



PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN: STUDI OBSERVASI DI RUANG RAWAT INAP

Cut Rina Rahmayanti¹, Mayanti Mahdarsari^{2*}, Andara Maurissa², Yuswardi², Muhammad Yusuf²

¹Program Studi Pendidikan Profesi Ners, Fakultas Keperawatan, Universitas Syiah Kuala, Jl. Teungku Tanoh Abee, Kopelma Darussalam, Syiah Kuala, Banda Aceh, Aceh 23111, Indonesia

²Bagian Keilmuwan Keperawatan Dasar & Dasar Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Syiah Kuala, Jl. Teungku Tanoh Abee, Kopelma Darussalam, Syiah Kuala, Banda Aceh, Aceh 23111, Indonesia

*mahdarsari@usk.ac.id

ABSTRAK

Pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan informasi tertulis tentang status, perkembangan kondisi pasien dan semua kegiatan asuhan keperawatan. Pendokumentasian merupakan sarana komunikasi antar tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan. Ketidaklengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan dapat menyebabkan kesalahpahaman memaknai informasi yang tertulis dan dapat berdampak terhadap kualitas mutu pelayanan kesehatan. Tujuan dari studi kasus ini adalah untuk mengetahui gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap rumah sakit. Sampel pada studi kasus ini dokumen rekam medis sejumlah pasien yang berada di ruang tersebut selama rentang waktu 3 hari tanggal 30 September – 2 Oktober 2023. Alat pengumpulan data pada studi kasus ini menggunakan lembar observasi berdasarkan SNARS dan analisis data menggunakan statistik deskriptif. Hasil studi kasus menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap rumah sakit berada dalam kategori tidak lengkap (72%) dari total 25 rekam medis, pengkajian keperawatan 15 rekam medis (60%) lengkap, diagnosa keperawatan 23 rekam medis (92%) lengkap, perencanaan keperawatan 13 rekam medis (52%) tidak lengkap, implementasi keperawatan 16 rekam medis (64%) lengkap, dan evaluasi keperawatan 16 rekam medis (64%) tidak lengkap. Kesimpulan dari studi kasus ini menunjukkan bahwa tahap diagnosis memiliki hasil yang tinggi dalam kategori lengkap dan hasil tertinggi dalam kategori tidak lengkap yaitu tahap evaluasi. Diperlukan pengoptimalan pendokumentasian asuhan keperawatan melalui pelatihan dan supervisi secara berkala.

Kata kunci: asuhan keperawatan; pendokumentasian; ruang rawat inap

NURSING CARE DOCUMENTATION: OBSERVATIONAL STUDY IN WARD

ABSTRACT

Nursing care documentation is written information about the status, development of the patient's condition and all nursing care activities. Documentation is means of communication between health workers in providing nursing care. Incomplete nursing care documentation may cause misunderstandings in the meaning of written information and impact health service quality. This study aimed to describe the nursing care documentation in the inpatient ward. The samples in this case study were patient medical record documents that were in the room for a span of 3 days on September 30 - October 2, 2023. This case study used observation sheets based on SNARS and the data were analyzed using descriptive statistics. The results of the study revealed that nursing care documentation in the Inpatient ward was incomplete (72%) of 25 medical records, nursing assessment 15 medical records (60%) complete, nursing diagnoses 23 medical records (92%) complete, nursing planning 13 medical records (52%) incomplete, nursing implementation 16 medical records (64%) complete, and nursing evaluation 16 medical records (64%) incomplete. It was concluded that the diagnosis stage has high results in the complete category and the highest in the incomplete category, especially in the evaluation stage. It is necessary to optimize nursing care documentation through regular training and supervision.

Keywords: documentation; nursing care; ward

PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan salah satu bentuk organisasi pelayanan kesehatan yang memberikan asuhan terintegrasi yang terdiri dari profesional pemberi asuhan (PPA) seperti dokter, perawat, ahli gizi, dan farmasi dalam memberikan asuhan kepada pasien (KARS, 2018). Perawat sebagai bagian dari PPA memberikan asuhan keperawatan terintegrasi sesuai standar dan mengevaluasi kebutuhan pasien selama 24 jam. Oleh karena itu, dibutuhkan sistem pendokumentasian asuhan keperawatan untuk memberikan informasi tentang status, perkembangan kondisi pasien, dan semua kegiatan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien (Depkes RI, 2010; Martin et al., 2020). Menurut KARS (2018), pencatatan pendokumentasian asuhan keperawatan berguna untuk kepentingan pasien, perawat serta seluruh tim kesehatan yang bekerja memberi pelayanan kesehatan kepada pasien. Kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan bermanfaat untuk kesinambungan pelayanan kesehatan pasien dan akan berdampak positif terhadap kualitas mutu pelayanan kesehatan.

