain penelitian ini adalah deskriptif. Pengambilan data dilakukan dengan teknik accidental sampling dengan jumlah sampel sebanyak 86 dokumen asuhan keperawatan pasien. Pengumpulan data menggunakan lembar observasi. Analisa data dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentase.

Hasil: Sebagian besar (72,1%) pendokumentasian yang dilakukan perawat lengkap untuk aspek pengkajian, sebagian besar (61,6%) lengkap untuk aspek diagnosa, lebih dari separuh (53,5%) tidak lengkap untuk aspek perencanaan, sebagian besar (64%) lengkap untuk aspek implementasi, hampir semua (96,5%) lengkap untuk aspek evaluasi dan semua (100%) lengkap untuk aspek catatan asuhan keperawatan.

Rekomendasi: Pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan perlu ditingkatkan pada aspek pengkajian dan diagnosa keperawatan.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Pendokumentasian, Rawat Inap

PENDAHULUAN

menyediakan pelayanan rawat inap, rawat

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 3 Tahun 2020 mengenai Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit menyebutkan bahwa rumah sakit yaitu institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang

jalan, dan gawat darurat. Pelayanan keperawatan merupakan salah satu dari pelayanan kesehatan di rumah sakit. Depkes RI (2010, dalam Ariga, 2021, h.2) menyebutkan bahwa pelayanan keperawatan merupakan pelayanan profesional sebagai bagian integral dari suatu pelayanan kesehatan berdasarkan ilmu dan teknik keperawatan,

dalam bentuk pelayanan bio-psiko-sosial-spiritual secara komprehensif, dan ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat, baik yang sakit atau pun sehat.

Pelayanan keperawatan membutuhkan dokumentasi keperawatan berkualitas sebab kelengkapan dan keakuratan pendokumentasian proses keperawatan akan menentukan mutu dan kualitas asuhan keperawatan. Dokumentasi keperawatan adalah bukti perawat mencatat dan melaporkan catatan asuhan keperawatan yang bermanfaat untuk pasien, perawat dan tim kesehatan sebagai bagian dari pemberian suatu pelayanan kesehatan. Seorang perawat membutuhkan waktu 35 sampai 140 menit untuk melakukan pendokumentasian dalam proses keperawatan (Anggraini dkk, 2023, h.105).

Sistem dokumentasi keperawatan terdapat 2 (dua) jenis yaitu sistem dokumentasi manual dan sistem dokumentasi elektronik. Sistem dokumentasi asuhan keperawatan di beberapa rumah sakit masih menggunakan sistem manual, dan menjadi beban bagi perawat karena harus mencatat di lembar atau form yang disediakan dan memakan waktu yang lebih lama. Sistem ini juga membutuhkan biaya yang mahal untuk pencetakan. Seiring dengan perkembangan teknologi, sekarang telah digunakan sistem dokumentasi keperawatan elektronik, sehingga asuhan keperawatan yang diberikan dapat terpantau

pada data base di rumah sakit. Sistem ini memudahkan perawat untuk mendapatkan akses data atau catatan medis dari tim kesehatan lainnya, seperti akses ke laboratorium, fisioterapi, radiologi dan disiplin ilmu yang lain seperti ahli gizi, dan occupational therapies (Hidayat, 2021, h.62).

Dokumentasi asuhan keperawatan di rumah sakit belum sepenuhnya dilaksanakan secara optimal. Penelitian Nellisa (2022) menyebutkan bahwa 80% pendokumentasian keperawatan pada tahap pengkajian keperawatan lengkap, 0% diagnosa keperawatan lengkap, 80% perencanaan keperawatan lengkap, 70% implementasi keperawatan lengkap, dan 10% evaluasi keperawatan lengkap. Penelitian Sartika (2018) menyebutkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan dipengaruhi faktor pengetahuan, sedangkan sikap dan motivasi tidak berpengaruh, sedangkan Saputra (2019) menemukan bahwa kualitas dan kelengkapan dokumentasi keperawatan dipengaruhi oleh umur, masa kerja, pendidikan, pengetahuan, pemanfaatan teknologi informasi dan beban kerja.

RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan adalah salah satu rumah sakit swasta di Kabupaten Pekalongan yang memberikan pelayanan pada pasien rawat inap dan rawat jalan. Berdasarkan studi pendahuluan melalui wawancara dan observasi

diketahui bahwa dokumentasi asuhan keperawatan selama ini dilakukan secara komputerisasi dan manual, sehingga masih dijumpai ketidaklengkapan dokumentasi asuhan keperawatan. Masih dijumpai beberapa perawat yang tidak melakukan pendokumentasian secara lengkap meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Berdasarkan latar belakang yang diuraikan sebelumnya, maka peneliti tertarik melaksanakna penelitian dengan judul “Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan oleh Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSIP PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan”

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

METODE PENELITIAN

Variabel penelitian menggunakan variabel tunggal yaitu pendokumentasian asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap. Desain penelitian menggunakan deskriptif.

Sampel untuk penelitian ini seluruh dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan meliputi ruang ICU,

matahari, bougenville, amarilis, edelweis, flamboyan, kenanga, perinatologi sebanyak 86 dokumen pasien rawat inap yang dilakukan selama 3 hari tanggal 1-3 Juli 2024 dengan teknik *accidental sampling*.

Instrumen penelitian menggunakan lembar observasi yang diadopsi dari penilaian dokumentasi asuhan keperawatan RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan. Metode pengolahan data terdiri dari *editing*, *scoring*, *coding*, *processing* dan *cleaning*. Analisa data menggunakan univariat dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentase.

HASIL PENELITIAN

Pendokumentasian asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan diuraikan sebagai berikut:

Tabel 1. Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, 2024 (n=86)

Pendokumentasian Asuhan Keperawatan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Lengkap	13	15,1
Tidak lengkap	73	84,9
Total	86	100

Tabel.1 menunjukkan bahwa hampir semua (84,9%) pendokumentasiah asuhan keperawatan tidak lengkap dan sebagian kecil (15,1%) lengkap.

Hasil distribusi fekuensi dalam aspek-aspek pendokumentasian asuhan keperawatan diuraikan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan aspek pengkajian dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 2 Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Pengkajian di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekalongan, 2024 (n=86)

Aspek Pengkajian	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Lengkap	62	72,1
Tidak lengkap	24	27,9
Total	86	100

Tabel 2 menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek pengkajian diperoleh sebagian besar (72,1%) lengkap.

Pendokumentasian aspek pengkajian per item dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3 Gambaran Per Item Pertanyaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Pengkajian di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekalongan, 2024 (n=86)

Aspek Pengkajian	Ya		Tidak	
	f	%	f	%
Mencatat data sesuai pedoman pengkajian	64	74,4	22	25,6
Data dikelompokkan (bio, psiko, sosial, spiritual)	85	98,8	1	1,2
Data dikaji dari pasien masuk sampai pasien pulang	86	100	0	0
Masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan kesehatan dan pola fungsi kehidupan	85	98,8	1	1,2

Tabel 3 menunjukkan bahwa sebagian besar (74,4%) pendokumentasian pengkajian sesuai dengan pedoman. Hampir semua (98,8%) data sudah dikelompokkan sesuai dengan bio, psiko dan spiritual. Hampir semua (98,8%) masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan pola fungsi kehidupan dan semua (100%) data pengkajian dilakukan dari awal masuk sampai pasien pulang dari rumah sakit.

2. Diagnosa

Pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan aspek diagnosa dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4 Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Diagnosa di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekalongan, 2024 (n=86)

Aspek Diagnosa	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Lengkap	53	61,6
Tidak lengkap	33	38,4
Total	86	100

Tabel 4 menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek diagnosa diperoleh sebagian besar (61,6%) lengkap.

Pendokumentasian aspek diagnosa per item dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5 Gambaran Per Item Pertanyaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Diagnosa di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, 2024 (n=86)

Aspek Diagnosa	Ya		Tidak	
	f	%	f	%
Diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang dirumuskan	85		1	1,2
Merumuskan diagnosa keperawatan aktual (potensial)	77		9	10,5

Tabel 5 menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek diagnosa hampir semua (98,8%) diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang dirumuskan dan hampir semua (89,5%) merumuskan diagnosa keperawatan aktual (potensial).

3. Perencanaan

Pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan aspek perencanaan dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 6 Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Perencanaan di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, 2024 (n=86)

Aspek Perencanaan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Lengkap	40	46,5
Tidak lengkap	46	53,5
Total	86	100

Tabel 6 menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan

pada aspek perencanaan diperoleh lebih dari separuh (53,5%) tidak lengkap.

Pendokumentasian aspek perencanaan per item dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 7 Gambaran Per Item Pertanyaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Perencanaan di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, 2024 (n=86)

Aspek Perencanaan	Ya		Tidak	
	f	%	f	%
Berdasarkan diagnosa keperawatan	85	98,8	1	1,2
Disusun sesuai prioritas	55	64	31	36
Rumusan mengandung komponen pasien, perubahan, perilaku dan kriteria waktu	84	97,7	2	2,3
Mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah terperinci dan jelas	86	100	0	0
Menggambarkan keterlibatan keluarga pasien	67	77,9	19	21,1
Menggambarkan kerja sama dengan tim kesehatan lain	69	80,2	17	19,8

Tabel 7 menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek perencanaan diketahui hampir semua (98,8%) perencanaan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan. Lebih dari separuh (64%) perencanaan disusun sesuai prioritas. Hampir semua (97,7%) rumusan dalam perencanaan mengandung komponen pasien, perubahan, perilaku dan kriteria waktu. Sebagian besar (77,9%) perencanaan menggambarkan

keterlibatan keluarga pasien dan hampir semua (80,2%) menggambarkan kerja sama dengan tim kesehatan lain. Semua (100%) mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah terperinci dan jelas.

4. Implementasi

Pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan aspek implementasi dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 8 Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Implementasi atau Tindakan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekalongan, 2024 (n=86)

Aspek Implementasi	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Lengkap	55	64
Tidak lengkap	31	36
Total	86	100

Tabel 8 menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek implementasi diperoleh sebagian besar (64%) lengkap. Pendokumentasian aspek implementasi per item dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 9 Gambaran Per Item Pertanyaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Implementasi atau Tindakan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekalongan, 2024 (n=86)

Aspek Implementasi	Ya		Tidak	
	f	%	f	%
Tindakan dilaksanakan mengacu pada rencana perawatan	86	100	0	0

Perawat mengobservasi respon pasien terhadap tindakan	84	97,7	2	2,3
Revisi tindakan berdasar hasil evaluasi	56	65,1	30	34,9
Semua tindakan dicatat ringkas dan jelas	86	100	0	0

Tabel 9 menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek implementasi diketahui hampir semua (97,7%) perawat mengobservasi respon pasien terhadap tindakan, lebih dari separuh (65,1%) revisi tindakan keperawatan berdasarkan hasil evaluasi. Semua (100%) tindakan keperawatan dilakukan mengacu pada rencana perawatan dan semua (100%) tindakan dicatat dan diringkas dengan jelas.

Evaluasi

Pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan aspek evaluasi dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 10 Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Evaluasi di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekalongan, 2024 (n=86)

Aspek Evaluasi	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Lengkap	83	96,5
Tidak lengkap	3	3,5
Total	86	100

Tabel 10 menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek evaluasi diperoleh hampir semua (96,5%) lengkap.

Pendokumentasian aspek evaluasi per item dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 11 Gambaran Per Item Pertanyaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Evaluasi di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekalongan, 2024 (n=86)

Aspek Evaluasi	Ya		Tidak	
	f	%	f	%
Evaluasi mengacu pada tujuan	83	96,5	3	3,5
Hasil evaluasi dicatat	86	100	0	0

Tabel 11 menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek evaluasi diketahui hampir semua (96,5%) evaluasi mengacu pada tujuan dan semua (100%) hasil evaluasi dicatat.

6. Catatan Asuhan Keperawatan

Pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan aspek catatan asuhan keperawatan dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 12 Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Catatan Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekalongan, 2024 (n=86)

Aspek Catatan Asuhan Keperawatan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Lengkap	86	100
Tidak lengkap	0	0
Total	86	100

Tabel 12 menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek catatan asuhan keperawatan diperoleh semua (100%) lengkap.

Pendokumentasian aspek catatan asuhan keperawatan per item dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 13 Gambaran Per Item Pertanyaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Tindakan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekalongan, 2024 (n=86)

Aspek Tindakan Keperawatan	Ya		Tidak	
	f	%	f	%
Menulis dengan format yang baku. Pencatatan dilakukan sesuai dengan tindakan yang dilaksanakan	86	100	0	0
Pencatatan ditulis dengan jelas, ringkas, istilah yang baku dan benar	86	100	0	0
Setiap melakukan tindakan, mencantumkan paraf atau nama yang jelas, serta jam dilaksanakan	86	100	0	0
Berkas catatan keperawatan disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku	86	100	0	0

Tabel 13 menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek tindakan keperawatan semuanya (100%) lengkap.

PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hampir semua (84,9%) pendokumentasian asuhan keperawatan tidak lengkap dan sebagian kecil (15,1%) lengkap. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Nellisa (2022) menyebutkan bahwa 80% pendokumentasian keperawatan pada tahap

pengkajian keperawatan lengkap, 0% diagnosa keperawatan lengkap, 80% perencanaan keperawatan lengkap, 70% implementasi keperawatan lengkap, dan 10% evaluasi keperawatan lengkap.

