

## Optimalisasi pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap rumah sakit X Bandar Lampung

Idris Ibrahim, Triyoso\*, Muhammad Arifki Zainaro

Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Malahayati  
Korespondensi penulis: Triyoso. \*E-mail: triyoso@malahayati.ac.id

### Abstract

**Background:** Nursing care documentation is a record of the client's responses to nursing implementation activities in a comprehensive, systematic and structured manner as accountability for the actions taken by the nurse towards the client in carrying out nursing care using the nursing process approach. If documentation is not carried out completely, it will reduce the quality of nursing services because it will not be possible to identify the extent of the success of the nursing care that has been provided. In the legal aspect, nurses do not have written evidence if one day the client demands dissatisfaction with nursing services. Written proof of services provided to patients by nursing staff aims to avoid errors, overlaps and incomplete information.

**Purpose:** To analyze and evaluate the optimization of the implementation of nursing care documentation in the Internal Medicine Inpatient Room at Hospital X in Bandar Lampung

**Method:** This type of research uses a descriptive research design to investigate circumstances, conditions or other things that have been mentioned. The results are presented in the form of a research report. In descriptive research, phenomena include forms, activities, characteristics, changes, relationships, similarities and differences between one phenomenon and another. Research is carried out to determine the value of independent variables, either one or more variables (independent) without making comparisons, or connecting them with other variables. Meanwhile, the main aim of descriptive research is to systematically describe the facts and characteristics of the object or subject being studied accurately. The research was carried out in the Internal Medicine Inpatient Room at X Hospital Bandar Lampung in April 2023. Data was collected in various settings, sources and methods.

**Results:** Most cases had complete medical record documentation of nursing care. A total of 45 (86.5%) of the nursing assessment documentation was complete. All nursing diagnosis documentation is complete. Data on planning documentation shows that almost all of them, 48 (92.3%) are also complete. Nearly 40 (76.9%) of the medical record status in nursing implementation documentation was complete. Finally, almost all 50 (96.2%) of the medical record status in the nursing evaluation documentation were also complete.

**Conclusion:** The description of the documentation of care, assessment, diagnosis, planning, implementation and evaluation of nursing in the Internal Medicine Inpatient Room at Hospital X in Bandar Lampung shows that most of it is completely filled.

**Suggestion:** It is hoped that the results of this research will be able to optimize the implementation of nursing care documentation in a systematic, comprehensive and complete manner for health services.

**Keywords:** Documentation; Nursing Care; Patient Satisfaction.

**Pendahuluan:** Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan catatan tentang tanggapan/respon klien terhadap kegiatan-kegiatan pelaksanaan keperawatan secara menyeluruh, sistematis dan terstruktur sebagai pertanggungjawaban terhadap tindakan yang dilakukan perawat terhadap klien dalam melaksanakan asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Apabila pendokumentasian tidak dilakukan dengan lengkap akan dapat menurunkan mutu pelayanan keperawatan karena tidak akan dapat mengidentifikasi sejauh mana tingkat keberhasilan asuhan keperawatan yang telah diberikan. dalam aspek legal perawat tidak mempunyai bukti tertulis jika suatu hari nanti klien menuntut ketidakpuasan akan pelayanan keperawatan. Bukti tertulis pelayanan yang diberikan kepada pasien oleh tenaga keperawatan bertujuan untuk menghindari kesalahan, tumpang tindih dan ketidak lengkapan informasi.

**Tujuan:** Untuk menganalisis dan mengevaluasi optimalisasi pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam Rumah Sakit X di Bandar Lampung

**Metode:** Jenis penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif untuk menyelidiki keadaan, kondisi atau hal lain-lain yang sudah disebutkan hasilnya dipaparkan dalam bentuk laporan penelitian. Dalam penelitian deskriptif fenomena ada yang berupa bentuk, aktivitas, karakteristik, perubahan, hubungan, kesamaan dan perbedaan antara fenomena yang satu dengan yang lainnya. Penelitian dilakukan untuk mengetahui nilai variabel mandiri, baik satu variabel atau lebih (independen) tanpa membuat perbandingan, atau menghubungkan dengan

variabel yang lain. Sedangkan tujuan utama penelitian deskriptif menggambarkan secara sistematis fakta dan karakteristik objek atau subjek yang diteliti secara tepat. Penelitian dilaksanakan di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam Rumah Sakit X Bandar Lampung pada bulan April 2023. Pengumpulan data didapatkan dalam berbagai *setting*, sumber dan cara.

**Hasil:** Sebagian besar kasus memiliki status rekam medis dokumentasi asuhan keperawatan yang lengkap. Sebanyak 45 (86.5%) pada dokumentasi pengkajian keperawatan adalah lengkap. Pada dokumentasi diagnosa keperawatan seluruhnya lengkap. Data pada dokumentasi perencanaan menunjukkan hampir seluruhnya sebanyak 48 (92.3%) juga lengkap. Hampir seluruhnya sebanyak 40 (76.9%) status rekam medis pada dokumentasi implementasi keperawatan adalah lengkap. Terakhir hampir seluruhnya sebanyak 50 (96.2%) status rekam medis pada dokumentasi evaluasi keperawatan juga lengkap.