Menurut Fatmawati et al., (2019), pendokumentasian asuhan keperawatan menjadi masalah yang sering muncul di Indonesia. Perawat di Indonesia masih banyak yang tidak melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan optimal, perawat beranggapan bahwa pelayanan pasien lebih penting dibandingkan melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan. Berdasarkan hasil penelitian Enisa (2019) terhadap 300 rekam medis didapatkan bahwa 69,3% dokumentasi keperawatan tidak lengkap. Hasil dari 10 rekam medis pada tahap pengkajian 25% terisi, tahap diagnosa 50% terisi, tahap perencanaan 37,5% terisi, tahap implementasi 37,5% terisi, dan tahap evaluasi 25% terisi. Hasil penelitian Junarti et al., (2020) di RSUD dr. Slamet Garut pada 100 rekam medis yaitu 77,24% belum optimal karena belum mencapai hasil optimal yaitu 100%, dengan hasil nilai paling tinggi pada tahap evaluasi 95,65% dan paling rendah pada tahap perencanaan 61,9%.

Dampak dari belum tercapainya standar pendokumentasian asuhan keperawatan, dapat menjadikan kualitas asuhan keperawatan kurang baik, kurang pertanggung jawaban kepada pasien, tidak ada informasi terhadap perlindungan individu, tidak ada bukti praktik keperawatan, komunikasi asuhan keperawatan menjadi kurang, ketidaksesuaian biaya, dan kurangnya perencanaan pelayanan kesehatan keperawatan dimasa yang akan datang. Ketidaklengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu kurang pengawasan atau supervisi sehingga perawat sulit melakukan pendokumentasian yang efektif namun efisien, tingkat pendidikan, pelatihan terkait pendokumentasian, dan kurangnya motivasi untuk melakukan proses dokumentasi (Kamil et al., 2018).

Pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap rumah sakit terdiri dari dokumentasi pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan menggunakan metode SOAP (Subjektif, Objektif, Analisa dan Perencanaan) sesuai dengan Standar Prosedur Operasional yang ditetapkan rumah sakit tahun 2019. Berdasarkan hasil observasi dokumen rekam medis didapatkan bahwa masih terdapat beberapa dokumen yang belum terisi lengkap seperti pada pengkajian, perencanaan dan terdapat penulisan yang berulang terkait kondisi pasien terutama pada data subjektif dan objektif dalam evaluasi keperawatan. Tujuan studi kasus ini untuk mengetahui gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap rumah sakit Banda Aceh.

METODE

Studi observasi ini dilakukan di ruang rawat inap rumah sakit Banda Aceh. Sampel pada studi kasus ini dokumen rekam medis sejumlah pasien yang berada di ruang tersebut selama rentang waktu 3 hari tanggal 30 September – 2 Oktober 2023. Proses pengumpulan data dilakukan dengan cara observasi menggunakan lembar observasi SNARS yang disesuaikan dengan SPO yang telah ditetapkan oleh Rumah Sakit yang terdiri dari 42 pernyataan yang telah ditetapkan rumah sakit.

HASIL

Tabel 1.

Distribusi Frekuensi Data Data Demografi Perawat Pelaksana Ruang Rawat Inap (n=25)

Karakteristik	f	%
Jenis Kelamin		
Laki-laki	9	36
Perempuan	16	64
Pendidikan Terakhir		
DIII Keperawatan	17	68
Ners	8	32
Lama Bekerja		
< 6 tahun	5	20
6-10 tahun	19	76
> 10 tahun	1	4
Status Kepegawaian		
PNS	22	88
Kontrak	3	12
Pelatihan yang pernah diikuti		
APAR	5	20
APAR, BHD	10	40
APAR, Pendokumentasian	3	12
BTCLS	2	8
Komunikasi Efektif	5	20

Tabel 1 menunjukkan data demografi dari keseluruhan total 25 perawat pelaksana, jenis kelamin terbanyak yaitu perempuan 16 orang (64%). Pendidikan terakhir perawat pelaksana terbanyak yaitu DIII Keperawatan yaitu 17 orang (68%), sebanyak 19 orang (76%) sudah bekerja selama 6-10 tahun, dan pelatihan terbanyak yang telah diikuti adalah APAR, BHD yaitu 10 orang (40%).

Tabel 2.