Pendokumentasian asuhan keperawatan di RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan dilakukan secara komputerisasi dan manual, namun dari hasil penelitian diketahui sebagian besar pendokumentasian asuhan keperawatan pasien rawat inap tidak lengkap. Pendokumentasian asuhan keperawatan pasien rawat inap ini sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas. Hal ini sesuai dengan pendapat Anggraini dkk (2023, h.105) yang menyatakan bahwa pelayanan keperawatan membutuhkan dokumentasi keperawatan berkualitas sebab kelengkapan dan keakuratan pendokumentasian proses keperawatan akan menentukan mutu dan kualitas asuhan keperawatan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek pengkajian diperoleh sebagian besar (72,1%) lengkap.

Pengkajian adalah suatu proses pemberian asuhan keperawatan secara sistematis dengan melakukan pengumpulan data melalui beberapa sumber agar status kesehatan pasien dapat dievaluasi dan diidentifikasi (Safitri dkk, 2023, h.5).

Pengkajian yang dalam dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan meliputi mencatat data sesuai dengan pedoman, pengelompokan data terdiri dari bio, psiko, sosial dan spiritual, mengkaji data dari pasien masuk hingga pasien pulang dan merumuskan masalah berdasarkan kesenjangan kesehatan dan pola fungsi kehidupan.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa persentase terendah pada aspek pengkajian adalah mencatat data sesuai dengan pedoman sebesar 18,6%. Hal ini dapat disebabkan kurangnya ketrampilan perawat dalam mendokumentasikan pengkajian pasien sehingga dalam mencatat data tidak sesuai dengan pedoman yang ditetapkan oleh rumah sakit. Fishbach (dalam Hidayat, 2021, h.7) menyebutkan bahwa salah satu dari komponen dokumentasi asuhan keperawatan adalah ketrampilan standar dokumentasi. Perawat harus memiliki keterampilan untuk melakukan standar dokumentasi sesuai ketentuan, seperti standar untuk dokumentasi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek diagnosa diperoleh sebagian besar (61,6%) lengkap. Dokumentasi asuhan keperawatan berdasarkan aspek diagnosa meliputi diagnosa keperawatan berdasarkan

masalah yang dirumuskan dan merumuskan diagnosa keperawatan aktual (potensial.

Diagnosa keperawatan yaitu suatu penilaian secara klinis terhadap respon klien pada masalah kesehatan atau proses kehidupan dengan tujuan agar dapat melakukan identifikasi respon klien mengenai situasi yang berhubungan dengan kesehatannya (Safitri dkk, 2023, h.5).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa persentase terendah dokumentasi asuhan keperawatan berdasarkan aspek diagnosa adalah merumuskan diagnosa keperawatan aktual atau potensial (34,3%). Diagnosa keperawatan aktual atau potensial yang tidak lengkap menyebabkan masalah potensial pada pasien tidak teridentifikasi dengan baik sehingga berisiko terjadinya komplikasi dan perawat tidak siap memberikan asuhan keperawatan yang tepat pada pasien yang mengalami komplikasi tersebut. Hal ini dapat mengakibatkan kecacatan atau bahkan kematian. Diagnosa keperawatan aktual atau potensial yang tidak lengkap dapat disebabkan perawat kurang terampil dalam komunikasi tertulis. Fishbach (dalam Hidayat, 2021, h.7) menyebutkan bahwa salah satu komponen dalam dokumentasi asuhan keperawatan adalah ketrampilan komunikasi tertulis. Perawat dituntut mempunyai ketrampilan menulis atau mencatat asuhan keperawatan

secara jelas, akurat dan mudah dipahami oleh orang lain.

Hasil penelitian menunjukkan pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek perencanaan diperoleh lebih dari separuh (53,5%) tidak lengkap. Perencanaan keperawatan yaitu suatu proses dari kegiatan pemecahan masalah dan menjadi keputusan awal dari semua tindakan keperawatan yang dilakukan (Safitri dkk, 2023, h.5). Perencanaan dalam dokumentasi asuhan keperawatan di RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan meliputi perencanaan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan, disusun sesuai prioritas, rumusan mengandung komponen pasien, perubahan perilaku dan kriteria waktu, mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah terperinci dan jelas, menggambarkan keterlibatan keluarga pasien, dan menggambarkan kerja sama dengan tim kesehatan lain. Dari hasil penelitian diketahui persentase terendah pada aspek perencanaan adalah menyusun perencanaan berdasarkan prioritas sebesar 10,4%. Hal ini dapat disebabkan perawat dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan belum memahami fungsi medis dari dokumentasi asuhan keperawatan yang berfungsi sebagai dasar dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien rawat inap. Hal ini sesuai dengan Hidayat (2021, h.6) menyatakan bahwa salah satu fungsi dokumentasi keperawatan adalah

fungsi medis. Dokumentasi dapat digunakan sebagai dasar dalam merencanakan perawatan atau pengobatan kepada klien.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek implementasi diperoleh sebagian besar (64%) lengkap.

Implementasi yaitu suatu rangkaian kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat untuk membantu klien yang sedang menghadapi masalah status kesehatan agar menjadi lebih baik. Implementasi menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan dari pemberian asuhan keperawatan (Safitri dkk, 2023, h.5). Pendokumentasian asuhan keperawatan dalam implementasi di RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan meliputi tindakan dilakukan mengacu pada rencana perawatan, perawat mengobservasi respon pasien terhadap tindakan, revisi tindakan berdasar hasil evaluasi, semua tindakan dicatat ringkas dan jelas. Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa persentase terendah pada aspek implementasi adalah revisi tindakan berdasarkan hasil evaluasi sebesar 16,3%. Hal ini dapat disebabkan perawat kurang memahami bahwa pemberian asuhan keperawatan pada pasien rawat inap berkesinambungan, sehingga hasil evaluasi terhadap tindakan yang telah diberikan pada pasien perlu dicatat dan dijadikan acuan bagi pemberian tindakan keperawatan lainnya yang

bersifat revisi. Rahmi (2019, h.4) menyatakan bahwa salah satu sifat dalam asuhan keperawatan adalah interdependen atau saling ketergantungan. Tahap-tahap dalam proses keperawatan mempunyai keterkaitan yang kuat, sehingga salah satu kekurangan pada salah satu tahap dapat mempengaruhi tahapan yang lain.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek evaluasi diperoleh hampir semua (96,5%) lengkap.

Evaluasi keperawatan yaitu suatu tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang bermanfaat untuk mengetahui tercapainya suatu tindakan keperawatan yang diberikan. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan tindakan keperawatan (Safitri dkk, 2023, h.5). Aspek evaluasi pada pendokumentasian asuhan keperawatan di RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan adalah evaluasi yang mengacu pada tujuan dan hasil evaluasi dicatat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa persentase terendah pada aspek evaluasi adalah evaluasi mengacu pada tujuan sebesar 43,3%. Perawat belum semua melakukan evaluasi pada asuhan keperawatan yang sesuai dengan tujuan dilakukan tindakan keperawatan. Perawat atau tenaga kesehatan lainnya yang memanfaatkan dokumentasi keperawatan akan mendapatkan informasi yang tidak akurat sehingga menyebabkan

terjadinya tumpang tindih informasi keperawatan yang diterima. Hidayat (2021, h.8) menyebutkan bahwa salah satu prinsip yang digunakan dalam melakukan dokumentasi asuhan keperawatan adalah keakuratan. Data yang didapatkan harus akurat sesuai dengan informasi yang sudah dikumpulkan dan data jelas diperoleh dari pasien.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek catatan asuhan keperawatan diperoleh semua (100%) lengkap.

Catatan asuhan keperawatan meliputi menulis format baku dengan mencatat tindakan yang dilakukan, pencatatan ditulis dengan jelas, ringkas, istilah baku dan benar, setiap melakukan tindakan mencantumkan paraf atau nama yang jelas, serta jam dilaksanakan, berkas catatan keperawatan disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Catatan asuhan keperawatan di RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan telah lengkap, hal ini dapat disebabkan perawat aktif dalam melakukan pencatatan asuhan keperawatan dan memahami pentingnya kejelasan dan keobyektifan dalam catatan asuhan keperawatan. Hal ini sesuai dengan Hidayat (2021, h.8) menyebutkan bahwa salah satu prinsip dalam melakukan dokumentasi asuhan keperawatan adalah kejelasan dan keobyektifan. Dokumentasi

keperawatan membutuhkan kejelasan dan objektivitas dari data yang diperoleh. Data dalam dokumentasi keperawatan harus rasional logis, jelas, kronologis, dan mencantumkan nama atau nomor register. Penulisan catatan dimulai dengan huruf besar dan disertai identitas penulis dan waktu penulisan.

Kelengkapan catatan asuhan keperawatan juga dapat disebabkan faktor pengetahuan perawat tentang dokumentasi asuhan keperawatan dan beban kerja. Penelitian Sartika (2018) menyebutkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan dipengaruhi faktor pengetahuan, sedangkan Saputra (2019) menemukan bahwa kualitas dan kelengkapan dokumentasi keperawatan dipengaruhi oleh umur, masa kerja, pendidikan, pengetahuan, pemanfaatan teknologi informasi dan beban kerja.

SIMPULAN

Sebagian besar (72,1%) pendokumentasian yang dilakukan perawat lengkap untuk aspek pengkajian, sebagian besar (61,6%) lengkap untuk aspek diagnosa, lebih dari separuh (53,5%) tidak lengkap untuk aspek perencanaan, sebagian besar (64%) lengkap untuk aspek implementasi, hampir semua (96,5%) lengkap untuk aspek evaluasi

dan semua (100%) lengkap untuk aspek catatan asuhan keperawatan

GAMBARAN PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN OLEH PERAWAT PELAKSANA DI RUANG RAWAT INAP RSI PKU MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN PEKALONGAN

Pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan perlu ditingkatkan pada aspek pengkajian dan diagnosa keperawatan

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini dkk. (2023). *Dokumentasi Keperawatan*. Makasar: Penerbit Rizmedia Pustaka Indonesia.
- Ariga. (2021). *Standar Praktik Keperawatan Profesional, Asuhan Keperawatan, dan Pendidikan Keperawatan Seri Buku Ajar: Konsep Dasar Keperawatan*. Yogyakarta: Penerbit Deepublish Publisher.
- Ariga. (2020). *Sejarah dan Profesi Keperawatan Seri Buku Ajar: Konsep Dasar Keperawatan*. Yogyakarta: Penerbit Deepublish.
- Hidayat. (2021). *Dokumentasi Keperawatan: Aplikasi Praktik Klinis*. Surabaya: Penerbit Health Books Publishing.
- Nellisa. (2022). "Pendokumentasian Keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit". *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Volume 1 Nomor 4*.
- Rahmi. (2019). *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: Bumi Medika.
- Safitri dkk. (2023). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Dewasa*. Indramayu: Adanu Abimata.
- Saputra. (2019). "Faktor yang Berhubungan dengan Kualitas dan Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan". *Jurnal Ilmiah Permasssss Volume 9 Nomor 3*.
- Sartika. (2018). "Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Tanjungpura Pontianak". *Tanjungpura Journal of Nursing Practice and Education Volume 2 nomor 1*

**GAMBARAN PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN
OLEH PERAWAT PELAKSANA DI RUANG RAWAT INAP
RSI PKU MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN
PEKALONGAN**

SKRIPSI



Disusun oleh:

Ekma Widyastuti
NIM: 202302030124

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
PEKAJANGAN PEKALONGAN
2024**

**GAMBARAN PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN
OLEH PERAWAT PELAKSANA DI RUANG RAWAT INAP
RSI PKU MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN
PEKALONGAN**

Diajukan Sebagai Persyaratan Untuk Memperoleh Gelar
Sarjana Keperawatan



Disusun oleh:

Ekma Widyastuti
NIM: 202302030124

**PROGRAM STUDI SARJANA KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH
PEKAJANGAN PEKALONGAN
2024**

LEMBAR PENGESAHAN

LEMBAR PENGESAHAN

**GAMBARAN PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN
OLEH PERAWAT PELAKSANA DI RUANG RAWAT INAP RSI PKU
MUHAMMADIYAH PEKAJANGAN PEKALONGAN**

Disusun oleh

Ekma Widyastuti
NIM. 202302030124

Ketua Penguji
Nurul Aktifah, S.Kep.,Ns.,M.Si.Med.
NIDN. 0631128003

Penguji Anggota I
Sigit Prasjo, SKM.,M.Kep.
NIDN. 0611106601

Penguji Anggota II
DR. Nur Izzah, SKp, M.Kes.
NIDN. 0623086702



Skripsi ini telah diterima sebagai salah satu persyaratan untuk
memperoleh gelar Sarjana Keperawatan

Pekalongan, 5 Mei 2025

Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan


Nurul Aktifah, S.Kep.,Ns.,M.Si.,Med
NIDN. 0631128003

SURAT PERNYATAAN

SURAT PERNYATAAN

Dengan ini kami menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar akademis di suatu Institusi Pendidikan, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis dan atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka. Apabila dikemudian hari diketahui adanya plagiasi, fabrikasi dan falsifikasi maka saya siap mengganti topik/ judul penelitian yang akan saya lakukan dan pengunduran pengambilan skripsi di tahun yang akan datang.