**Simpulan:** Gambaran dokumentasi asuhan, pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam Rumah Sakit X di Bandar Lampung menunjukkan sebagian besar terisi lengkap.

**Saran:** Hasil penelitian ini diharapkan mampu mengoptimalkan pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan secara sistematis, komprehensif dan lengkap bagi pelayanan kesehatan.

**Kata kunci:** Asuhan Keperawatan; Dokumentasi; Kepuasan Pasien.

## PENDAHULUAN

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan catatan tentang tanggapan/respon klien terhadap kegiatan-kegiatan pelaksanaan keperawatan secara menyeluruh, sistematis dan terstruktur sebagai pertanggunggugatan terhadap tindakan yang dilakukan perawat terhadap klien dalam melaksanakan asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan (Kusumaningrum, & Sulistyowati, 2022). Apabila pendokumentasian tidak dilakukan dengan lengkap akan dapat menurunkan mutu pelayanan keperawatan karena tidak akan dapat mengidentifikasi sejauh mana tingkat keberhasilan asuhan keperawatan yang telah diberikan. dalam aspek legal perawat tidak mempunyai bukti tertulis jika suatu hari nanti klien menuntut ketidakpuasan akan pelayanan keperawatan (Suryanti, & Hariyati, 2020).

Bukti tertulis pelayanan yang diberikan kepada pasien oleh tenaga keperawatan bertujuan untuk menghindari kesalahan, tumpang tindih dan ketidaklengkapan informasi (Rosmalia, Machmud, & Mangkuto, 2015). Undang-undang Nomor 44 tahun 2019 pasal 52 ayat 1 menyatakan bahwa rumah sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan tentang semua kegiatan penyelenggaraan rumah sakit dalam bentuk sistem informasi manajemen rumah sakit. Permenkes No.269/MENKES/PER/III/2018 tentang rekam medis pada pasal 1 ayat 1, menyatakan bahwa rekam medik adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan,

pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022).

Berdasarkan Permenkes tersebut maka tenaga keperawatan mempunyai kewajiban untuk mendokumentasikan setiap asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Profesi keperawatan merupakan profesi yang memiliki resiko hukum, kesalahan perawatan yang mengakibatkan kecacatan atau kematian bagi pasien dapat menyeret perawat ke pengadilan, karenanya segala aktifitas yang dilakukan terhadap pasien harus didokumentasikan dengan baik dan jelas. Dokumentasi menjadi elemen penting dari perawatan pasien, memungkinkan komunikasi antara tim perawatan dan seluruh pergeseran keperawatan, memberikan catatan hukum perawatan yang diberikan kepada pasien dan bertindak sebagai alat untuk membantu mengelola perawatan pasien (Boucher, Griffiths, Sargent, Mabothe, George, McKinley, & Marks, 2012).

Dokumentasi sebagai alat bukti tanggung jawab dan tanggung gugat dari perawat dalam menjalankan tugasnya. Dokumentasi merupakan catatan otentik dalam penerapan manajemen asuhan keperawatan profesional. Perawat profesional diharapkan dapat menghadapi tuntutan tanggung jawab dan tanggung gugat terhadap segala tindakan yang dilakukannya. Bila terjadi suatu masalah yang berhubungan dengan profesi keperawatan, maka dokumentasi tersebut dapat

**Idris Ibrahim, Triyoso\*, Muhammad Arifki Zainaro**

Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Malahayati  
Korespondensi penulis: Triyoso. \*E-mail: triyoso@malahayati.ac.id

dapat dipergunakan sebagai barang bukti di pengadilan (Lestari, Suprpti, & Solechan, 2014).

Dokumentasi keperawatan mempunyai porsi yang besar dari catatan klinis pasien yang menginformasikan faktor tertentu atau situasi yang terjadi selama asuhan keperawatan dilakukan, di samping itu dokumentasi dijadikan sebagai wahana komunikasi dan koordinasi antar profesi (interdisipliner) yang dapat dipergunakan untuk mengungkap suatu fakta aktual untuk dipertanggungjawabkan (Lestari et al., 2014).

Melalui dokumentasi keperawatan akan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Hal ini akan bermanfaat bagi peningkatan mutu pelayanan (Noorkasiani, Gustina, & Maryam, 2015). Apabila dokumentasi tidak lengkap maka dapat terjadi resiko-resiko seperti kesalahan dalam komunikasi, dalam perencanaan tindakan, dalam pengambilan tindakan, sehingga dapat menjerat perawat karena tidak adanya dokumentasi resmi yang bernilai hukum dan dapat mengakibatkan menurunnya mutu asuhan keperawatan. Dokumentasi keperawatan merupakan alat vital dalam mengurangi tingkat kematian dan kejadian pasien yang merugikan (Boucher et al., 2012).