Distribusi Frekuensi Pendokumentasian Proses Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap (n=25)

Kategori	f	%
Lengkap	7	28
Tidak lengkap	18	72

Tabel 2 menunjukkan bahwa distribusi frekuensi pendokumentasian proses asuhan keperawatan di ruang rawat inap yaitu 18 dari 25 dokumen rekam medis terisi tidak lengkap (72%).

Tabel 3.
Distribusi Frekuensi Pendokumentasian asuhan keperawatan pada tahap pengkajian
keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan,
dan evaluasi keperawatan (n=25)

Variabel	Lengkap		Tidak Lengkap	
	f	%	f	%
Pengkajian keperawatan	15	60	10	40
Diagnosis keperawatan	23	92	2	8
Perencanaan keperawatan	12	48	13	52
Implementasi keperawatan	16	64	9	36
Evaluasi keperawatan	9	36	16	64

Tabel 3 menunjukkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan dari total 25 dokumen rekam medis pada tahap pengkajian keperawatan yaitu 15 dokumen terisi lengkap (60%), tahap diagnosis keperawatan yaitu 23 dokumen terisi lengkap (92%), tahap perencanaan keperawatan yaitu 13 dokumen terisi tidak lengkap (52%), tahap implementasi keperawatan yaitu 16 dokumen terisi lengkap (64%), dan tahap evaluasi keperawatan yaitu 16 dokumen terisi tidak lengkap (64%).

PEMBAHASAN

Gambaran Pendokumentasian Proses Asuhan Keperawatan

Hasil studi pendokumentasian asuhan keperawatan didapatkan bahwa 18 rekam medis (72%) terisi tidak lengkap dan 7 rekam medis (28%) terisi lengkap. Hal ini dapat disebabkan karena terdapat perawat yang tidak melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan sesuai dengan SPO rumah sakit dan dapat dipengaruhi oleh kompetensi perawat berdasarkan tingkat pendidikan dan pelatihan yang telah diikuti. Adapun tingkat pendidikan terbanyak yaitu DIII Keperawatan yaitu 17 orang (68%) dan perawat yang pernah mengikuti pelatihan pendokumentasian proses keperawatan hanya 3 orang (12%) dari total perawat 25 orang.

Berdasarkan asumsi penulis hal ini dapat terjadi karena terdapat perawat yang tidak melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan sesuai dengan SPO rumah sakit dan dapat dipengaruhi kompetensi perawat berdasarkan tingkat pendidikan dan pelatihan yang diikuti perawat pelaksana. Tingkat pendidikan seseorang akan mencerminkan kemampuan individu dalam menyelesaikan suatu pekerjaan dan semakin tinggi pendidikan maka semakin matang kemampuan berpikir seseorang. Hasil penelitian ini sejalan dengan Jumali dan Usman (2017) menunjukkan dari 22 responden dengan tingkat pendidikan D-III terdapat 22,2% pendokumentasian keperawatan baik sedangkan dari 18 responden dengan tingkat pendidikan Ners 77,8% pendokumentasian keperawatan pada katagori baik. Hasil penelitian Suryono dan Nugroho (2020) menjelaskan bahwa mayoritas perawat yang memiliki kompetensi yang cukup dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan tidak terlepas dari latar belakang mereka yang seluruhnya (100%) sudah pernah mengikuti pelatihan. Hasil penelitian Amalia et al., (2018) di Instalasi Rawat Inap RSUD Lubuk Sikaping yang menunjukkan bahwa dari 27 perawat yang memiliki pendidikan rendah melakukan pendokumentasian tidak lengkap sebanyak 96,3% sedangkan dari 21 perawat yang memiliki pengetahuan tinggi melakukan pendokumentasian dengan lengkap sebanyak 57,1%. Hasil penelitian Nellisa et al., (2022), menunjukkan bahwa pendokumentasian keperawatan di ruang rawat inap rumah sakit 100% tidak lengkap, terutama pada tahap penegakan diagnosa keperawatan dan tahap evaluasi/CPPT. Namun hasil ini berbeda dengan penelitian Kasim & Abdurrouf (2016) di RSUD Sunan Kalijaga Demak didapatkan bahwa sebagian besar dokumentasi asuhan keperawatan sebanyak 78,4% dalam kategori lengkap, dan sebanyak 21,6% dokumen dalam kategori kurang lengkap.