Pekalongan, 6 Januari 2025

Peneliti

Eka Widyastuti
NIM. 202302030124

KATA PENGANTAR

Peneliti memanjatkan puji syukur kehadirat Allah SWT atas segala nikmat dan rahmat yang telah dilimpahkan, sehingga dapat menyelesaikan skripsi dengan judul "Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan oleh Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan."

Peneliti mendapatkan bimbingan, arahan dan dorongan dari berbagai pihak, sehingga dapat menyusun skripsi ini. Peneliti menghaturkan terima kasih kepada:

1. DR. Nur Izzah, SKp, M.Kes, selaku Rektor Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan dan Penguji Anggota II yang telah memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan skripsi ini
2. Nurul Aktifah, S.Kep., Ns., M.Si.Med, selaku Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan (FIKES) Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan dan Ketua Penguji
3. Nuniek Nizmah Fajriyah.Skp.Mkep.,Sp.KMB selaku Ketua Lembaga Penelitian dan Pengabdian Masyarakat Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan
4. Sigit Prasajo, SKM., M.Kep, selaku Penguji Anggota I
5. dr. Widiyanto Danang Prabowo, MPH, selaku Direktur Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, yang telah memberikan ijin untuk pengambilan data.

6. David Arifianto,M,Kep.Ns.Sp Kep. MB. selaku Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.
7. Seluruh civitas akademik Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan
8. Keluarga yang telah memberikan doa dan dukungan selama menempuh pendidikan S-1 Keperawatan
9. Semua pihak yang telah memberikan dukungannya yang tidak dapat disebutkan satu per satu.

Peneliti mengharapkan masukan yang membangun guna kesempurnaan skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi pembaca dan masyarakat.

Pekalongan, Januari 2025

Peneliti

DAFTAR ISI

COVER	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
SURAT PERNYATAAN	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	ix
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
ABSTRAK	xiii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian	4
D. Manfaat Penelitian	5
E. Keaslian Penelitian	5
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	
A. Dokumentasi Asuhan Keperawatan	8
B. Asuhan Keperawatan	11
C. Perawat.....	26

BAB III. KERANGKA KONSEP, VARIABEL, HIPOTESA DAN	
DEFINISI OPERASIONAL	
A. Kerangka Konsep	30
B. Variabel Penelitian	31
C. Hipotesa Penelitian	31
D. Definisi Operasional	31
BAB IV. METODE PENELITIAN	
A. Desain Penelitian	32
B. Populasi dan Sampel	32
C. Tempat dan Waktu Penelitian	34
D. Etika Penelitian	34
E. Instrumen dan Metode Pengumpulan Data	36
F. Validitas dan Reliabilitas	36
G. Prosedur Pengumpulan Data	37
H. Metode Pengolahan Data	38
I. Teknik Analisa Data	40
BAB V. HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
A. Hasil Penelitian	39
B. Pembahasan.....	47
BAB VI. SIMPULAN DAN SARAN	
A. Simpulan	55
B. Saran	56

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional Variabel	31
Tabel 4.1	Jadwal Penelitian	34
Tabel 5.1	Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di <i>Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, 2024 (n=86)</i>	39
Tabel 5.2	Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Pengkajian di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, 2024 (n=86)	40
Tabel 5.3	Gambaran Per Item Pertanyaam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Pengkajian di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, 2024 (n=86)	40
Tabel 5.4	Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Diagnosa di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, 2024 (n=86)	41
Tabel 5.5	Gambaran Per Item Pertanyaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Diagnosa di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, 2024 (n=86).....	41
Tabel 5.6	Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Perencanaan di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, 2024 (n=86) ...	42
Tabel 5.7	Gambaran Per Item Pertanyaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Perencanaan di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, 2024 (n=86)	43

Tabel 5.8	Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Implementasi atau Tindakan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, 2024 (n=86)	44
Tabel 5.9	Gambaran Per Item Pertanyaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Implementasi atau Tindakan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, 2024 (n=86)	44
Tabel 5.10	Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Evaluasi di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, 2024 (n=86)	45
Tabel 5.11	Gambaran Per Item Pertanyaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Evaluasi di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, 2024 (n=86)	46
Tabel 5.12	Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Catatan Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, 2024 (n=86)	46
Tabel 5.11	Gambaran Per Item Pertanyaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Tindakan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, 2024 (n=86)	47

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	30
---	----

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Penjelasan Penelitian
Lampiran 2	Persetujuan Menjadi Responden
Lampiran 3	Kuesioner
Lampiran 4	Hasil Penelitian
Lampiran 6	Surat Ijzin Penelitian

ABSTRAK

Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Oleh Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

Ekma Widyastuti¹, Nur Izzah²

Latar Belakang: Pelayanan keperawatan membutuhkan dokumentasi keperawatan berkualitas sebab kelengkapan dan keakuratan pendokumentasian proses keperawatan akan menentukan mutu dan kualitas asuhan keperawatan. Dokumentasi asuhan keperawatan di RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan belum optimal karena masih dijumpai perawat yang tidak melakukan pendokumentasian secara lengkap.

Metode: Desain penelitian ini adalah deskriptif. Pengambilan data dilakukan dengan teknik accidental sampling dengan jumlah sampel sebanyak 86 dokumen asuhan keperawatan pasien. Pengumpulan data menggunakan lembar observasi. Analisa data dalam bentuk distribusi frekuensi dan persentase.

Hasil: Sebagian besar (72,1%) pendokumentasian yang dilakukan perawat lengkap untuk aspek pengkajian, sebagian besar (61,6%) lengkap untuk aspek diagnosa, lebih dari separuh (53,5%) tidak lengkap untuk aspek perencanaan, sebagian besar (64%) lengkap untuk aspek implementasi, hampir semua (96,5%) lengkap untuk aspek evaluasi dan semua (100%) lengkap untuk aspek catatan asuhan keperawatan.

Rekomendasi: Pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan perlu ditingkatkan pada aspek pengkajian dan diagnosa keperawatan.

Kata Kunci : Asuhan Keperawatan, Pendokumentasian, Rawat Inap

Daftar Pustaka : 23 (2017-2023)

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 3 Tahun 2020 mengenai Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit menyebutkan bahwa rumah sakit yaitu institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Pelayanan keperawatan merupakan salah satu dari pelayanan kesehatan di rumah sakit. Depkes RI (2010, dalam Ariga, 2021, h.2) menyebutkan bahwa pelayanan keperawatan merupakan pelayanan profesional sebagai bagian integral dari suatu pelayanan kesehatan berdasarkan ilmu dan teknik keperawatan, dalam bentuk pelayanan bio-psiko-sosial-spiritual secara komprehensif, dan ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat, baik yang sakit atau pun sehat.

Pelayanan keperawatan membutuhkan dokumentasi keperawatan berkualitas sebab kelengkapan dan keakuratan pendokumentasian proses keperawatan akan menentukan mutu dan kualitas asuhan keperawatan. Dokumentasi keperawatan adalah bukti perawat mencatat dan melaporkan catatan asuhan keperawatan yang bermanfaat untuk pasien, perawat dan tim kesehatan sebagai bagian dari pemberian suatu pelayanan kesehatan. Seorang perawat membutuhkan waktu 35 sampai 140 menit untuk melakukan pendokumentasian dalam proses keperawatan (Anggraini dkk, 2023, h.105).

Sistem dokumentasi keperawatan terdapat 2 (dua) jenis yaitu sistem dokumentasi manual dan sistem dokumentasi elektronik. Sistem dokumentasi asuhan keperawatan di beberapa rumah sakit masih menggunakan sistem manual, dan menjadi beban bagi perawat karena harus mencatat di lembar atau form yang disediakan dan memakan waktu yang lebih lama. Sistem ini juga membutuhkan biaya yang mahal untuk pencetakan. Seiring dengan perkembangan teknologi, sekarang telah digunakan sistem dokumentasi keperawatan elektronik, sehingga asuhan keperawatan yang diberikan dapat terpantau pada data base di rumah sakit. Sistem ini memudahkan perawat untuk mendapatkan akses data atau catatan medis dari tim kesehatan lainnya, seperti akses ke laboratorium, fisioterapi, radiologi dan disiplin ilmu yang lain seperti ahli gizi, dan occupational therapies (Hidayat, 2021, h.62).

Dokumentasi asuhan keperawatan di rumah sakit belum sepenuhnya dilaksanakan secara optimal. Penelitian Nellisa (2022) menyebutkan bahwa 80% pendokumentasian keperawatan pada tahap pengkajian keperawatan lengkap, 0% diagnosa keperawatan lengkap, 80% perencanaan keperawatan lengkap, 70% implementasi keperawatan lengkap, dan 10% evaluasi keperawatan lengkap. Penelitian Sartika (2018) menyebutkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan dipengaruhi faktor pengetahuan, sedangkan sikap dan motivasi tidak berpengaruh, sedangkan Saputra (2019) menemukan bahwa kualitas dan kelengkapan dokumentasi keperawatan dipengaruhi oleh umur, masa kerja, pendidikan, pengetahuan, pemanfaatan teknologi informasi dan beban kerja.

RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan adalah salah satu rumah sakit swasta di Kabupaten Pekalongan yang memberikan pelayanan pada pasien rawat inap dan rawat jalan. Berdasarkan studi pendahuluan melalui wawancara dan observasi diketahui bahwa dokumentasi asuhan keperawatan selama ini dilakukan secara komputerisasi dan manual, sehingga masih dijumpai ketidaklengkapan dokumentasi asuhan keperawatan. Masih dijumpai beberapa perawat yang tidak melakukan pendokumentasian secara lengkap meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Berdasarkan latar belakang yang diuraikan sebelumnya, maka peneliti tertarik melaksanakan penelitian dengan judul “Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan oleh Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSIP PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan”

B. Rumusan Masalah

Rumusan masalah penelitian yang disusun berdasarkan latar belakang, sebagai berikut “Bagaimana gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSIP PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan penelitian adalah mengetahui gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan pengkajian di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan
- b. Mengetahui gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan diagnosa di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan
- c. Mengetahui gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan perencanaan di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan
- d. Mengetahui gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan implementasi di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan
- e. Mengetahui gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan evaluasi di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit

Pihak rumah sakit dapat memanfaatkan hasil penelitian sebagai salah satu bahan pertimbangan dalam pengambilan kebijakan manajemen rumah sakit dalam mengevaluasi pendokumentasian asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Perawat dapat memanfaatkan hasil penelitian ini sebagai suatu bahan informasi untuk memperbaiki kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan.

3. Bagi Peneliti

Peneliti dapat mengaplikasikan secara nyata ilmu metodologi penelitian, dan ilmu yang lain seperti dokumentasi asuhan keperawatan yang telah diperoleh di bangku kuliah.

E. Keaslian Penelitian

1. Naibaho (2020) dengan judul “Gambaran Persepsi Perawat dalam Pendokumentasian Pemasangan Infus Berbasis Komputer di Rumah Sakit X di Depok”

Penelitian ini mengoperasionalkan variabel bebas yaitu persepsi perawat dalam melakukan pendokumentasian pemasangan infus berbasis komputer. Desain penelitiannya adalah deskriptif dengan pendekatan kuantitatif. Sampel penelitian yaitu perawat medikal bedah dan ruang

husus sebanyak 150 orang. Pengambilan sampel yang digunakan adalah *total sampling*. Instrumen dari penelitian ini yaitu kuesioner. Analisa data berupa distribusi frekuensi dan persentase.

Persamaan dengan penelitian sebelumnya adalah desain penelitian yang menggunakan deskriptif dan analisis data menggunakan distribusi frekuensi dan persentase. Perbedaan dengan penelitian sebelumnya adalah variabel penelitian. Penelitian sebelumnya menggunakan variabel yaitu persepsi perawat dalam melakukan pendokumentasian pemasangan infus berbasis komputer, sedangkan dalam penelitian ini menggunakan variabel pendokumentasian asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana.

2. Inayati (2020) dengan judul “*Case Study Report: Tingkat Pengetahuan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Terhadap Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta*”

Penelitian ini menggunakan variabel bebas: pengetahuan dan variabel terikat: pelaksanaan dokumentasi keperawatan. Desain penelitiannya yaitu analitik menggunakan pendekatan *cross sectional*. Sampel dari penelitian ini yaitu perawat sebanyak 113 orang. Analisa data yang digunakan adalah *cross table*.

Persamaan dengan penelitian sebelumnya adalah sampel penelitian yaitu perawat pelaksana. Perbedaan dengan penelitian sebelumnya adalah variabel penelitian. Penelitian sebelumnya menggunakan variabel bebas yaitu tingkat pengetahuan dokumentasi asuhan keperawatan dan variabel terikat yaitu pelaksanaan dokumentasi

asuhan keperawatan, sedangkan penelitian ini menggunakan variabel pendokumentasian asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana. Desain dari penelitian sebelumnya menggunakan analitik dan pendekatan *cross sectional*, sedangkan penelitian yang dilaksanakan memakai desain deskriptif. Analisa data penelitian sebelumnya menggunakan *chi square*, sedangkan analisa data dalam penelitian ini yaitu analisa data univariat berupa distribusi frekuensi dan persentase.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Dokumentasi Asuhan Keperawatan

1. Pengertian

Berdasarkan Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) dokumentasi didefinisikan sebagai suatu cara pengumpulan, pengolahan, pemilihan dan penyimpanan informasi dalam bidang pengetahuan (Anggraini, 2023, h.90). Dokumentasi yaitu suatu dokumen asli atau catatan otentik yang dapat digunakan sebagai bukti dalam masalah hukum. Dokumentasi keperawatan yaitu suatu bukti pelaporan dan pencatatan yang lengkap dan akurat yang dimiliki oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan bagi kepentingan klien dan tim kesehatan seperti perawat (Hidayat, 2021, h.6). Dokumentasi keperawatan adalah semua yang menjelaskan pelayanan atau perawatan yang diberikan kepada klien yang berupa catatan kesehatan yang berbentuk tulisan elektronik dan berisi data klien berhubungan dengan keputusan, intervensi klinis keperawatan dan respon klien (Rahmi, 2019, h. 6).