Masalah yang sering muncul dan dihadapi di Indonesia dalam pelaksanaan asuhan keperawatan adalah banyak perawat yang belum melakukan pelayanan sesuai pendokumentasian asuhan keperawatan. Pelaksanaan asuhan keperawatan juga tidak disertai pendokumentasian yang lengkap. Fakta menunjukkan bahwa dari 10 dokumentasi asuhan keperawatan, dokumentasi pengkajian hanya terisi 25%, dokumentasi diagnosis keperawatan 50%, dokumentasi perencanaan 37,5%, dokumentasi implementasi 35.5% dan dokumentasi evaluasi 25% (Nellisa, Rachmah, & Mahdarsari, 2022).

Hasil penelitian terdahulu menunjukkan bahwa kualitas dokumentasi asuhan keperawatan dengan pendekatan SOAP di ruang rawat jalan anak belum sesuai standar. Simpulan, akar masalah teridentifikasi. Pelaksanaan *pilot study* terkait optimalisasi kualitas dokumentasi asuhan keperawatan Rumah Sakit X berada pada tahap perubahan *moving/movement*. Produk inovasi disosialisasikan dan diterima untuk selanjutnya dilakukan uji coba instrumen (Koten, Afriani, Dewi, Yatnikasari, & Novieastari, 2021). Didukung penelitian lain yang menunjukkan adanya

peningkatan pelaksanaan dokumentasi keperawatan sebesar 11.40%. Kesimpulan yaitu pelaksanaan proyek inovasi dapat meningkatkan pelaksanaan dokumentasi keperawatan. Rekomendasi yaitu menggunakan panduan, SPO dan video *roleplay* sebagai referensi dalam melakukan dokumentasi keperawatan (Saraswasta, Hariyati, & Fatmawati, 2020).

Dari hasil tabulasi peserta penelitian terdahulu didapatkan sebagian besar peserta berpendidikan Profesi Ners (70%) dan sebagai perawat primer (51.90%). Pada hasil analisis hasil pretest – posttest diperoleh nilai p value = 0.000 yang menunjukkan bahwa ada perbedaan signifikan antara pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan materi tentang SDKI, SIKI, SLKI. Hasil pretest-posttest ini menunjukkan pengetahuan perawat dapat bertambah dengan pemberian sosialisasi standar diagnosis keperawatan. Diharapkan dari rumah sakit dapat secara rutin memberikan stimulasi pengetahuan terutama perihal dokumentasi asuhan keperawatan (Yulanda, Mita, Budiharto, Sulistianingrum, Hakim, Martadi, & Millenianto, 2022).

Hasil observasi pada lima belas status pasien yang dilakukan oleh peneliti di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam Rumah Sakit X di Bandar Lampung, dimana jika dilihat dari persentase kelengkapan pada masing-masing kategori, pengkajian hanya terisi 37.96%, diagnosis keperawatan 35.31%, intervensi 28.02%, implementasi 37.04%, dan evaluasi keperawatan 33.70%. Hasil wawancara dengan kepala ruangan dan perawat, pendokumentasian asuhan keperawatan pasien dilengkapi oleh kepala ruangan dan perawat lain saat status akan dipulangkan ke *medical record* rumah sakit, hal tersebut karena format yang tersedia masih kosong sehingga membutuhkan waktu yang banyak untuk mengisi format tersebut sehingga perawat merasa bosan, jenuh dan perawat belum mengetahui bagaimana pendokumentasian asuhan keperawatan yang harus dipenuhi dalam pendokumentasian keperawatan.

Berdasarkan uraian diatas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian terkait optimalisasi pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap penyakit dalam Rumah Sakit X di Bandar Lampung.

**Idris Ibrahim, Triyoso\*, Muhammad Arifki Zainaro**

Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Malahayati  
Korespondensi penulis: Triyoso. \*E-mail: triyoso@malahayati.ac.id

## METODE

Jenis penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif untuk menyelidiki keadaan, kondisi atau hal lain-lain yang sudah disebutkan, yang hasilnya dipaparkan dalam bentuk laporan penelitian. Dalam penelitian deskriptif fenomena ada yang berupa bentuk, aktivitas, karakteristik, perubahan, hubungan, kesamaan dan perbedaan antara fenomena yang satu dengan yang lainnya. Penelitian dilakukan untuk mengetahui nilai variabel mandiri, baik satu variabel atau lebih (independen) tanpa membuat perbandingan, atau menghubungkan dengan variabel yang lain. Sedangkan tujuan utama penelitian deskriptif menggambarkan secara sistematis fakta dan karakteristik objek atau subjek yang diteliti secara tepat.