Menurut Tandi et al., (2020) kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan di rumah sakit masih rendah, sehingga perlu dilakukan pelatihan, pengembangan kesadaran, pengarahan dan pengendalian, kontrol berkelanjutan, mengurangi beban kerja perawat dengan menambahkan tenaga keperawatan dan kebijakan insentif untuk meningkatkan kualitas pendokumentasian keperawatan. Sejalan dengan itu maka pelatihan pendokumentasian keperawatan untuk perawat ruang rawat inap dapat diadakan secara menyeluruh agar menciptakan pendokumentasian yang optimal, terutama pada tahap evaluasi keperawatan. Standar Prosedur Operasional (SPO) yang telah dibuat harus disosialisasikan kepada seluruh perawat untuk meningkatkan pemahaman dan mengurangi kebingungan bagi perawat dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan, terutama pada tahap perencanaan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Tahap Pengkajian

Hasil studi pendokumentasian asuhan keperawatan tahap pengkajian menunjukkan bahwa terdapat 15 rekam medis (60%) terisi lengkap dan 10 rekam medis (40) terisi tidak lengkap dari total 25 rekam medis yang diobservasi. Hasil menunjukkan bahwa lebih dari setengah pendokumentasian tahap pengkajian terisi lengkap. hal ini dapat dipengaruhi oleh jenis kelamin perawat yaitu sebagian besar berjenis kelamin perempuan (64%). Biasanya jenis kelamin perempuan cenderung lebih tekun dalam melakukan pekerjaan rutin dari pada jenis kelamin laki-laki yang cenderung bersikap praktis dan mempercepat sesuatu yang dikerjakan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan Furroidah et al., (2023) menunjukkan bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan (63.60%) patuh dalam menerapkan pendokumentasian dan sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki (61.10%) tidak patuh dalam menerapkan pendokumentasian asuhan keperawatan. Hasil penelitian Damanik et al., (2019) menunjukkan bahwa dokumentasi pengkajian keperawatan di Instalasi Rawat Inap di Sumatera Barat sebagian besar lengkap sebanyak 76,7%, pada penelitiannya format pengkajian sudah memuat identitas pasien, namun alasan masuk RS dan kondisi kesehatan pasien didokumentasikan dengan tidak lengkap. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Prakosa et al., (2016) didapatkan 85,7% dokumentasi pengkajian keperawatan dilakukan lengkap. Hasil penelitian Suwignjo et al., (2022) menunjukan hampir seluruh rekam medis 86.54 % pada dokumentasi pengkajian keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung adalah lengkap, dimana terdapat sebanyak 37 orang (88,1%) lengkap dalam pendokumentasian, sedangkan yang tidak melengkapi pendokumentasian sebanyak 5 orang (11,9%). Namun, hasil ini tidak sejalan dengan penelitian Supratti dan Ashriady (2016) yang menunjukkan sebagian besar pendokumentasian pengkajian keperawatan kurang lengkap sebanyak 97.8% rekam medis. Hasil penelitian Muryani dan Setiawan (2019) yang menunjukkan bahwa seluruh pendokumentasian pengkajian sebanyak 222 rekam medis (100%) tidak sesuai.

Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Tahap Diagnosis

Hasil studi pendokumentasian asuhan keperawatan tahap diagnosis didapatkan bahwa dari 25 rekam medis yang diobservasi terdapat 23 rekam medis (92%) terisi lengkap dan 2 rekam medis (8%) terisi tidak lengkap. Hasil ini dapat disebabkan karena perawat menyadari bahwa perumusan diagnosis keperawatan merupakan suatu hal yang penting dalam menentukan tindakan keperawatan yang tepat sehingga asuhan keperawatan yang diberikan sesuai dengan kondisi dan kebutuhan pasien berdasarkan prioritas urutan masalah. Namun masih terdapat 2 rekam medis tidak lengkap, hal ini dapat disebabkan karena kurangnya pemahaman perawat atau akibat kondisi pasien yang tidak kooperatif.

Menurut Berman et al., (2016) dalam praktik keperawatan penting bagi perawat untuk mengetahui label diagnosa keperawatan, karakteristik atau faktor risiko untuk menegakkan diagnosa, faktor yang berkaitan dengan diagnosa, dan intervensi yang sesuai untuk menangani diagnosa. Berpikir kritis dalam menegakkan diagnosa membantu perawat untuk membuat intervensi secara menyeluruh dan akurat untuk pasien. Selain itu diagnosis keperawatan ditegakkan untuk memberikan pemahaman yang sama antar pemberi pelayanan kesehatan dengan menggunakan bahasa yang jelas, memberikan evaluasi, dan memudahkan ketika pergantian shift. Hasil ini sejalan dengan penelitian Suwignjo et al., (2022) di RSUD Kota Bandung yang menunjukkan seluruh dokumentasi diagnosis keperawatan terisi lengkap (100%) dan tidak satupun ditemui diagnosa keperawatan tidak terisi. Hasil penelitian Muryani dan Setiawan (2019) menunjukkan pada tahap diagnosis keperawatan terdapat 59% rekam medis sesuai dan 41% rekam medis tidak sesuai. Pada proses diagnosis keperawatan menampilkan kejadian yang menjadi dasar diangkatnya diagnosis, namun dalam merumuskan diagnosis terkadang hanya satu diagnosis yang dibuat padahal kejadian yang ditemukan melebihi dari satu masalah.