Berdasarkan definisi di atas dapat disimpulkan bahwa dokumentasi asuhan keperawatan adalah suatu catatan menyimpan informasi baik secara tertulis atau elektronik tentang pemberian asuhan keperawatan dan dapat dijadikan sebagai bukti secara hukum.

2. Tujuan Dokumentasi Keperawatan

Rosmalia & Hariyadi (2019, h.2) menyatakan bahwa tujuan dokumentasi keperawatan sebagai berikut:

- a. Mencegah terjadinya kesalahan, ketidaklengkapan dan tumpang tindih informasi keperawatan
- b. Terjalannya koordinasi yang dinamis dan baik
- c. Menciptakan efisiensi dan efektifitas bagi tenaga keperawatan
- d. Menjaga kualitas keperawatan
- e. Memberikan perlindungan hukum pada perawat
- f. Memberikan perlindungan klien dari tindakan-tindakan malpraktik

3. Manfaat Dokumentasi Keperawatan

Ibrahim (2023, h.6) berpendapat bahwa manfaat dokumentasi keperawatan antara lain:

- a. Manfaat bagi klien

Klien memperoleh pelayanan keperawatan yang berkualitas, efektif dan efisien. Klien mendapatkan asuhan keperawatan sesuai kebutuhan klien.

- b. Manfaat bagi tenaga kesehatan

Tenaga keperawatan menjadi lebih mandiri dalam pelaksanaan asuhan keperawatan selama proses keperawatan dan tidak menggandakan pada profesi lain.

c. Manfaat bagi institusi

Institusi keperawatan atau kesehatan merasakan kepuasan terhadap proses keperawatan yang diberikan, sehingga cepat sembuh. Institusi akan dipromosikan melalui pemberian asuhan keperawatan yang berkualitas.

Manfaat lain dari dokumentasi keperawatan yaitu menunjang pelaksanaan kualitas asuhan keperawatan. Dokumentasi keperawatan juga menjadi suatu bukti akuntabilitas mengenai kegiatan perawat dalam memberikan pelayanan pada pasiennya. Pendokumentasian yang baik menggambarkan profesionalitas yang dapat dipertanggungjawabkan secara legal (Hidayat, 2021, hh.62-63).

4. Fungsi Dokumentasi Keperawatan

Hidayat (2021, h.6) menyatakan bahwa dokumentasi keperawatan mempunyai beberapa fungsi yaitu:

a. Fungsi Administrasi

Isi dari dokumentasi keperawatan yaitu tindakan keperawatanyg diberikan pada klien berdasarkan wewenang dan tanggung jawab secara professional sebagai tenaga kesehatan untuk mewujudkan tujuan dari pelayanan kesehatan.

b. Fungsi Medis

Dokumentasi dapat digunakan sebagai dasar dalam merencanakan perawatan atau pengobatan kepada klien.

c. Fungsi Hukum

Dokumentasi keperawatan memberikan kepastian hukum berdasarkan keadilan atau dengan kata lain sebagai tanda bukti untuk menegakkan keadilan jika terjadi suatu masalah hukum yang berkaitan dengan pemberian asuhan keperawatan pada pasien, karena dalam dokumen tersebut memberikan informasi tentang klien dan tindakan keperawatan yang diberikan secara objektif dan ditandatangani oleh perawat profesional.

d. Fungsi Keuangan

Dokumentasi dapat memberikan informasi mengenai besarnya biaya atau harga dari tindakan keperawatan yang diberikan pada pasien.

e. Fungsi Penelitian

Dokumentasi keperawatan terdiri dari data mengenai pasien baik subjektif maupun objektif, sehingga dapat digunakan sebagai bahan penelitian dan pengembangan keilmuan.

f. Fungsi Pendidikan

Dokumentasi keperawatan yang berisi tentang kronologis penyakit pasien dan kegiatan asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien dapat digunakan sebagai bahan referensi dan informasi bagi dunia pendidikan.

g. Fungsi Jaminan Mutu

Dokumentasi keperawatan yang berisi informasi klien secara lengkap dan akurat dapat digunakan untuk menyelesaikan masalah kesehatan klien, sehingga dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.

h. Fungsi Akreditasi

Dokumentasi dapat dijadikan sebagai bukti fisik berupa dokumen untuk penilaian (bagi kepentingan akreditasi).

i. Fungsi Statistik

Dokumenstasi keperawatan juga dapat digunakan oleh institusi dalam menyusun rencana dan menentukan kebutuhan tenaga perawat.

j. Fungsi Komunikasi

Dokumentasi keperawatan dapat digunakan sebagai alat komunikasi untuk mengetahui perkembangan masalah kesehatan klien bagi rekan perawat atau tim kesehatan lainnya.

5. Prinsip

Hidayat (2021, h.8) menyebutkan bahwa terdapat beberapa prinsip yang digunakan dalam melakukan dokumentasi asuhan keperawatan yaitu:

a. Kesederhanaan

Menggunakan kata-kata yang sederhana, menghindari istilah yang sulit untuk dipahami mudah dimengerti dan mudah dibaca.

b. Keakuratan

Data yang didapatkan harus akurat sesuai dengan informasi yang sudah dikumpulkan dan data jelas diperoleh dari pasien.

c. Kesabaran

Perawat harus sabar dalam melaksanakan dokumentasi keperawatan dan membutuhkan waktu luang untuk memeriksa keakuratan data pasien.

d. Ketepatan

Dokumentasi keperawatan harus disusun secara tepat dan teliti berdasarkan gambaran klinis pasien, pemeriksaan tambahan, hasil laboratorium, dan pencatatan setiap perubahan pada rencana tindakan, serta melakukan observasi terhadap data yang diperoleh dan memeriksa kesesuaian hasil pemeriksaan dengan instruksi dokter dan tenaga kesehatan lainnya, disertai bukti tanda tangan dari pihak-pihak yang berwenang.

e. Kelengkapan

Pencatatan terhadap semua tindakan keperawatan yang diberikan, respon pasien, alasan perawat, kunjungan dokter dan tenaga kesehatan lainnya secara lengkap.

f. Kejelasan dan keobyektifan

Dokumentasi keperawatan membutuhkan kejelasan dan objektivitas dari data yang diperoleh. Data dalam dokumentasi keperawatan harus rasional logis, jelas, kronologis, dan

mencantumkan nama atau nomor register. Penulisan catatan dimulai dengan huruf besar dan disertai identitas penulis dan waktu penulisan.

6. Model Dokumentasi Keperawatan

Ibrahim (2023, h.20) menyebutkan terdapat beberapa model keperawatan yang dapat digunakan dalam sistem pelayanan keperawatan antara lain:

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

Model ini berorientasi pada sumber dari informasi yang diperoleh dengan menempatkan sumber pengelola pencatatan sebagai prioritas. Dokumentasi keperawatan disusun dengan cara tiap-tiap anggota tim kesehatan membuat catatan dari hasil observasi, kemudian dikumpulkan menjadi satu. Perawat dituntut untuk mandiri dan tidak tergantung pada anggota tim kesehatan lainnya. Misalnya kumpulan dokumentasi dari berbagai sumber seperti dokter, perawat, fisioterapi, bidan, ahli gizi dan lain-lain. Dokter memakai lembar untuk mencatat instruksi berdasarkan lembaran riwayat penyakit dan perkembangan penyakit, demikian pula dengan tenaga kesehatan lainnya. Komponen dari catatan berorientasi sebagai berikut:

- 1) Lembar penerimaan yang berisi biodata
- 2) Lembar order untuk dokter
- 3) Lembar untuk riwayat medik atau penyakit

- 4) Catatan dari perawat
- 5) Catatan dan laporan khusus

Rahmi (2019, h.25) menyatakan bahwa keuntungan model dokumentasi SOR sebagai berikut:

- 1) Menyajikan data agar mudah diidentifikasi dan ditampilkan secara berurutan
- 2) Memudahkan perawat untuk bebas mencatat informasi yang diperoleh
- 3) Format catatab dapat disederhanakan dari proses pencatatan masalah, respons klien, kejadian perubahan intervensi serta hasil

Rahmi (2019, h.25) menyebutkan bahwa kerugian dari model dokumentasi SOR sebagai berikut:

- 1) Memungkinkan pengumpulan data yang terfragmentasi sebab tidak disusun sesuai urutan waktu
- 2) Seringkali kesulitan untuk memperoleh data sebelumnya dan harus mengulang dari awal
- 3) *Superficial* pencatatan tidak dilengkapi dengan data yang jelas. Membutuhkan pengkajian data dari berbagai sumber untuk memutuskan masalah dan tindakan yang diberikan kepada klien
- 4) Membutuhkan pengkajian data dari berbagai sumber agar dapat menentukan masalah dan tindakan yang diberikan pada klien
- 5) Pemberian asuhan membutuhkan waktu yang lebih banyak

- 6) Menyulitkan dalam melakukan interpretasi data karena data berurutan
- 7) Kesulitan dalam memonitor perkembangan klien
- b. Model Dokumentasi *Problem Oriented Record* (POR)

Model ini memusatkan pada data mengenai klien, dan menyusun berdasarkan masalah klien. Model ini mengintegrasikan data yang diperoleh dari perawat, atau tenaga kesehatan lain yang terlibat dalam pemberian layanan kesehatan pada klien.

Model dokumentasi ini mempunyai komponen yaitu

- 1) Data dasar, berisi kumpulan dari data atau informasi subjektif maupun objektif yang sudah dikaji ketika klien pertama kali masuk rumah sakit atau pertama kali dilakukan pemeriksaan. Data dasar terdiri dari:
 - a) Pengkajian keperawatan
 - b) Riwayat kesehatan atau penyakit
 - c) Pemeriksaan fisik
 - d) Pengkajian dari ahli gizi
- 2) Data penunjang (hasil laboratorium)
- 3) Data dasar sudah terkumpul, selanjutnya dimanfaatkan sebagai untuk mengidentifikasi masalah kesehatan klien dan mengembangkan daftar masalah pada klien.

Keuntungan model dokumentasi POR sebagai berikut:

- 1) Pencatatan dalam sistem ini lebih fokus pada masalah klien dan proses untuk menyelesaikan masalah kesehatan daripada tugas menyusun dokumentasi
- 2) Adanya kesinambungan pencatatan asuhan keperawatan
- 3) Evaluasi masalah dan pemecahan masalah klien didokumentasikan secara jelas, penyusunan data mencerminkan masalah khusus dari klien. Data dokumentasi disusun berdasarkan masalah yang spesifik, yang mencerminkan penggunaan logika dalam pengkajian dan proses keperawatan dalam pengobatan klien.
- 4) Daftar masalah klien disusun sesuai judul dan nomor atau disebut "*check list*", yang digunakan untuk diagnosa keperawatan dan masalah klien. Daftar masalah ini dapat mengingatkan perawat untuk masalah-masalah yang membutuhkan perhatian khusus.
- 5) Daftar masalah berfungsi sebagai daftar isi dan memudahkan dalam pencarian data untuk proses pemberian asuhan, masalah yang membutuhkan intervensi dan rencana asuhan.

Kerugian model dokumentasi POR sebagai berikut:

- 1) Hanya menekankan pada masalah, penyakit, ketidakmampuan dan ketidakstabilan

- 2) Sistem ini sulit saat digunakan jika daftar catatan tidak dimulai atau tidak secara terus-menerus dilakukan pembaharuan, atau tidak ada batas waktu untuk dilakukan evaluasi dan strategi untuk *follow up* yang belum disepakati
 - 3) Kesulitan jika tidak ada daftar masalah saat dilakukan tindakan atau timbulnya masalah yang baru
 - 4) Jika setiap hal harus masuk di dalam daftar masalah dapat menimbulkan kebingungan
 - 5) SOAPIER memungkinkan terjadinya pengulangan yang tidak perlu, bila sering adanya target evaluasi atau tujuan perkembangan klien yang berjalan sangat lambat
 - 6) Tidak adanya kepastian perubahan dalam pencatatan di status pasien, dapat menimbulkan kejadian yang tidak diharapkan seperti pasien jatuh dan ketidakpuasan karena pencatatan yang tidak lengkap.
- c. Model Dokumentasi *Charting by Exception* (CBE)

Charting by exception yaitu suatu sistem dokumentasi yang hanya mencatat hasil atau penemuan yang menyimpang dari keadaan normal atau standar secara naratif. Keuntungan model dokumentasi CBE sebagai berikut:

- 1) Tersusunnya suatu standar minimal untuk melakukan pengkajian dan intervensi
- 2) Data yang tidak normal akan nampak jelas

- 3) Data yang tidak normal secara mudah dapat ditandai dan dipahami
- 4) Menghemat waktu karena catatan secara rutin dan observasi tidak perlu dituliskan kembali

Pedoman penulisan CBE sebagai berikut:

- 1) Data dasar untuk setiap klien dicatat dan disimpan secara permanen
- 2) Daftar diagnosa keperawatan disusun dan ditulis pada saat klien masuk rumah sakit, karena menyediakan daftar isi untuk semua diagnosa keperawatan. Ringkasan saat klien pulang ditulis untuk setiap diagnosa keperawatan
- 3) SOAPIER dapat digunakan sebagai catatan respons klien terhadap intervensi yang diberikan.

d. Model Dokumentasi *Problem Intervention and Evaluation* (PIE)

Model ini menggunakan pendekatan yang berorientasi pada proses terutama pada proses keperawatan dan diagnosa keperawatan. Model dokumentasi PIE dimulai dari pengkajian dari klien masuk sampai pergantian jaga (durasi waktu 8 jam). Data yang digunakan dalam asuhan keperawatan klien untuk jangka waktu yang lama atau masalah kronis. Intervensi keperawatan yang diberikan dicatat secara rutin pada "*flowsheet*". Catatan perkembangan kondisi klien menggunakan nomor intervensi keperawatan secara spesifik yang berhubungan dengan masalah yang spesifik pula.