Penelitian dilaksanakan di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam Rumah Sakit X di Bandar Lampung pada bulan April 2023. Pengumpulan data didapatkan dalam berbagai *setting*, sumber dan cara. Berdasarkan *setting* data penelitian didapatkan melalui berbagai responden, seminar, diskusi. Sumber data dapat menggunakan sumber primer yaitu sumber data yang diberikan langsung dan sumber sekunder data yang tidak diberikan langsung. Segi cara pengumpulan dapat dilakukan dengan wawancara, observasi, atau gabungan dari keduanya.

Dalam penelitian terdapat sumber data yang dibutuhkan seperti, informan yakni sumber data primer karena informan dianggap memiliki informasi yang lengkap untuk memenuhi kebutuhan informasi dalam permasalahan penelitian. Aktivitas yakni sumber data yang didapatkan melalui pengamatan kegiatan dan aktivitas sosial untuk melengkapi data penelitian. Teknik pengumpulan data yang akan

digunakan dalam penelitian ini meliputi, wawancara, observasi, dan dokumentasi.

Dokumen merupakan catatan peristiwa yang sudah berlalu yang berbentuk tulisan, gambar, atau karya monumental dari seseorang. Studi dokumen merupakan pelengkap dari penggunaan metode observasi dan wawancara. Hasil penelitian akan lebih dipercaya jika didukung oleh dokumenter. Untuk memperkuat data yang sudah ada maka peneliti ingin mengabadikan peristiwa yang ada dengan menggunakan teknik dokumentasi. Rincian penelitian ini yakni, mengidentifikasi pelaksanaan pendokumentasian kegiatan pengkajian asuhan keperawatan, pendokumentasian kegiatan diagnosa asuhan keperawatan, pendokumentasian kegiatan intervensi asuhan keperawatan, pendokumentasian kegiatan implementasi asuhan keperawatan, dan pendokumentasian kegiatan evaluasi asuhan keperawatan.

Penelitian ini menerapkan prinsip etik penelitian sebagai upaya untuk melindungi hak responden dan peneliti selama proses penelitian. Peneliti menguraikan masalah etik pada penelitian ini berdasarkan ketiga prinsip etik meliputi *Informed Consent*, *Anonymity*, dan *Confidentiality*. Peneliti melengkapi instrumen penelitian dengan dengan lembar *informed consent* untuk memberikan informasi terkait judul penelitian, identitas peneliti, prosedur, tujuan, dan manfaat penelitian. Pada bagian ini juga disertakan persetujuan menjadi responden dengan cara mengisi tanda tangan. Peneliti juga menggunakan prinsip *anonymity* dengan hanya meminta inisial nama responden pada instrumen penelitian. Selain itu peneliti memegang teguh kerahasiaan data responden dengan cara tidak menyebarkan dan hanya menyajikan kelompok data tertentu dalam hasil penelitian.

Idris Ibrahim, Triyoso\*, Muhammad Arifki Zainaro

Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Malahayati  
Korespondensi penulis: Triyoso. \*E-mail: triyoso@malahayati.ac.id

**HASIL****Tabel 1. Distribusi Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan (N=52)**

| <b>Variabel</b>    | <b>Hasil</b> |
|--------------------|--------------|
| <b>Pengkajian</b>  |              |
| Lengkap            | 45/86.5      |
| Tidak Lengkap      | 7/13.5       |
| <b>Diagnosa</b>    |              |
| Lengkap            | 52/100       |
| Tidak lengkap      | 0/0          |
| <b>Perencanaan</b> |              |
| Lengkap            | 48/92.3      |
| Tidak Lengkap      | 4/7.7        |
| <b>Pelaksanaan</b> |              |
| Lengkap            | 40/76.9      |
| Tidak Lengkap      | 12/23.1      |
| <b>Evaluasi</b>    |              |
| Lengkap            | 50/96.2      |
| Tidak Lengkap      | 2/3.8        |

Berdasarkan Tabel 1 menunjukan seberapa besar kasus memiliki status rekam medis dokumentasi asuhan keperawatan yang lengkap. Sebanyak 45 (86.5%) pada dokumentasi pengkajian keperawatan adalah lengkap. Pada dokumentasi diagnosa keperawatan seluruhnya lengkap. Data pada dokumentasi perencanaan menunjukan hampir seluruhnya sebanyak 48 (92.3%) juga lengkap. Hampir seluruhnya sebanyak 40 (76.9%) status rekam medis pada dokumentasi implementasi keperawatan adalah lengkap. Terakhir hampir seluruhnya sebanyak 50 (96.2%) status rekam medis pada dokumentasi evaluasi keperawatan juga lengkap.

**PEMBAHASAN**

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan bahwa hampir seluruh dokumentasi asuhan keperawatan rekam medis terisi lengkap. Dokumentasi keperawatan merupakan dokumen tertulis berisi segala aktivitas proses keperawatan yang sudah diberikan kepada pasien yang berguna bagi pasien, perawat dan tim kesehatan lainnya dan dapat dijadikan bukti hukum jika sewaktu-waktu dibutuhkan yang mencakup pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi (Suwignjo, Maidartati, Asmara, Saputra, & Khasanah, 2022).