Namun, hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Astuti et al., (2022) menunjukkan pada tahap diagnosis keperawatan terdapat 15 (83,3%) dari 18 dokumen rekam medis tidak lengkap yaitu terdapat 12 rekam medis tidak ada merumuskan diagnosis/ masalah keperawatan risiko. Hasil penelitian Limbong dan Nugroho, (2022) menunjukkan bahwa sebagian besar pendokumentasian diagnosis keperawatan 53,8% kurang baik. Hasil penelitian Heryyanoor et al., (2023) menjelaskan bahwa pemahaman perawat terkait dokumentasi diagnosis keperawatan masih belum optimal karena perawat berpersepsi dokumentasi diagnosis keperawatan dirumuskan berdasarkan keluhan pasien, padahal kriteria dalam menentukan diagnosis keperawatan yaitu dengan membandingkan standar kesehatan dengan kesenjangan yang didapat dari hasil pengkajian dan diagnosa keperawatan dihubungkan dengan penyebab atau permasalahan dan pemenuhan kebutuhan pasien.

Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Tahap Perencanaan

Hasil studi pendokumentasian asuhan keperawatan tahap perencanaan didapatkan bahwa dari 25 rekam medis yang diobservasi terdapat 13 (52%) rekam medis terisi tidak lengkap dan terdapat 12 (48%) rekam medis terisi lengkap, sebagian besar perawat tidak menulis rencana keperawatan yang menggambarkan keterlibatan pasien/ keluarga dan identifikasi masalah tidak disusun menurut urutan prioritas diagnosis/masalah keperawatan. Hal ini dapat disebabkan karena kurangnya pemahaman perawat dalam merumuskan perencanaan keperawatan yang dapat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan rendah dan pelatihan pendokumentasian yang belum merata. Perencanaan dilakukan guna merencanakan segala tindakan yang akan dilakukan terhadap pasien berdasarkan rumusan masalah dan diagnosa yang telah ditetapkan. Dalam hal ini diperlukan supervisi secara berkala untuk memberikan pengarahan kepada setiap perawat terutama bagi perawat dengan tingkat pendidikan rendah dan belum mendapatkan pelatihan pendokumentasian asuhan keperawatan agar dapat merumuskan perencanaan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

Hal ini sejalan dengan penelitian Togubu et al., (2019), menunjukkan bahwa supervisi merupakan merupakan variabel yang paling dominan berhubungan dengan pendokumentasian asuhan. Penilaian terhadap supervisi dengan kategori baik terdapat 38 responden (50,7%) mendokumentasikan asuhan keperawatan secara lengkap (38,7%) dan 12% responden mendokumentasikan asuhan keperawatan kurang lengkap. Penilaian responden terhadap supervisi dengan kategori kurang baik terdapat 37 responden (49,3%) mendokumentasikan asuhan keperawatan kurang lengkap sebanyak 29,3% dan 20% responden

mendokumentasikan asuhan keperawatan secara lengkap. Hasil ini sejalan dengan penelitian Juniarti et al., (2020) menunjukkan sebagian besar perawat tidak menggambarkan keterlibatan pasien/keluarga dalam perencanaan keperawatan yaitu hanya 10% yang mengisi keterlibatan pasien/keluarga dari 61,33% dokumen perencanaan yang terisi lengkap. Begitu pula penelitian Umar (2021) didapatkan bahwa perencanaan keperawatan didokumentasikan tidak lengkap (95%).

Namun, hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Suhartini et al., (2023) menunjukkan tidak ada hubungan antara supervisi dengan pelaksanaan pendokumentasian, pada supervisi baik terdapat 57,1% pendokumentasian dalam kategori baik. Penelitian yang dilakukan oleh Kusnadi (2017) yang menunjukkan sebagian besar pendokumentasian rencana keperawatan terisi lengkap (78.65%). Hasil penelitian Muryani dan Setiawan (2019) menunjukkan bahwa pendokumentasian intervensi keperawatan sudah sesuai sebanyak 171 (77%) rekam medis. Rencana asuhan keperawatan harus dibuat secara spesifik, jelas, ditentukan jangka waktu, dan dapat diukur baik kognitif, afektif, dan psikomotor. Jenis intervensi keperawatan harus mencantumkan terapi keperawatan, pendidikan kesehatan, kolaborasi dengan tim kesehatan lain, observasi dan monitoring (Noorkasiani et al., 2015).

Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Tahap Implementasi

Hasil studi pendokumentasian asuhan keperawatan tahap implementasi menunjukkan terdapat 16 rekam medis (64%) lengkap dan 9 rekam medis (36%) tidak lengkap dari 25 rekam medis yang diobservasi. Hasil ini menunjukkan bahwa sebagian besar pendokumentasian pada tahap implementasi keperawatan terisi lengkap sesuai dengan standar prosedur operasional yang sudah dirancang oleh rumah sakit. Asumsi penulis masa kerja dapat mempengaruhi seseorang dalam melaksanakan tugasnya karena semakin lama seseorang bekerja maka semakin meningkat kemampuan seseorang, adapun mayoritas masa kerja perawat di ruang rawat inap yaitu 6-10 tahun sebanyak 19 orang (76%), sehingga sebagian besar perawat dapat melakukan pendokumentasian implementasi dengan baik.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Ardenny dan Idayanti (2022), menunjukan bahwa masa kerja mempengaruhi praktik pengisian pendokumentasian implementasi keperawatan, dimana terdapat 68,3% pendokumentasian terisi lengkap dengan lama kerja lebih atau sama dengan 4 tahun (51,7%). Penelitian yang dilakukan oleh Jaya et al., (2019) di Ruang Rawat Inap RSUD Buton Utara menunjukkan bahwa pendokumentasian implementasi keperawatan dalam kategori baik 72,1%. Penelitian yang dilakukan oleh Limbong dan Nugroho, (2022) di ruang perawatan covid-19 se-kota Kupang didapatkan bahwa 53.8% pendokumentasian implementasi keperawatan dilakukan dengan baik. Hasil penelitian Elvakra (2020) menunjukkan sebagian besar implementasi keperawatan yaitu sebanyak 200 rekam medis (90%) sesuai. Hal yang di observasi yaitu tindakan keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan yang ditetapkan sebelumnya, tindakan keperawatan berisikan tindakan mandiri keperawatan, dilanjutkan tindakan kolaboratif jika bersesuaian dengan kondisi pasien, tindakan keperawatan disesuaikan dengan respon terbaru yang didapat dari pasien atau keluarga pasien, tindakan keperawatan melibatkan pasien secara mandiri dan atau keluarga pasien jika ada/mampu, tindakan keperawatan yang dilakukan diberi keterangan nama perawat dan paraf serta waktu pelaksanaan dan tindakan keperawatan ditulis pada format yang tersedia. Namun hasil ini tidak sejalan dengan penelitian Akhu-Zaheya et al., (2017), menunjukkan bahwa 50,2% implementasi keperawatan tidak didokumentasikan dengan lengkap. Hasil penelitian Kurniawandari et al., (2018) menunjukkan 54,1% dokumentasi implementasi keperawatan tidak lengkap.

Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Tahap Evaluasi

Hasil studi pendokumentasian asuhan keperawatan tahap evaluasi didapatkan bahwa dari 25 rekam Medis yang diobservasi terdapat 16 (64%) rekam medis terisi tidak lengkap dan 9 (36%) rekam medis terisi lengkap. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pendokumentasian pada tahap evaluasi masih banyak yang tidak terisi secara lengkap terutama pada bagian subjektif sebagian besar perawat tidak menuliskan data ungkapan pasien, pada bagian objektif terdapat beberapa perawat tidak mencantumkan hasil pemeriksaan penunjang, dan pada bagian *planning* masih kurangnya perencanaan yang menggambarkan keterlibatan pasien/keluarga. Hal ini dapat disebabkan karena tingginya beban kerja perawat, sehingga perawat kesulitan untuk mengatur antara memberikan tindakan keperawatan dan melakukan penulisan pendokumentasian.