Keuntungan model dokumentasi PIE sebagai berikut:

- 1) Memberikan kemungkinan untuk menggunakan proses keperawatan
- 2) Dapat menghubungkan rencana tindakan dan catatan perkembangan
- 3) Membuka kemungkinan asuhan keperawatan diberikan yang terus-menerus dan berkesinambungan karena dapat mengidentifikasi masalah klien dengan jelas dan suatu intervensi keperawatan

Kerugian model dokumentasi PIE sebagai berikut:

- 1) Tidak dapat digunakan sebagai pencatatan untuk semua disiplin ilmu
- 2) Rencana tindakan tidak dapat diaplikasikan untuk beberapa kondisi keperawatan

e. Model Dokumentasi *Process Oriented System* (POS)

Model dokumentasi FOCUS yaitu suatu pencatatan proses orientasi dan klien-fokus, yang bertujuan untuk mengorganisir dokumentasi asuhan keperawatan. Bila akan menuliskan catatan perkembangan digunakan format *Data-Action-Response* (DAR) yang berisi 3 kolom yaitu:

- 1) *Data*: yang berisi mengenai data subjektif dan objektif untuk mendukung suatu dokumentasi fokus.
- 2) *Action*: merupakan tindakan keperawatan yang akan dilakukan segera atau yang akan dilaksanakan sesuai dengan pengkajian atau evaluasi kondisi klien.
- 3) *Response*: merupakan *informasi* mengenai keadaan respons dari klien terhadap suatu tindakan keperawatan atau tindakan medis.

Keuntungan dari model dokumentasi POS sebagai berikut:

- 1) Istilah FOKUS *mempunyai* makna yang lebih luas dan positif daripada jika menggunakan istilah problem
- 2) Pernyataan FOCUS pada tingkatan yang lebih tinggi yaitu diagnosa keperawatan
- 3) FOCUS dengan DAR ialah bersifat fleksibel, menyediakan kunci dan pedoman pencatatan diagnosa keperawatan.

Kerugian model dokumentasi POS sebagai berikut:

- 1) Penggunaan pencatatan pada *Action* dapat menimbulkan kebingungan, khususnya bagi tindakan yang akan atau sudah dilakukan
 - 2) Penggunaan FOCUS yang tercantum pada kolom, tidak konsisten dengan istilah yang tertulis pada rencana tindakan keperawatan
- f. Dokumentasi Keperawatan Menggunakan Kode (*Code Nursing Documentation*)

Dokumentasi yaitu suatu dokumentasi menggunakan sistem komputerisasi dan catatan keperawatan yang ditampilkan hanya dalam bentuk kode, yang disusun berdasarkan standar asuhan keperawatan yang sudah dirumuskan sebelumnya. Model dokumentasi keperawatan ini dapat digunakan dengan memasukkan data pasien ke komputer kemudian akan muncul kode secara otomatis dan lengkap mengenai penyakit hingga evaluasi dari pasien tersebut. Keuntungan model ini adalah perawat tidak harus menulis data lebih banyak.

Fishbach (dalam Hidayat, 2021, h.7) menyatakan bahwa konsep dokumenasi keperawatan mempunyai beberapa model atau disebut juga *unifying model* meliputi komunikasi, proses keperawatan dan standar dokumentasi dan mempunyai keterkatitan satu dengan yang lain:

a. Keterampilan komunikasi tertulis

Perawat dituntut mempunyai ketrampilan menulis atau mencatat asuhan keperawatan secara jelas, akurat dan mudah dipahami oleh orang lain.

b. Keterampilan dokumentasi proses keperawatan

Perawat harus memiliki ketrampilan dalam pencatatan proses keperawatan yang terdiri dari keterampilan dalam mendokumentasikan pengkajian pasien, identifikasi masalah, rencana keperawatan, mplementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan.

c. Keterampilan standar dokumentasi

Perawat harus memiliki keterampilan untuk melakukan standar dokumentasi sesuai ketentuan, seperti standar untuk dokumentasi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

B. Asuhan Keperawatan

1. Pengertian

Asuhan keperawatan yaitu suatu bentuk pelayanan keperawatan yang profesional pada klien melalui metodologi dalam proses keperawatan. Asuhan keperawatan dilakukan agar dapat memenuhi kebutuhan hidup dasar dari klien di semua tingkatan baik usia maupun fokus (Rohayati, 2019, h.4). Asuhan keperawatan adalah salah satu dari indikator dalam kualitas pelayanan rumah sakit. Perawat yaitu suatu profesi yang bertugas untuk melakukan pelayanan keperawatan kepada klien (Ariga, 2020, h.8).

Kesimpulan dari beberapa definisi di atas maka asuhan keperawatan adalah tindakan yang dilakukan kepada klien secara profesional untuk memenuhi kebutuhan dasar klien.

2. Komponen dalam Asuhan Keperawatan

Safitri dkk (2023, h.5) menyebutkan bahwa komponen dalam asuhan keperawatan sebagai berikut:

a. Pengkajian

Pengkajian adalah suatu proses pemberian asuhan keperawatan secara sistematis dengan melakukan pengumpulan data melalui beberapa sumber agar status kesehatan pasien dapat dievaluasi dan diidentifikasi.

b. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan yaitu suatu penilaian secara klinis terhadap respon klien pada masalah kesehatan atau proses kehidupan dengan tujuan agar dapat melakukan identifikasi respon klien mengenai situasi yang berhubungan dengan kesehatannya.

c. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan yaitu suatu proses dari kegiatan pemecahan masalah dan menjadi keputusan awal dari semua tindakan keperawatan yang dilakukan.

d. Implementasi

Implementasi yaitu suatu rangkaian kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat untuk membantu klien yang sedang menghadapi masalah status kesehatan agar menjadi lebih baik. Implementasi menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan dari pemberian asuhan keperawatan.

e. Evaluasi

Evaluasi keperawatan yaitu suatu tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang bermanfaat untuk mengetahui tercapainya

suatu tindakan keperawatan yang diberikan. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan tindakan keperawatan.

3. Sifat dalam Asuhan Keperawatan

Rahmi (2019, h.4) menyatakan bahwa sifat-sifat dalam asuhan keperawatan terdiri dari:

a. Dinamis

Dinamis berarti setiap tahap dari proses keperawatan dapat diperbaiki dan diperbaharui atau dimodifikasi, jika kondisi klien mengalami perubahan.

b. Siklik

Siklik atau berulang dari tahap pengkajian sampai dengan tahap evaluasi atau sampai dengan masalah pada klien dapat teratasi

c. Interdependen atau Saling ketergantungan

Tahap-tahap dalam proses keperawatan mempunyai keterkaitan yang kuat, sehingga salah satu kekurangan pada salah satu tahap dapat mempengaruhi tahapan yang lain.

d. Fleksibel atau Luwes

Pendekatan yang digunakan dalam proses keperawatan adalah fleksibel atau dapat berubah sewaktu-waktu sesuai dengan kondisi dan kebutuhan klien dalam proses perawatan.

4. Peran Perawat dalam Asuhan Keperawatan

Menurut Ariga (2020, h.8) dalam melaksanakan peran memberikan asuhan keperawatan perawat hendaknya mengimplementasikan kompetensi *hard skill* dan *soft skill* yaitu:

- a. Peran sebagai mitra, yaitu perawat harus mampu membina hubungan saling percaya, menghargai dan mengasihi klien.
- b. Sebagai sumber informasi, perawat diharapkan mampu memberikan informasi seputar kesehatan dengan jelas, akurat dan masuk akal pada klien.
- c. Sebagai pendidik, perawat harus dapat memberikan jenis pelatihan dan bimbingan yang dapat digunakan untuk mengatasi masalah kesehatan sesuai kebutuhan klien.
- d. Sebagai pemimpin, perawat harus mempunyai kemampuan dalam memimpin dan menjalin kerja sama dengan klien untuk memecahkan masalah kesehatannya.

C. Perawat

1. Pengertian

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 mengenai keperawatan menyatakan bahwa perawat yaitu seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh pemerintah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Perawat yaitu seseorang yang telah dinyatakan lulus dari pendidikan perawat baik di dalam negeri atau luar negeri sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku (Windari, 2022, h.11). Perawat merupakan orang yang mempunyai peran dalam melakukan perawatan atau memelihara, melindungi dan membantu seseorang yang dikarenakan sakit, proses penuaan atau luka (Munir, 2020, h.11).

Berdasarkan dari definisi di atas maka disimpulkan bahwa perawat yaitu seseorang yang memiliki kompetensi melalui pendidikan keperawatan serta berperan dalam merawat seseorang yang mempunyai masalah kesehatan.

2. Peran Perawat

Kusnanto (2005, dalam Bakar & Komariah, 2023, h.40) menyebutkan bahwa peran perawat sebagai berikut:

a. Pemberi asuhan keperawatan (*caregiver*)

Peran sebagai pemberi suatu asuhan keperawatan dapat dilaksanakan dengan memberikan perhatian pada kebutuhan dasar manusia lewat pemberian suatu pelayanan keperawatan dengan proses keperawatan yang dilaksanakan dari bentuk yang sederhana sampai dengan yang kompleks.

b. Advokat klien (*client advocate*)

Peran sebagai advokat klien dilaksanakan dengan memberikan bantuan pada klien dan keluarga agar dapat memahami semua

informasi yang diberikan oleh pemberi suatu pelayanan sehingga pengambilan suatu keputusan sesuai dengan hak-hak pasien.

c. Konselor (*counselor*)

Peran perawat sebagai konselor yaitu memberikan suatu konseling, arahan atau bimbingan pada klien, keluarga dan bahkan masyarakat mengenai masalah dalam kesehatan yang sesuai dengan skala prioritas.

d. Edukator (*educator*)

Peran sebagai edukator ditunjukkan dengan memberikan bantuan agar pengetahuan klien mengenai keperawatan dan tindakan medis dapat meningkat sehingga klien mampu bertanggung jawab pada hal-hal yang diketahuinya.

e. Kolaborator (*collaborator*)

Peran sebagai kolaborator dapat dilakukan dengan menjalin kerja sama dengan tim kesehatan lainnya untuk menentukan suatu rencana atau tindakan keperawatan sesuai kebutuhan klien untuk memenuhi kebutuhan kesehatannya.

f. Koordinator (*coordinator*)

Peran koordinator perawat dilakukan dalam bentuk mengatur, menyusun rencana dan mengkoordinasikan perawatan yang terarah dalam memenuhi kebutuhan pasien dengan tim kesehatan lain.

g. Pembaharu (*change agent*)

Peran pembaharu adalah seorang perawat dengan membuat perubahan atau kreatif dalam cara bersikap, berpikir, bertindak supaya pasien menjadi sehat atau pulih.

h. Konsultan (*consultant*)

Peran perawat sebagai konsultan dengan menjadi tempat konsultasi klien atau keluarga terkait masalah atau tindakan yang tepat untuk diberikan.

3. Tugas Pokok Perawat

Wulandari dkk (2023, h.20) menyatakan bahwa tugas pokok perawat sebagai berikut:

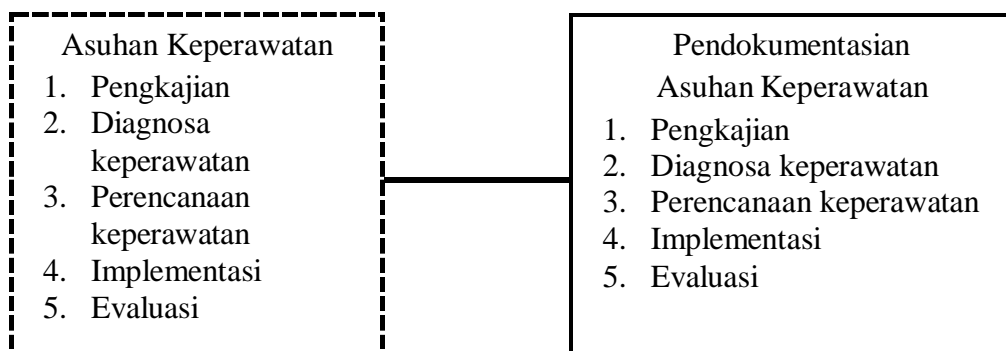
- a. Memelihara dan menjaga kebersihan di ruang perawat dan lingkungan di sekitarnya
- b. Menerima pasien-pasien baru yang sesuai dengan prosedur dan ketentuan yang telah ditetapkan
- c. Memelihara dan menjaga peralatan medis dan keperawatan agar dalam kondisi siap pakai sewaktu-waktu
- d. Melaksanakan pengkajian keperawatan pada pasien dan menentukan suatu diagnosa keperawatan
- e. Menyusun suatu rencana keperawatan yang sesuai dengan kemampuan perawat
- f. Melaksanakan tindakan keperawatan yang sesuai kebutuhan pasien dan sesuai dengan batas kemampuannya

BAB III
KERANGKA KONSEP, VARIABEL, HIPOTESIS DAN DEFINISI
OPERASIONAL

A. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah gambaran dari suatu fenomena dalam bentuk suatu teori sehingga dapat dikomunikasikan dan menjelaskan hubungan antar variabel, baik yang diteliti atau pun tidak akan diteliti). Kerangka konsep dapat membantu peneliti dalam menghubungkan suatu hasil penelitian dengan teori. Kerangka konsep yang digunakan dalam suatu penelitian dijadikan sebagai landasan piker dalam kegiatan keilmuan (Nursalam, 2017, h.49).