Pada penelitian ini, peneliti melakukan telaah dokumen rekam medis, dimana peneliti melakukan penggabungan hasil telaah dokumentasi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan. Hasil temuan di lapangan menunjukan

bahwa hampir setengah dokumentasi asuhan keperawatan tidak terisi dengan lengkap. Temuan tersebut tidak dapat dianggap sebagai hal yang dapat diabaikan, mengingat pentingnya pelaksanaan dokumentasi dalam asuhan keperawatan (Erwan, 2020).

Tujuan pendokumentasian asuhan keperawatan adalah sebagai alat komunikasi antara klien, keluarga, tim perawat dan tim kesehatan lain sehingga terbentuk komunikasi yang baik dalam perawatan klien, sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat perlindungan klien (Nurwiandani, & Aden, 2018). Pelayanan dan keamanan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan sebagai informasi statistik acuan perencanaan kebutuhan sarana prasarana dan sumber daya manusia di

**Idris Ibrahim, Triyoso\*, Muhammad Arifki Zainaro**

Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Malahayati  
Korespondensi penulis: Triyoso. \*E-mail: triyoso@malahayati.ac.id

masa mendatang, sebagai sarana pendidikan yang dapat dijadikan media belajar bagi mahasiswa, dan bahan penelitian dalam pengembangan ilmu keperawatan, sebagai sumber data dalam audit keperawatan untuk alat ukur dalam penilaian kinerja keperawatan, sebagai dokumen yang bisa dijadikan aspek legal dan bukti autentik bagi perawat ketika menghadapi masalah hukum, sebagai jaminan kualitas pelayanan kesehatan dan pelayanan keperawatan (Sianturi, Wihardja, & Ika, 2022).

Pelaksanaan dokumentasi keperawatan sebagai salah satu alat ukur untuk mengetahui, memantau dan menyimpulkan suatu pelayanan asuhan keperawatan yang diselenggarakan di rumah sakit (Murni, Bachtiar, & Sasmita, 2016). Salah satu indikator kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan bisa dilihat dari pelaksanaan pendokumentasian asuhan. Tanpa dokumentasi keperawatan maka semua implementasi keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat tidak mempunyai makna dalam hal tanggung jawab dan tanggung gugat (Riyana, & Rahman, 2023).

Dokumentasi keperawatan merupakan salah satu bentuk upaya membina dan mempertahankan akuntabilitas perawat dan keperawatan (Faidah, & Resiyanthi, 2019). Selanjutnya dari hasil temuan tersebut tidak sesuai dengan hasil dari penelitian ini yaitu terkait pelaksanaan dokumentasi keperawatan, dimana kelengkapan dokumen haruslah memenuhi target terselesainya atau kelengkapan sebanyak 100%. Penelitian terdahulu menunjukkan bahwa dari 10 dokumentasi asuhan keperawatan, dokumentasi pengkajian hanya terisi 25%, dokumentasi diagnosis keperawatan 50%, dokumentasi perencanaan 37.5%, dokumentasi implementasi 35.5% dan dokumentasi evaluasi 25% (Sumarsih, 2011).

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan bahwa hampir seluruh dokumentasi pengkajian keperawatan sebanyak 86.5% yaitu 45 rekam medis terisi lengkap. Selanjutnya sebagian kecil dokumentasi pengkajian keperawatan sebanyak 13.5% yaitu 7 rekam medis terisi tidak lengkap. Pengkajian merupakan tahapan pengumpulan data tentang status kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan (Terok, Sumarauw, & Onsen, 2015). Data dapat diperoleh melalui anamnesa, observasi, dan pemeriksaan penunjang dan kemudian didokumentasikan (Utama, 2016).

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses suatu

pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Semachew, 2018). Hasil temuan di lapangan menunjukkan Sebagian kecil dokumentasi tidak terisi lengkap. Adapun Kode rekam medis pada dokumentasi pengkajian keperawatan adalah RM 2.1 mengenai *assessment* awal pasien rawat inap, RM 2.16 mengenai formulir derajat nyeri dan RM 30.2 tentang *early warning scoring system*. Adapun format pengisian pada dokumentasi pengkajian tersebut adalah dengan metode uraian dan metode *checklist*.

Hasil temuan menunjukkan pada metode uraian seperti riwayat kesehatan dahulu, dan riwayat kesehatan keluarga tidak terisi dengan lengkap sesuai standar asuhan pengkajian keperawatan. Hasil penelitian terdahulu menunjukkan bahwa kualitas dokumentasi asuhan keperawatan dengan pendekatan SOAP di ruang rawat jalan anak belum sesuai standar. Simpulan, akar masalah teridentifikasi. Pelaksanaan *pilot study* terkait optimalisasi kualitas dokumentasi asuhan keperawatan Rumah Sakit X berada pada tahap perubahan *moving/movement*. Produk inovasi disosialisasikan dan diterima untuk selanjutnya dilakukan uji coba instrumen (Koten et al., 2021). Penelitian lain tentang Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit X di Jakarta menunjukkan adanya peningkatan pelaksanaan dokumentasi keperawatan sebesar 11.40%. Kesimpulan yaitu pelaksanaan proyek inovasi dapat meningkatkan pelaksanaan dokumentasi keperawatan. Rekomendasi yaitu menggunakan panduan, SPO dan video *roleplay* sebagai referensi dalam melakukan dokumentasi keperawatan (Saraswata et al., 2020).