Hasil penelitian Wisuda dan Putri (2019) menjelaskan bahwa kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan masih rendah yaitu lebih dari setengah kurang baik (75%). Hal ini dapat disebabkan karena terlalu tingginya beban kerja perawat sehingga mempengaruhi performa perawat dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan. Beban kerja yang berlebih akan membuat perawat tidak fokus melakukan pengisian format asuhan keperawatan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Etlidawati dan Arini (2020) menunjukkan adanya beban kerja dapat mempengaruhi pendokumentasian evaluasi keperawatan, dimana terdapat 70,8% perawat dengan beban kerja berat melakukan pendokumentasian secara tidak lengkap sebanyak 96,9%. Hasil penelitian Jaya et al., (2019) di Ruang Rawat Inap RSUD Buton Utara, menunjukkan bahwa pendokumentasian evaluasi keperawatan dari 36 rekam medis didapatkan 31 rekam medis (86,1%) dalam kategori kurang. Penelitian yang dilakukan oleh Limbong dan Nugroho, (2022), menunjukkan bahwa sebagian besar perawat kurang baik 63.5% dalam mendokumentasikan evaluasi keperawatan. Namun, hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Supratti dan Ashriady (2016), menunjukkan sebagian besar perawat mengisi dokumentasi evaluasi keperawatan secara lengkap (63,4%). Evaluasi keperawatan adalah membandingkan hasil dari pengimplementasian tindakan keperawatan dengan kriteria tujuan yang sudah ditentukan, langkah akhir dari proses keperawatan, menilai tujuan dalam rencana perawatan tercapai atau tidak, menilai efektifitas intervensi keperawatan atau strategi asuhan keperawatan, menentukan efektif/ tidaknya tindakan keperawatan dan perkembangan pasien terhadap masalah kesehatan (Nursalam, 2017).

SIMPULAN

Berdasarkan hasil studi observasi yang telah dilakukan selama tiga hari pada tanggal 30 september – 02 Oktober 2023 di ruang rawat inap rumah sakit Banda Aceh terhadap 25 dokumen rekam medis, dapat disimpulkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan tidak lengkap (72%) dari 25 rekam medis, pada tahap pengkajian keperawatan 15 dokumen (60%) terisi lengkap, pada tahap diagnosis keperawatan 23 dokumen (92%) lengkap, pada tahap perencanaan keperawatan 13 dokumen (52%) tidak lengkap, pada tahap implementasi keperawatan 16 dokumen (64%) lengkap, dan pada tahap evaluasi keperawatan 16 dokumen (64%) tidak lengkap. Berdasarkan kesimpulan hasil studi observasi di atas disarankan kepada pihak rumah sakit untuk mengadakan pelatihan, seminar dan workshop terkait pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan dan kepada kepala ruang agar dapat melakukan supervisi secara berkala terutama bagi perawat dengan tingkat pendidikan rendah, masa kerja <6 tahun, dan perawat yang belum mendapatkan pelatihan terkait pendokumentasian asuhan keperawatan, memberikan reward bagi perawat yang melakukan dokumentasi dengan lengkap dan memberikan punishment bagi perawat yang tidak lengkap melakukan dokumentasi sehingga dapat mengoptimalkan pendokumentasian asuhan keperawatan

DAFTAR PUSTAKA

- Akhu-Zaheya, L., Al-Maaitah, R., & Hani, S. B. (2017). Quality of nursing documentation: Paper-based health records versus electronic-based health records. *Journal Of Clinical Nursing*, 27(3–4), 578–589.
- Amalia, E., Herawati, L., & Nofriadi. (2018). Faktor-Faktor Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD Lubuk Sikapang. *Prosiding Seminar Kesehatan Perintis*. *Prosiding Seminar Kesehatan Perintis*, 1(1).
- Ardenny, A., & Idayanti, I. (2022). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kelengkapan Pendokumentasian Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Madani. *Prosiding Seminar Nasional Kesehatan Masyarakat Universitas Muhammadiyah Pontianak*, 1(1), 178–186. <https://openjurnal.unmuhpnk.ac.id/prosidingkesmas/article/view/4074>
- Astuti, R., Yusuf, M., & Mayasari, P. (2022). Gambaran Pendokumentasian Proses Keperawatan. *JIM FKep*, 1(3), 114–122.
- Berman, A., Snyder, S. J., & Frandsen, G. (2016). *Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: Concept, Process, and Practice* (10th ed.). New York: Pearson Education, Inc.
- Damanik, M., Fahmy, R., & Merdawati, L. (2019). Gambaran Keakuratan Dokumentasi Asuhan Keperawatan. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 8(4), 138–144. <https://doi.org/10.25077/jka.v8i4.1131>
- Elvahra, Z. (2020). Hubungan Karakteristik Perawat Pada Proses Pendokumentasian Dalam Asuhan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan*.
- Etliawati, & Arini, U. (2020). Hubungan beban kerja perawat dengan kelengkapan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan. *Jurnal Human Care*, 5(2), 588–596.
- Fatmawati, D., Isnawati, & Suriawanto, N. (2019). Factors that influence the documentation of the completeness of nursing care by the implementing nurse in the emergency room at anutapura general hospital, Palu. *Science Midwifery*, 7(1).
- Furroidah, F., Maulidia, R., & Maria, L. (2023). Hubungan karakteristik perawat dengan tingkat kepatuhan dalam menerapkan pendokumentasian asuhan keperawatan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Media Husada*, 12(2), 26–38.
- Heryyanoor, Pertiwi, M. R., & Hardiyanti, D. (2023). Persepsi perawat tentang penerapan dokumentasi keperawatan di rumah sakit A. *Jurnal Ners*, 7(2), 1230–1240.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2010). *Permenkes RI no HK0.202/Menkes/148/I/2010 Tentang izin penyelenggaraan praktek keperawatan*. Jakarta: DepKes RI.
- Jaya, K., Mien, R., & Suramadhan. (2019). Gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap rsud buton utara. *Jurnal Keperawatan*, 2(3), 27–36.
- Jumali, & Usman, S. (2017). Faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan dokumentasi keperawatan. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan*, 2(3).
- Junarti, R., Somantri, I., & Nurhakim, F. (2020). Gambaran Kualitas Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Dr.Slamet Garut. *Jurnal Keperawatan BSI*, 8(2).