Kerangka konsep penelitian disusun berdasarkan teori pada tinjauan pustaka. Kerangka konsep penelitian ini menggunakan konsep pendokumentasian asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana. Kerangka konsep dalam penelitian ini digambarkan sebagai berikut:



Gambar 3.1
Kerangka Konsep Penelitian

B. Variabel Penelitian

Variabel yaitu suatu konsep yang bersifat kuantitatif dan kualitatif, yang menggambarkan karakteristik dari subjek penelitian yang membedakan dari subjek yang lain (Hidayat, 2017, h.37). Penelitian ini menggunakan variabel tunggal yaitu pendokumentasian asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana di ruang rawat inap.

C. Hipotesis Penelitian

Penelitian ini tidak menggunakan hipotesis karena bertujuan menggambarkan pendokumentasian asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana dan tidak untuk mengetahui suatu hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat.

D. Definisi Operasional Variabel

Tabel 3.1 Definisi Operasional Variabel

Variabel	Definisi	Cara ukur	Hasil Ukur	Skala
Pendokumen- tasian asuhan keperawatan	Suatu catatan tentang pemberian asuhan keperawatan pada pasien meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi	Lembar observasi dari RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan Ya diberikan skor 1 dan tidak diberikan skor 0	Pembagian kategori: 1. Lengkap, jika skor = 100% 2. Tidak lengkap, jika skor < 100%	Ordinal

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Desain dalam penelitian ini menggunakan deskriptif karena bertujuan untuk mengetahui gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSIP PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan. Notoatmodjo (2018, h.35) menyebutkan bahwa deskriptif adalah penelitian terhadap sekelompok objek penelitian dari populasi tertentu dengan tujuan mengetahui fenomena termasuk dalam masalah kesehatan.

B. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi adalah unit dari sekumpulan orang yang akan dilakukan penelitian dan hasil penelitiannya dapat digeneralisir (Notoatmodjo, 2018, h.115). Populasi penelitian ini yaitu semua dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan. Jumlah pasien rawat inap pada tahun 2023 sebanyak 11.663 orang atau rata-rata per bulan sebanyak 971,9 orang atau 972 orang.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari keseluruhan objek penelitian dan dianggap dapat mewakili seluruh anggota populasi (Notoatmodjo, 2018, h.115). Sampel penelitian yaitu seluruh dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan meliputi ruang ICU, matahari, bougenville, amarilis, edelweis, flamboyan, kenanga, perinatologi sebanyak 86 dokumen pasien rawat inap yang dilakukan selama 3 hari tanggal 1-3 Juli 2024.

Pengambilan sampel didasarkan pada kriteria inklusi dan eksklusi sebagai berikut:

a. Kriteria inklusi.

Kriteria inklusi adalah ciri khas subyek penelitian dari populasi penelitian (Nursalam 2017, h.172). Kriteria inklusi dari sampel dalam penelitian yaitu:

- 1) Dokumentasi asuhan keperawatan pasien baru di ruang rawat inap RSIP PKU Muhammadiyah Pekalongan
- 2) Dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap dalam rentang waktu 3 hari (1- Juli 2024).

b. Kriteria eksklusi

Kriteria eksklusi yaitu ciri atau ketentuan yang melekat pada subyek penelitian sehingga dikeluarkan sebagai subyek penelitian (Nursalam 2017, h.173). Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah

- 1) Dokumentasi asuhan keperawatan di ruang Kebidanan dan VK
- 2) Dokumentasi asuhan keperawatan dirujuk atau dipindah ke ruang lain

3. Teknik Pengambilan Sampel

Penelitian ini menggunakan teknik *accidental sampling* dalam pengambilan sampel, yaitu suatu cara mengambil sampel yang tersedia pada saat dilakukan penelitian (Notoatmodjo 2018, h.124). Peneliti menggunakan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan selama 3 (tiga) hari sebanyak 86 pasien.

C. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan di ruang rawat inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

2. Waktu Penelitian

Tabel 4.1 Jadwal Penelitian

No	Kegiatan	Okt 2023	Nop 2023- Feb 2024	Maret 2024	Juli 2024	Agustus 2024
1.	Persiapan/ perencanaan					
2.	Pembuatan proposal					
3.	Uji proposal & revisi					
4.	Pengumpulan data					
5.	Pengolahan data & analisa data					
6.	Penulisan hasil penelitian					

D. Etika Penelitian

Notoatmodjo (2018, h.203) menyatakan bahwa penelitian harus dilakukan berdasarkan etika suatu penelitian seperti berikut :

1. Memberi manfaat untuk orang lain (*Beneficence*)

Penelitian ini tidak merugikan institusi dan memberikan manfaat mengenali kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan.

2. Menghormati terhadap privasi dan kerahasiaan dari subjek penelitian (*respect for privacy and confidentiality*)

Peneliti menjelaskan tujuan penelitian dan menjaga kerahasiaan informasi yang diperoleh dalam penelitian.

E. Instrumen dan Metode Pengumpulan Data

1. Instrumen Pengumpulan Data

Peneliti menggunakan lembar observasi yang diadopsi dari penilaian dokumentasi asuhan keperawatan RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

2. Metode Pengumpulan Data

Peneliti memakai cara observasi untuk pengumpulan. Notoatmodjo (2018, h.148) menyatakan bahwa observasi yaitu suatu prosedur yang terencana dengan mengamati dan mencatat hasil pengamatan sesuai dengan masalah yang diteliti.

F. Validitas dan Reliabilitas

Peneliti tidak melaksanakan uji validitas dan reliabilitas untuk lembar observasi yang digunakan dalam penelitian karena diadopsi Sub Dokumentasi Asuhan Keperawatan RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

G. Prosedur Pengumpulan Data

Peneliti menggunakan tahap-tahap berikut dalam pengumpulan data:

1. Penelitian ini didaftarkan pada Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KNEPK) Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan sebagai upaya untuk memastikan penelitian ini sesuai standar etik.
2. Penelitian dilakukan setelah mendapatkan persetujuan dari KNEPK
3. Peneliti meminta ijin penelitian kepada BAPPEDA Kabupaten Pekalongan dengan surat tembusan yang ditujukan kepada Direktur RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.
4. Peneliti meminta ijin penelitian kepada Direktur RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan untuk melakukan penelitian
5. Peneliti bekerja sama dengan tenaga *enumerator*, yang sudah diberikan informasi tentang prosedur penelitian
6. Peneliti bekerja sama dengan kepala ruang dan perawat pelaksana di ruang rawat inap dalam pengumpulan data
7. Peneliti mengobservasi dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien rawat inap dan memberikan skor pada setiap item di lembar obsevasi

8. Peneliti membuat rekapitulasi hasil penelitian dan melakukan analisis data

H. Metode Pengolahan Data

Hastono (2018, h.8) menyatakan bahwa pengolahan data penelitian meliputi:

1. *Editing*

Editing yaitu suatu kegiatan untuk memeriksa kelengkapan data pada rekam medis dan menyalin pada tabel rekapitulasi penelitian. Peneliti memeriksa kelengkapan hasil pengamatan pada lembar observasi.

2. *Scoring*

Scoring adalah kegiatan memberikan nilai atau bobot pada *check list* yang digunakan dalam penelitian. Peneliti memberikan bobot atau nilai dari hasil pengamatan pada lembar observasi asuhan keperawatan dengan skor 1: ya dan skor 0: tidak.

3. *Coding*

Coding yaitu kegiatan mengubah data dalam bentuk huruf menjadi data dalam bentuk angka atau bilangan. Peneliti memberikan kode untuk pendokumentasian asuhan keperawatan yang terdiri dari kode 1: lengkap dan kode 2: tidak lengkap.

4. *Processing*

Processing dilakukan setelah data terisi secara penuh dan betul, serta sudah melewati tahap pemberian kode. Kegiatan ini dilakukan dengan memasukkan data dan melakukan analisis data. Peneliti membuat tabel rekapitulasi data penelitian dan memasukkan skor pada item lembar observasi pada tabel tersebut, kemudian melakukan pengolahan secara komputerisasi melalui program statistik tertentu.

5. *Cleaning*

Cleaning merupakan suatu kegiatan memeriksa kembali data yang sudah diolah untuk mengetahui adanya kesalahan dalam entry atau pengolahan data. Data yang dientry sudah lengkap dan tidak ada kesalahan dalam pengolahan data.

I. Teknik Analisis Data

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu analisa univariat. Analisis data univariat adalah yakni suatu analisis terhadap hasil penelitian dari setiap variabel (Notoatmodjo 2018, h. 182). Penelitian ini menghasilkan pendokumentasian asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana dalam bentuk distribusi frekuensi dalam bentuk prosentase.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

Pendokumentasian asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan diuraikan sebagai berikut:

Tabel 5.1 Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, 2024 (n=86)

Pendokumentasian Asuhan Keperawatan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Lengkap	13	15,1
Tidak lengkap	73	84,9
Total	86	100

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa hampir semua (84,9%) pendokumentasian asuhan keperawatan tidak lengkap dan sebagian kecil (15,1%) lengkap.

Hasil distribusi frekuensi dalam aspek-aspek pendokumentasian asuhan keperawatan diuraikan sebagai berikut:

1. Pengkajian

Pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan aspek pengkajian dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.2 Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Pengkajian di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, 2024 (n=86)

Aspek Pengkajian	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Lengkap	62	72,1
Tidak lengkap	24	27,9
Total	86	100

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek pengkajian diperoleh sebagian besar (72,1%) lengkap. Pendokumentasian aspek pengkajian per item dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.3 Gambaran Per Item Pertanyaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Pengkajian di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, 2024 (n=86)

Aspek Pengkajian	Ya		Tidak	
	f	%	f	%
Mencatat data sesuai pedoman pengkajian	64	74,4	22	25,6
Data dikelompokkan (bio, psiko, sosial, spiritual)	85	98,8	1	1,2
Data dikaji dari pasien masuk sampai pasien pulang	86	100	0	0
Masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan kesehatan dan pola fungsi kehidupan	85	98,8	1	1,2

Tabel 5.3 menunjukkan bahwa sebagian besar (74,4%) pendokumentasian pengkajian sesuai dengan pedoman. Hampir semua (98,8%) data sudah dikelompokkan sesuai dengan bio, psiko dan

spiritual. Hampir semua (98,8%) masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan pola fungsi kehidupan dan semua (100%) data pengkajian dilakukan dari awal masuk sampai pasien pulang dari rumah sakit.

2. Diagnosa

Pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan aspek diagnosa dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.4 Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Diagnosa di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, 2024 (n=86)

Aspek Diagnosa	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Lengkap	53	61,6
Tidak lengkap	33	38,4
Total	86	100

Tabel 5.4 menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek diagnosa diperoleh sebagian besar (61,6%) lengkap. Pendokumentasian aspek diagnosa per item dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.5 Gambaran Per Item Pertanyaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Diagnosa di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, 2024 (n=86)

Aspek Diagnosa	Ya		Tidak	
	f	%	f	%
Diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang dirumuskan	85	98,8	1	1,2
Merumuskan diagnosa keperawatan aktual (potensi)	77	89,5	9	10,5

Tabel 5.5 menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek diagnosa hampir semua (98,8%) diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang dirumuskan dan hampir semua (89,5%) merumuskan diagnosa keperawatan aktual (potensial).

3. Perencanaan

Pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan aspek perencanaan dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.6 Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Perencanaan di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, 2024 (n=86)

Aspek Perencanaan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Lengkap	40	46,5
Tidak lengkap	46	53,5
Total	86	100

Tabel 5.6 menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek perencanaan diperoleh lebih dari separuh (53,5%) tidak lengkap. Pendokumentasian aspek perencanaan per item dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.7 Gambaran Per Item Pertanyaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Perencanaan di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekalongan, 2024 (n=86)

Aspek Perencanaan	Ya		Tidak	
	f	%	f	%
Berdasarkan diagnosa keperawatan	85	98,8	1	1,2
Disusun sesuai prioritas	55	64	31	36
Rumusan mengandung komponen pasien, perubahan, perilaku dan kriteria waktu	84	97,7	2	2,3
Mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah terperinci dan jelas	86	100	0	0
Menggambarkan keterlibatan keluarga pasien	67	77,9	19	21,1
Menggambarkan kerja sama dengan tim kesehatan lain	69	80,2	17	19,8

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek perencanaan diketahui hampir semua (98,8%) perencanaan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan. Lebih dari separuh (64%) perencanaan disusun sesuai prioritas. Hampir semua (97,7%) rumusan dalam perencanaan mengandung komponen pasien, perubahan, perilaku dan kriteria waktu. Sebagian besar (77,9%) perencanaan menggambarkan keterlibatan keluarga pasien dan hampir semua (80,2%) menggambarkan kerja sama dengan tim kesehatan lain. Semua (100%) mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah terperinci dan jelas.