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan bahwa seluruh dokumentasi diagnosa keperawatan terisi lengkap, dan tidak satupun ditemui diagnosa keperawatan tidak terisi. Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan yang aktual atau potensial (Lewis, Bucher, Heitkemper, Harding, Kwong, & Roberts, 2016). Diagnosa asuhan keperawatan adalah pernyataan yang menjelaskan status atau masalah kesehatan aktual atau potensial serta penyebabnya.

Tahap diagnosa adalah tahap pengambilan keputusan pada proses keperawatan yang meliputi identifikasi apakah masalah klien dapat dihilangkan, dikurangi atau diubah melalui tindakan keperawatan.

**Idris Ibrahim, Triyoso\*, Muhammad Arifki Zainaro**

Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Malahayati  
Korespondensi penulis: Triyoso. \*E-mail: triyoso@malahayati.ac.id

Kriteria proses keperawatan meliputi proses diagnosa terdiri dari atas analisis, interpretasi data, identifikasi masalah, klien dan perumusan diagnosis keperawatan, diagnosa keperawatan terdiri dari atas masalah, penyebab, dan tanda atau gejala, atau terdiri atas masalah dan penyebab, bekerjasama dengan klien, petugas kesehatan lain untuk memvalidasi diagnosa keperawatan, melakukan pengkajian ulang, dan merevisi diagnosa berdasarkan data terbaru (Astuti, & Lopak, 2021).

Temuan di lapangan rekam medis diagnosa keperawatan terdapat pada RM 3 mengenai proses keperawatan. Hasil temuan menunjukkan perawat melakukan pengisian dokumentasi diagnosa keperawatan secara lengkap dengan format PES (*Problem, etiologic, symptom*). Penelitian terdahulu tentang optimalisasi penyusunan dokumentasi asuhan keperawatan bagi perawat Kalimantan Barat, diketahui hasil tabulasi peserta sebagian besar peserta berpendidikan Profesi Ners (70%) dan sebagai perawat primer (51.90%). Pada hasil analisis hasil *pretest-posttest* diperoleh nilai  $p$  value = 0.000 yang menunjukkan bahwa ada perbedaan signifikan antara pengetahuan sebelum dan sesudah diberikan materi tentang SDKI, SIKI, SLKI. Hasil *pretest-posttest* ini menunjukkan pengetahuan perawat dapat bertambah dengan pemberian sosialisasi standar diagnosis keperawatan (Yulanda et al., 2022).

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan bahwa hampir seluruh dokumentasi perencanaan keperawatan sebanyak 92.3% yaitu 48 rekam medis terisi lengkap. Selanjutnya sebagian kecil dokumentasi perencanaan keperawatan sebanyak 7.7% yaitu 4 rekam medis terisi tidak lengkap. Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisa data dan diagnosa keperawatan (Semachew, 2018). Adapun rekam medis mengenai perencanaan keperawatan terdapat pada RM 3 mengenai proses keperawatan. Sebagian kecil perawat tidak mengisi dokumentasi perencanaan secara lengkap.

Tujuan perencanaan intervensi keperawatan dan aktivitas keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan, dan mencegah masalah keperawatan klien. Kriteria proses perawatan membuat rencana tindakan asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan

kesehatan meliputi perencanaan terdiri atas prioritas, tujuan dan rencana tindakan keperawatan, bekerjasama dengan klien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan, perencanaan bersifat individual sesuai dengan kondisi atau kebutuhan klien, mendokumentasikan rencana keperawatan (Astuti, & Lopak, 2021).

Telaah yang dilakukan peneliti menunjukan seluruh rekam medis dokumentasi perencanaan keperawatan tidak lengkap terdapat pada pengisian kriteria hasil yang tidak memenuhi kriteria (SMART) (Koerniawan, Daeli, & Srimiyati, 2020). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian terdahulu yang mendapatkan hasil bahwa sebanyak 38.04% dokumentasi perencanaan keperawatan terisi tidak lengkap (Juniarti, Somantri, & Nurhakim, 2020).

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan bahwa hampir seluruh dokumentasi implementasi keperawatan sebanyak 76.9% yaitu 40 rekam medis terisi lengkap. Selanjutnya sebagian kecil dokumentasi implementasi keperawatan sebanyak 23.1% yaitu 12 rekam medis terisi tidak lengkap. Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan sesuai kriteria hasil yang ditetapkan (Zamanzadeh, Valizadeh, Tabrizi, Behshid, & Lotfi, 2015).