- Kamil, H., Rachmah, R., & Wardani, E. (2018). What is the problem with nursing documentation? Perspective of Indonesian nurses. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 9, 111–114.
- Kasim, M., & Abdurrouf, M. (2016). Peningkatan kualitas pelayanan dan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan Metode Tim. *NurseLine Journal*, 1(62).
- Kurniawandari, E., Fatimah, F. S., & Listiyanawati, M. D. (2018). Implementation of Documentation of Nursing Care in Wates Hospital. *Indonesian Journal of Nursing and Midwifery*, 6(2), 68–75.
- Limbong, K., & Nugroho, F. C. (2022). Gambaran pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang perawatan covid-19 se-kota kupang. *Jurnal Cakrawala Ilmiah*, 2(3), 1055–1064.
- Martin, B., Jones, J., Miller, M., & Johnson-Koenke, R. (2020). Health Care Professionals' Perceptions of Pay-for-Performance in Practice: A Qualitative Metasynthesis. *Inquiry (United States)*, 57.
- Muryani, P., & Setiawan, H. (2019). Kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap. *Nerspedia*, 2(1), 27–32.
- Nellisa, D., Rachmah, & Mahdarsari, M. (2022). Pendokumentasian keperawatan di ruang rawat inap rumah sakit. *JIM FKep*, 1(4), 8–16.
- Noorkasiani, N., Gustina, R., & Maryam, S. (2015). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 18(1), 1–8.
- Nursalam. (2017). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik*. Salemba Jakarta: Medika.
- Prakosa, M., Nursalam, & Asmoro, C. (2016). Kualitas dokumentasi keperawatan dan beban kerja objektif perawat berdasarkan time and motion study (TMS). *Quality of nursing documentation and nurse ' s objective workload based on time and motion study (TMS)*. *J INJEC*, 1(2), 173–179.
- Komisi Akreditasi Rumah Sakit. (2018). *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNAR) (1st ed.)*. Jakarta: KARS.
- Suhartini, T., Washilah, W., & Hadi, W. H. (2023). Pendokumentasian asuhan keperawatan berbasis standar diagnosis keperawatan indonesia bagi motivasi, beban kerja, supervisi, model kepemimpinan dan organisasi, serta fasilitas layanan. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 5(1).
- Supratti, & Ashriady. (2016). Pendokumentasian standar asuhan keperawatan di rumah sakit umum daerah Mamuju. *Jurnal Kesehatan Manarang*, 2(1), 44051.
- Suryono, & Nugroho, C. (2020). Kompetensi Perawat Mendokumentasikan Diagnosis Keperawatan Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia(SDKI). *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 11(1), 233–238.

- Suwignjo, P., Maidartati, Asmara, L. N., Saputra, A., & Khasanah, U. (2022). Gambaran kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di instalasi rawat inap rsud kota bandung. *Jurnal Keperawatan BSI*, 10(2).
- Tandi, D., Syahrul, S., & Erika, K. A. (2020). Kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan di rumah sakit : literature review. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 9(1), 12–20.
- Togubu, F. N., Korompis, g. E. C., & Kaunang, W. P. J. (2019). Faktor-faktor yang berhubungan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan di rumah sakit daerah kota tidore kepulauan. *Jurnal KESMAS*, 8(3), 60–68.
- Umar, Y. (2021). Gambaran kelengkapan dokumentasi keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Otanah Kota Gorontalo. *PSIK Universitas Hasanuddin*.
- Wisuda, A. C., & Putri, D. O. (2019). Kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di instalasi rawat inap. *Jurnal ‘Aisyiyah Medika*, 4(2), 230–238.