4. Implementasi

Pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan aspek implementasi dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.8 Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Implementasi atau Tindakan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, 2024 (n=86)

Aspek Implementasi	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Lengkap	55	64
Tidak lengkap	31	36
Total	86	100

Tabel 5.8 menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek implementasi diperoleh sebagian besar (64%) lengkap. Pendokumentasian aspek implementasi per item dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.9 Gambaran Per Item Pertanyaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Implementasi atau Tindakan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, 2024 (n=86)

Aspek Implementasi	Ya		Tidak	
	f	%	f	%
Tindakan dilaksanakan mengacu pada rencana perawatan	86	100	0	0
Perawat mengobservasi respon pasien terhadap tindakan	84	97,7	2	2,3
Revisi tindakan berdasar hasil evaluasi	56	65,1	30	34,9
Semua tindakan dicatat ringkas dan jelas	86	100	0	0

Tabel 5.9 menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek implementasi diketahui hampir semua (97,7%) perawat mengobservasi respon pasien terhadap tindakan, lebih dari separuh (65,1%) revisi tindakan keperawatan berdasarkan hasil evaluasi. Semua (100%) tindakan keperawatan dilakukan mengacu pada rencana perawatan dan semua (100%) tindakan dicatat dan diringkas dengan jelas.

5. Evaluasi

Pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan aspek evaluasi dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.10 Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Evaluasi di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, 2024 (n=86)

Aspek Evaluasi	Frekuensi(n)	Persentase (%)
Lengkap	83	96,5
Tidak lengkap	3	3,5
Total	86	100

Tabel 5.10 menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek evaluasi diperoleh hampir semua (96,5%) lengkap. Pendokumentasian aspek evaluasi per item dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.11 Gambaran Per Item Pertanyaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Evaluasi di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekalongan, 2024 (n=86)

Aspek Evaluasi	Ya		Tidak	
	f	%	f	%
Evaluasi mengacu pada tujuan	83	96,5	3	3,5
Hasil evaluasi dicatat	86	100	0	0

Tabel 5.11 menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek evaluasi diketahui hampir semua (96,5%) evaluasi mengacu pada tujuan dan semua (100%) hasil evaluasi dicatat.

6. Catatan Asuhan Keperawatan

Pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan aspek catatan asuhan keperawatan dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.12 Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Catatan Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekalongan, 2024 (n=86)

Aspek Catatan Asuhan Keperawatan	Frekuensi (n)	Persentase (%)
Lengkap	86	100
Tidak lengkap	0	0
Total	86	100

Tabel 5.12 menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek catatan asuhan keperawatan diperoleh semua (100%) lengkap. Pendokumentasian aspek catatan asuhan keperawatan per item dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 5.11 Gambaran Per Item Pertanyaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berdasarkan Aspek Tindakan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan, 2024 (n=86)

Aspek Tindakan Keperawatan	Ya		Tidak	
	f	%	f	%
Menulis dengan format yang baku. Pencatatan dilakukan sesuai dengan tindakan yang dilaksanakan	86	100	0	0
Pencatatan ditulis dengan jelas, ringkas, istilah yang baku dan benar	86	100	0	0
Setiap melakukan tindakan, mencantumkan paraf atau nama yang jelas, serta jam dilaksanakan	86	100	0	0
Berkas catatan keperawatan disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku	86	100	0	0

Tabel 5.11 menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek tindakan keperawatan semuanya (100%) lengkap.

B. Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa hampir semua (84,9%) pendokumentasian asuhan keperawatan tidak lengkap dan sebagian kecil (15,1%) lengkap. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Nellisa (2022) menyebutkan bahwa 80% pendokumentasian keperawatan pada tahap pengkajian keperawatan lengkap, 0% diagnosa keperawatan lengkap, 80% perencanaan keperawatan lengkap, 70% implementasi keperawatan lengkap, dan 10% evaluasi keperawatan lengkap.

Pendokumentasian asuhan keperawatan di RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan dilakukan secara komputerisasi dan manual, namun dari hasil penelitian diketahui sebagian besar pendokumentasian asuhan keperawatan pasien rawat inap tidak lengkap. Pendokumentasian asuhan keperawatan pasien rawat inap ini sangat penting dalam memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas. Hal ini sesuai dengan pendapat Anggraini dkk (2023, h.105) yang menyatakan bahwa pelayanan keperawatan membutuhkan dokumentasi keperawatan berkualitas sebab kelengkapan dan keakuratan pendokumentasian proses keperawatan akan menentukan mutu dan kualitas asuhan keperawatan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek pengkajian diperoleh sebagian besar (72,1%) lengkap.

Pengkajian adalah suatu proses pemberian asuhan keperawatan secara sistematis dengan melakukan pengumpulan data melalui beberapa sumber agar status kesehatan pasien dapat dievaluasi dan diidentifikasi (Safitri dkk, 2023, h.5). Pengkajian yang dalam dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan meliputi mencatat data sesuai dengan pedoman, pengelompokan data terdiri dari bio, psiko, sosial dan spiritual, mengkaji data dari pasien masuk hingga pasien pulang dan merumuskan masalah berdasarkan kesenjangan kesehatan dan pola fungsi kehidupan.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa persentase terendah pada aspek pengkajian adalah mencatat data sesuai dengan pedoman sebesar 18,6%. Hal ini dapat disebabkan kurangnya ketrampilan perawat dalam mendokumentasikan pengkajian pasien sehingga dalam mencatat data tidak sesuai dengan pedoman yang ditetapkan oleh rumah sakit. Fishbach (dalam Hidayat, 2021, h.7) menyebutkan bahwa salah satu dari komponen dokumentasi asuhan keperawatan adalah ketrampilan standar dokumentasi. Perawat harus memiliki keterampilan untuk melakukan standar dokumentasi sesuai ketentuan, seperti standar untuk dokumentasi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek diagnosa diperoleh sebagian besar (61,6%) lengkap. Dokumentasi asuhan keperawatan berdasarkan aspek diagnosa meliputi diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang dirumuskan dan merumuskan diagnosa keperawatan aktual (potensial).

Diagnosa keperawatan yaitu suatu penilaian secara klinis terhadap respon klien pada masalah kesehatan atau proses kehidupan dengan tujuan agar dapat melakukan identifikasi respon klien mengenai situasi yang berhubungan dengan kesehatannya (Safitri dkk, 2023, h.5).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa persentase terendah dokumentasi asuhan keperawatan berdasarkan aspek diagnosa adalah merumuskan diagnosa keperawatan aktual atau potensial (34,3%). Diagnosa keperawatan aktual atau potensial yang tidak lengkap menyebabkan masalah potensial

pada pasien tidak teridentifikasi dengan baik sehingga berisiko terjadinya komplikasi dan perawat tidak siap memberikan asuhan keperawatan yang tepat pada pasien yang mengalami komplikasi tersebut. Hal ini dapat mengakibatkan kecacatan atau bahkan kematian. Diagnosa keperawatan aktual atau potensial yang tidak lengkap dapat disebabkan perawat kurang terampil dalam komunikasi tertulis. Fishbach (dalam Hidayat, 2021, h.7) menyebutkan bahwa salah satu komponen dalam dokumentasi asuhan keperawatan adalah ketrampilan komunikasi tertulis. Perawat dituntut mempunyai ketrampilan menulis atau mencatat asuhan keperawatan secara jelas, akurat dan mudah dipahami oleh orang lain.

Hasil penelitian menunjukkan pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek perencanaan diperoleh lebih dari separuh (53,5%) tidak lengkap. Perencanaan keperawatan yaitu suatu proses dari kegiatan pemecahan masalah dan menjadi keputusan awal dari semua tindakan keperawatan yang dilakukan (Safitri dkk, 2023, h.5). Perencanaan dalam dokumentasi asuhan keperawatan di RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan meliputi perencanaan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan, disusun sesuai prioritas, rumusan mengandung komponen pasien, perubahan perilaku dan kriteria waktu, mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah terperinci dan jelas, menggambarkan keterlibatan keluarga pasien, dan menggambarkan kerja sama dengan tim kesehatan lain. Dari hasil penelitian diketahui persentase terendah pada aspek perencanaan adalah menyusun perencanaan berdasarkan prioritas sebesar 10,4%. Hal ini dapat disebabkan perawat dalam

melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan belum memahami fungsi medis dari dokumentasi asuhan keperawatan yang berfungsi sebagai dasar dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien rawat inap. Hal ini sesuai dengan Hidayat (2021, h.6) menyatakan bahwa salah satu fungsi dokumentasi keperawatan adalah fungsi medis. Dokumentasi dapat digunakan sebagai dasar dalam merencanakan perawatan atau pengobatan kepada klien.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek implementasi diperoleh sebagian besar (64%) lengkap.

Implementasi yaitu suatu rangkaian kegiatan yang dilaksanakan oleh perawat untuk membantu klien yang sedang menghadapi masalah status kesehatan agar menjadi lebih baik. Implementasi menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan dari pemberian asuhan keperawatan (Safitri dkk, 2023, h.5). Pendokumenasian asuhan keperawatan dalam implementasi di RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan meliputi tindakan dilakukan mengacu pada rencana perawatan, perawat mengobservasi respon pasien terhadap tindakan, revisi tindakan berdasar hasil evaluasi, semua tindakan dicatat ringkas dan jelas. Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa persentase terendah pada aspek implementasi adalah revisi tindakan berdasarkan hasil evaluasi sebesar 16,3%. Hal ini dapat disebabkan perawat kurang memahami bahwa pemberian asuhan keperawatan pada pasien rawat inap berkesinambungan, sehingga hasil evaluasi terhadap tindakan yang telah

diberikan pada pasien perlu dicatat dan dijadikan acuan bagi pemberian tindakan keperawatan lainnya yang bersifat revisi. Rahmi (2019, h.4) menyatakan bahwa salah satu sifat dalam asuhan keperawatan adalah interdependen atau saling ketergantungan. Tahap-tahap dalam proses keperawatan mempunyai keterkaitan yang kuat, sehingga salah satu kekurangan pada salah satu tahap dapat mempengaruhi tahapan yang lain.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek evaluasi diperoleh hampir semua (96,5%) lengkap.

Evaluasi keperawatan yaitu suatu tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang bermanfaat untuk mengetahui tercapainya suatu tindakan keperawatan yang diberikan. Evaluasi keperawatan mengukur keberhasilan tindakan keperawatan (Safitri dkk, 2023, h.5). Aspek evaluasi pada pendokumentasian asuhan keperawatan di RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan adalah evaluasi yang mengacu pada tujuan dan hasil evaluasi dicatat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa persentase terendah pada aspek evaluasi adalah evaluasi mengacu pada tujuan sebesar 43,3%. Perawat belum semua melakukan evaluasi pada asuhan keperawatan yang sesuai dengan tujuan dilakukan tindakan keperawatan. Perawat atau tenaga kesehatan lainnya yang memanfaatkan dokumentasi keperawatan akan mendapatkan informasi yang tidak akurat sehingga menyebabkan terjadinya tumpang tindih informasi keperawatan yang diterima. Hidayat (2021, h.8) menyebutkan bahwa salah satu prinsip yang digunakan dalam melakukan dokumentasi asuhan keperawatan adalah keakuratan. Data yang didapatkan

harus akurat sesuai dengan informasi yang sudah dikumpulkan dan data jelas diperoleh dari pasien.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek catatan asuhan keperawatan diperoleh semua (100%) lengkap.

Catatan asuhan keperawatan meliputi menulis format baku dengan mencatat tindakan yang dilakukan, pencatatan ditulis dengan jelas, ringkas, istilah baku dan benar, setiap melakukan tindakan mencantumkan paraf atau nama yang jelas, serta jam dilaksanakan, berkas catatan keperawatan disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Catatan asuhan keperawatan di RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan telah lengkap, hal ini dapat disebabkan perawat aktif dalam melakukan pencatatan asuhan keperawatan dan memahami pentingnya kejelasan dan keobyektifan dalam catatan asuhan keperawatan. Hal ini sesuai dengan Hidayat (2021, h.8) menyebutkan bahwa salah satu prinsip dalam melakukan dokumentasi asuhan keperawatan adalah kejelasan dan keobyektifan. Dokumentasi keperawatan membutuhkan kejelasan dan objektivitas dari data yang diperoleh. Data dalam dokumentasi keperawatan harus rasional logis, jelas, kronologis, dan mencantumkan nama atau nomor register. Penulisan catatan dimulai dengan huruf besar dan disertai identitas penulis dan waktu penulisan.