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik yaitu membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping (Powell, Beidas, Lewis, Aarons, McMillen, Proctor, & Mandell, 2017). Kriteria pengimplementasian tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan meliputi bekerjasama dengan klien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, kolaborasi dengan tim kesehatan lain, melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi kesehatan klien, memberikan pendidikan pada klien dan keluarga mengenai konsep keterampilan asuhan diri serta membantu klien memodifikasi lingkungan yang digunakan, mengkaji ulang dan merevisi pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan respon klien (Astuti, & Lopak, 2021). Hasil temuan di lapangan menunjukan perawat melakukan pengisian implementasi keperawatan pada rekam medis, namun dikategorikan tidak lengkap karena hampir seluruh rekam medis implementasi keperawatan

**Idris Ibrahim, Triyoso\*, Muhammad Arifki Zainaro**

Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Malahayati  
Korespondensi penulis: Triyoso. \*E-mail: triyoso@malahayati.ac.id

yang tidak lengkap, tidak dibubuhi tanda tangan dan nama lengkap dari perawat.

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan bahwa hampir seluruh dokumentasi evaluasi keperawatan sebanyak 96.2% yaitu 50 rekam medis terisi lengkap. Selanjutnya sebagian kecil dokumentasi evaluasi keperawatan sebanyak 3.8% yaitu 2 rekam medis terisi tidak lengkap. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses asuhan keperawatan yang menjelaskan bahwa tujuan dari tindakan keperawatan telah tercapai atau memerlukan pendekatan lain (Rinawati, 2018). Hasil temuan di lapangan menunjukkan bahwa sebagian kecil evaluasi keperawatan dokumentasi keperawatan tidak diisi dengan lengkap. Adapun pencatatan dokumentasi evaluasi keperawatan terdapat pada RM 3 mengenai proses keperawatan, dalam RM 3 perawat dapat melakukan evaluasi sumatif. Selanjutnya pada RM 9 mengenai catatan perkembangan pasien terintegrasi perawat dapat mengisi evaluasi formatif.

Evaluasi asuhan keperawatan merupakan fase akhir dari proses keperawatan. Hal-hal yang dievaluasi adalah keakuratan, kelengkapan, kualitas data, teratasi atau tidaknya masalah klien, dan pencapaian tujuan serta ketepatan intervensi keperawatan. Kriteria perawat mengevaluasi kemajuan klien terhadap tindakan keperawatan dalam pencapaian tujuan, dan merevisi data dasar dan perencanaan meliputi menyusun perencanaan evaluasi hasil dari intervensi secara komprehensif, tepat waktu dan terus menerus, menggunakan data dasar dan respon klien dalam mengukur perkembangan kearah pencapaian tujuan, memvalidasi dan menganalisis data baru dengan teman sejawat, bekerjasama dengan klien, keluarga untuk memodifikasi rencana asuhan keperawatan, mendokumentasikan hasil evaluasi dan memodifikasikan perencanaan (Rinawati, 2018).

Hasil temuan didapatkan bahwa perawat melakukan pengisian pada rekam medis tersebut, namun dikategorikan tidak lengkap dikarenakan perawat tidak membubuhi tanda tangan dan nama lengkap pada rekam medis. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian terdahulu didapatkan hasil bahwa sebanyak 73.7% pengisian CPPT tidak lengkap. Hasil penelitian mengenai kelengkapan dokumentasi keperawatan memiliki implikasi kuat dalam proses monitoring kinerja perawat dalam tugasnya memberikan asuhan keperawatan (Saputra, Malini, & Susanti, 2021).

Komite keperawatan sebagai unit yang bertugas dalam peningkatan kinerja perawat dapat menjadikan hasil penelitian ini sebagai acuan dalam melaksanakan fungsinya. Komite keperawatan dapat melakukan sosialisasi terhadap perawat di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam agar lebih mampu meningkatkan kepatuhan dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan.

## SIMPULAN

Gambaran dokumentasi asuhan, pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan di Ruang Rawat Inap Penyakit Dalam Rumah Sakit X di Bandar Lampung menunjukkan sebagian besar terisi lengkap.

## SARAN

Hasil penelitian ini diharapkan mampu mengoptimalkan pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan secara sistematis, komprehensif dan lengkap bagi pelayanan kesehatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Astuti, M. P., & Lopak, M. R. (2021). Hubungan Peran Ketua Tim dengan Kinerja Perawat Pelaksana dalam Pendokumentasian Keperawatan di Rumah Sakit Hikmah Makassar. *Jurnal Keperawatan Florence Nightingale*, 4(1), 36-40.
- Boucher, K., Griffiths, E., Sargent, D., Mabotha, N., George, P., McKinley, D., & Marks, S. (2012). Documentation in a PICU setting: Is a checklist tool effective?. *Australian Journal of Advanced Nursing, The*, 30(2), 5-12.
- Erwan, E. (2020). Persepsi Perawat tentang Spiritual Care di Ruang Intensive Care Unit. *Citra Delima Scientific journal of Citra Internasional Institute*, 3(2), 127-140.
- Faidah, N., & Resiyanthi, N. K. A. (2019). Identifikasi Kepatuhan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD B: Identification Of Compliance With Nursing Care Documentation In The Inpatient Room RSUD B. *Bali Medika Jurnal*, 6(2), 130-135.
- Juniarti, R., Somantri, I., & Nurhakim, F. (2020). Gambaran Kualitas Dokumentasi Asuhan