Kelengkapan catatan asuhan keperawatan juga dapat disebabkan faktor pengetahuan perawat tentang dokumentasi asuhan keperawatan dan beban kerja. Penelitian Sartika (2018) menyebutkan bahwa

pendokumentasian asuhan keperawatan dipengaruhi faktor pengetahuan, sedangkan Saputra (2019) menemukan bahwa kualitas dan kelengkapan dokumentasi keperawatan dipengaruhi oleh umur, masa kerja, pendidikan, pengetahuan, pemanfaatan teknologi informasi dan beban kerja.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Hasil penelitian dengan judul “Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan oleh Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan” dapat diambil kesimpulan sebagai berikut:

1. Gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan menunjukkan hampir semua (84,9%) tidak lengkap.
2. Gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan aspek pengkajian menunjukkan sebagian besar (72,1%) lengkap.
3. Gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan aspek diagnosa menunjukkan sebagian besar (61,6%) lengkap.
4. Gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan aspek perencanaan menunjukkan lebih dari separuh (53,5%) tidak lengkap.
5. Gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan aspek implementasi menunjukkan sebagian besar (64%) lengkap.
6. Gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan aspek evaluasi keperawatan menunjukkan hampir semua (96,5%) lengkap.
7. Gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan aspek catatan asuhan keperawatan menunjukkan semua (100%) lengkap.

B. Saran

1. Bagi Rumah Sakit

- a. Rumah sakit dapat membuat kebijakan dalam bentuk SOP bagi perawat dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pasien rawat inap
- b. Hasil penelitian ini dapat dijadikan dasar bagi peningkatan mutu pelayanan keperawatan di rumah sakit melalui pendokumentasian asuhan keperawatan
- c. Rumah sakit perlu melakukan supervisi secara terus-menerus pada perawat dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pasien rawat inap.
- d. Rumah sakit perlu memberikan sanksi bagi perawat yang tidak melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan lengkap.

2. Bagi Perawat Profesional

Hasil penelitian ini dapat dijadikan masukan dalam memberikan melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pasien rawat inap.

3. Bagi Penelitian Selanjutnya

Penelitian ini dapat dijadikan data dasar bagi peneliti selanjutnya yang melakukan penelitian sejenis.

DAFTAR PUSTAKA

- Anggraini dkk. (2023). *Dokumentasi Keperawatan*. Makasar: Penerbit Rizmedia Pustaka Indonesia.
- Ariga. (2021). *Standar Praktik Keperawatan Profesional, Asuhan Keperawatan, dan Pendidikan Keperawatan Seri Buku Ajar: Konsep Dasar Keperawatan*. Yogyakarta: Penerbit Deepublish Publisher.
- Ariga. (2020). *Sejarah dan Profesi Keperawatan Seri Buku Ajar: Konsep Dasar Keperawatan*. Yogyakarta: Penerbit Deepublish.
- Bakar & Komariah. (2023). *Buku Ajar Komprehensif Konsep Dasar Keperawatan*. Surabaya: Penerbit Airlangga University Press.
- Hastono. (2018). *Analisa Data Pada Bidang Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Rajawali Press.
- Hidayat. (2021). *Dokumentasi Keperawatan: Aplikasi Praktik Klinis*. Surabaya: Penerbit Health Books Publishing.
- Hidayat. (2017). *Metodologi Penelitian Keperawatan dan Kebidanan*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Ibrahim. (2023). *Dokumentasi Keperawatan: Panduan Praktik Keperawatan*. Solok Sumatera Barat: Penerbit Mitra Cendekia Media.
- Inayati. (2020). "Case Study Report: Tingkat Pengetahuan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Terhadap Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta". *Indonesian Journal of Hospital Administration Volume 3 Nomor 1*.
- Munir. (2020). *Monograf Organizational Citizenship Behavior (OCB) Terhadap Kinerja Perawat*. Purwokerto: Penerbit Pena Persada.
- Naibaho. (2020). "Gambaran Persepsi Perawat dalam Pendokumentasian Pemasangan Infus Berbasis Komputer di Rumah Sakit X Depok". *Journal of Holistic Nursing Science Volume 7 Nomor 2*.
- Nellisa. (2022). "Pendokumentasian Keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit". *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Volume 1 Nomor 4*.
- Notoatmodjo. (2018). *Metodologi Penelitian*, Jakarta: Penerbit Rineka Cipta.
- Nursalam. (2017). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.

- Rahmi. (2019). *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: Bumi Medika.
- Rohayati. (2019). *Keperawatan Dasar 1*. Cirebon: Penerbit Lovrinz Publishing.
- Rosmalia & Hariyadi. (2019). *Dokumentasi Keperawatan pada Poliklinik Gigi*. Yogyakarta: Deepublish Publisher.
- Safitri dkk. (2023). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Dewasa*. Indramayu: Adanu Abimata.
- Saputra. (2019). "Faktor yang Berhubungan dengan Kualitas dan Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan". *Jurnal Ilmiah Permasssss Volume 9 Nomor 3*.
- Sartika. (2018). "Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Tanjungpura Pontianak". *Tanjungpura Journal of Nursing Practice and Educatoin*. Volume 2 Nomor 1.
- Windari. (2022). *Sistem Informasi Registrasi Perawat*, Pekalongan: Penerbit NEM.
- Wulandari dkk. (2023). *Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Sonpedia.

Lampiran 1

SURAT PENJELASAN PENELITIAN

Kepada Yth.

Bapak/Ibu

di Tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertandatangan di bawah ini adalah mahasiswa S1 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

Nama : Ekma Widyastuti

NIM : 202302030124

Akan mengadakan penelitian dengan judul “Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Oleh Perawat Pelaksana di RSIP PKU Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan”

Penelitian ini tidak akan menimbulkan akibat yang merugikan bagi Bapak/Ibu sebagai responden. Kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan dipergunakan untuk kepentingan penelitian. Penelitian dilakukan dengan cara mengumpulkan data menggunakan kuesioner. Penelitian ini tidak menimbulkan dampak pada responden sebagai perawat pelaksana.

Bapak/Ibu sebagai responden dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu dari proses penelitian. Responden yang akan mengundurkan diri dari penelitian dapat mengajukan pada peneliti dan peneliti akan menghentikan penelitian. Responden yang mengundurkan diri tidak akan mendapatkan sanksi dan denda, serta tidak akan mempengaruhi penilaian atau evaluasi kinerja perawat di RSI PKU Muhammadiyah Pekajangan. Kami mohon kesediaan Bapak/ Ibu untuk menandatangani lembar persetujuan. Atas perhatian dan kesediaan Bapak/ Ibu sebagai responden kami mengucapkan terima kasih.

Hormat Saya

Peneliti

Lampiran 2

LEMBAR OBSERVASI

No Responden :

Ruang :

No	Aspek yang Diteliti	Ya	Tidak
Pengkajian			
1	Mencatat data sesuai pedoman pengkajian		
2	Data dikelompokkan (bio, psico, sosial, spiritual)		
3	Data dikaji dari pasien masuk sampai pasien pulang		
4	Masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan kesehatan dan pola fungsi kehidupan		
	Sub Total		
	Total Nilai & prosentase		
Diagnosa Keperawatan			
1	Diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang dirumuskan		
2	Merumuskan diagnosa keperawatan actual (potensial)		
	Sub Total		
	Total Nilai & prosentase		
Perencanaan			
1	Berdasarkan diagnosa keperawatan		
2	Disusun sesuai prioritas		
3	Rumusan mengandung komponen pasien, perubahan, perilaku dan kriteria waktu		
4	Mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah terperinci dan jelas		
5	Menggambarkan keterlibatan keluarga pasien		
6	Menggambarkan kerja sama dengan tim kesehatan lain		
	Sub Total		
	Total Nilai & prosentase		
Implementasi			
1	Tindakan dilaksanakan mengacu pada rencana perawatan		
2	Perawat mengamati respon pasien terhadap tindakan		
3	Revisi tindakan berdasar hasil evaluasi		
4	Semua tindakan dicatat ringkas dan jelas		
	Sub Total		
	Total Nilai & prosentase		
Evaluasi			

No	Aspek yang Diteliti	Ya	Tidak
1	Evalusi mengacu pada tujuan		
2	Hasil evaluasi dicatat		
	Sub Total		
	Total Nilai & prosentase		
Catatan Asuhan Keperawatan			
1	Menulis dengan format yang baku. Pencatatan dilakukan sesuai dengan tindakan yang dilaksanakan		
2	Pencatatan ditulis dengan jelas, ringkas, istilah yang baku dan benar		
3	Setiap melakukan tindakan, mencantumkan paraf atau nama yang jelas, serta jam dilaksanakan		
4	Berkas catatan keperawatan disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku		
	Sub Total		
	Total Nilai & prosentase		

Lampiran 3

HASIL PENELITIAN

Frequencies

Statistics

Pendokumentasian

N	Valid	86
	Missing	0
Mean		20.08
Median		20.00
Mode		21
Std. Deviation		1.505
Minimum		15
Maximum		22

Pendokumentasian

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
15	1	1.2	1.2	1.2
16	1	1.2	1.2	2.3
17	2	2.3	2.3	4.7
18	10	11.6	11.6	16.3
Valid 19	13	15.1	15.1	31.4
20	17	19.8	19.8	51.2
21	29	33.7	33.7	84.9
22	13	15.1	15.1	100.0
Total	86	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

Pengkajian

N	Valid	86
	Missing	0
Mean		3.72
Median		4.00
Mode		4
Std. Deviation		.451
Minimum		3
Maximum		4

Pengkajian

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
3	24	27.9	27.9	27.9
Valid 4	62	72.1	72.1	100.0
Total	86	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

Diagnosa

N	Valid	86
	Missing	0
Mean		1.58
Median		2.00
Mode		2
Std. Deviation		.563
Minimum		0
Maximum		2

Diagnosa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	3	3.5	3.5	3.5
	1	30	34.9	34.9	38.4
	2	53	61.6	61.6	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

Perencanaan

N	Valid	86
	Missing	0
Mean		5.19
Median		5.00
Mode		6
Std. Deviation		.927
Minimum		3
Maximum		6

Perencanaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	6	7.0	7.0	7.0
	4	12	14.0	14.0	20.9
	5	28	32.6	32.6	53.5
	6	40	46.5	46.5	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

Implementasi

N	Valid	86
	Missing	0
Mean		3.63
Median		4.00
Mode		4
Std. Deviation		.510
Minimum		2
Maximum		4

Implementasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	1	1.2	1.2	1.2
	3	30	34.9	34.9	36.0
	4	55	64.0	64.0	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

Evaluasi

N	Valid	86
	Missing	0
Mean		1.97
Median		2.00
Mode		2
Std. Deviation		.185
Minimum		1
Maximum		2

Evaluasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	3	3.5	3.5	3.5
	2	83	96.5	96.5	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

Frequencies

Statistics

Catatan Asuhan Keperawatan

N	Valid	86
	Missing	0
Mean		4.00
Median		4.00
Mode		4
Std. Deviation		.000
Minimum		4
Maximum		4

Catatan Asuhan Keperawatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4	86	100.0	100.0	100.0

Frequency Table

Pendokumentasian

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lengkap	13	15.1	15.1	15.1
	Tidak lengkap	73	84.9	84.9	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

Pengkajian

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lengkap	62	72.1	72.1	72.1
	Tidak lengkap	24	27.9	27.9	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

Diagnosa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lengkap	53	61.6	61.6	61.6
	Tidak lengkap	33	38.4	38.4	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

Perencanaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lengkap	40	46.5	46.5	46.5
	Tidak lengkap	46	53.5	53.5	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

Implementasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lengkap	55	64.0	64.0	64.0
	Tidak lengkap	31	36.0	36.0	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

Evaluasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lengkap	83	96.5	96.5	96.5
	Tidak lengkap	3	3.5	3.5	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

Catatan Asuhan Keperawatan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lengkap	86	100.0	100.0	100.0

Frequency Table

Pengkajian

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	22	25.6	25.6	25.6
	Ya	64	74.4	74.4	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

Pengkajian

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	1	1.2	1.2	1.2
	Ya	85	98.8	98.8	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

Pengkajian

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	86	100.0	100.0	100.0

Pengkajian

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	1	1.2	1.2	1.2
	Ya	85	98.8	98.8	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

Diagnosa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	9	10.5	10.5	10.5
	Ya	77	89.5	89.5	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

Diagnosa

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	27	31.4	31.4	31.4
	Ya	59	68.6	68.6	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

Perencanaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	1	1.2	1.2	1.2
	Ya	85	98.8	98.8	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

Perencanaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	31	36.0	36.0	36.0
	Ya	55	64.0	64.0	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

Perencanaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	2	2.3	2.3	2.3
	Ya	84	97.7	97.7	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

Perencanaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	86	100.0	100.0	100.0

Perencanaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	19	22.1	22.1	22.1
	Ya	67	77.9	77.9	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

Perencanaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	17	19.8	19.8	19.8
	Ya	69	80.2	80.2	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

Implementasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ya	86	100.0	100.0	100.0

Implementasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	2	2.3	2.3	2.3
	Ya	84	97.7	97.7	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

Implementasi

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak	30	34.9	34.9	34.9
	Ya	56	65.1	65.1	100.0
	Total	86	100.0	100.0	

Implementasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	86	100.0	100.0	100.0

Evaluasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Tidak	3	3.5	3.5	3.5
Valid Ya	83	96.5	96.5	100.0
Total	86	100.0	100.0	

Evaluasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	86	100.0	100.0	100.0

Catatan Asuhan Keperawatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	86	100.0	100.0	100.0

Catatan Asuhan Keperawatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	86	100.0	100.0	100.0

Catatan Asuhan Keperawatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	86	100.0	100.0	100.0

Catatan Asuhan Keperawatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ya	6	100.0	100.0	100.0