**Idris Ibrahim, Triyoso\*, Muhammad Arifki Zainaro**

Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Malahayati  
Korespondensi penulis: Triyoso. \*E-mail: triyoso@malahayati.ac.id

Optimalisasi pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap rumah sakit X Bandar Lampung

- Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Slamet Garut. *Jurnal Keperawatan BSI*, 8(2), 163-172.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022). Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Permenkes No.269/MENKES/PER/III/2018 tentang rekam medis diakses dari: <https://pelayanan.jakarta.go.id/download/regulasi/peraturan-meneteri-kesehatan-nomor-269-tentang-rekam-medis.pdf>
- Koerniawan, D., Daeli, N. E., & Srimiyati, S. (2020). Aplikasi Standar Proses Keperawatan: Diagnosis, Outcome, dan Intervensi pada Asuhan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(2), 739-751.
- Koten, E. H. B., Afriani, T., Dewi, S., Yatnikasari, A., & Novieastari, E. (2021). Optimalisasi Kualitas Dokumentasi Asuhan Keperawatan dengan Pendekatan SOAP di Rawat Jalan Anak: Pilot Study. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 3(1), 252-265.
- Kusumaningrum, P. R., & Sulistyowati, A. D. (2022). Penerapan 3S (SDKI, SLKI, SIKI) dalam Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit. *Jurnal Abdi Masyarakat Indonesia*, 2(2), 577-582.
- Lestari, N. W., Suprpti, E., & Solechan, A. (2014). Pengaruh Supervisi Metode Klinis Terhadap Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di RSUD. H Soewondo Kendal. *Karya Ilmiah*.
- Lewis, S. L., Bucher, L., Heitkemper, M. M., Harding, M. M., Kwong, J., & Roberts, D. (2016). *Medical-Surgical Nursing-E-Book: Assessment and Management of Clinical Problems, Single Volume*. Elsevier Health Sciences.
- Murni, D., Bachtiar, H., & Sasmita, H. (2016). Kajian Faktor Organisasi Dengan Kinerja Perawat Pelaksana Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Pariaman. *NERS Jurnal Keperawatan*, 12(1), 1-14.
- Nellisa, D., Rachmah, R., & Mahdarsari, M. (2022). Pendokumentasian Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan*, 1(4).
- Noorkasiani, N., Gustina, R., & Maryam, S. (2015). Faktor-faktor yang berhubungan dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 18(1), 1-8.
- Nurwiandani, W., & Aden, F. F. (2018). Dokumentasi Kebidanan Konsep Dan Aplikasi Dokumentasi Kebidanan. *Pustakabaru Press: Yogyakarta*.
- Powell, B. J., Beidas, R. S., Lewis, C. C., Aarons, G. A., McMillen, J. C., Proctor, E. K., & Mandell, D. S. (2017). Methods to improve the selection and tailoring of implementation strategies. *The journal of behavioral health services & research*, 44, 177-194.
- Rinawati, P. (2018). *kompetensi perawat dalam merumuskan diagnosa keperawatan pada pasien di ruang rawat inap RSUD Tugurejo Semarang* (Doctoral dissertation, Universitas Muhammadiyah Semarang).
- Riyana, A., & Rahman, A. (2023). Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Pelaksanaan Dokumentasi Keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Islam Hj. Siti Muniroh Tasikmalaya. *Nursing Care and Health Technology Journal (NCHAT)*, 3(2), 48-53.
- Rosmalia, D., Machmud, R., & Mangkuto, H. (2015). Analisis Sistem Manajemen Dokumentasi Keperawatan pada Poliklinik Gigi Rumah Sakit di Bukittinggi. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 4(3).
- Saputra, N., Malini, H., & Susanti, M. (2021). Gambaran Kelengkapan Pendokumentasian Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) di Rumah Sakit X Kota Padang. *JURNAL KESEHATAN SAMODRA ILMU*, 12(2), 166-174.
- Saraswasta, I. W. G., Hariyati, R. T. S., & Fatmawati, U. (2020). Pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap rumah sakit X jakarta: pilot study. *Dunia Keperawatan J Keperawatan dan Kesehat*, 8(2), 199.
- Semachew, A. (2018). Implementation of nursing process in clinical settings: the case of three

**Idris Ibrahim, Triyoso\*, Muhammad Arifki Zainaro**

Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Malahayati  
Korespondensi penulis: Triyoso. \*E-mail: triyoso@malahayati.ac.id

Optimalisasi pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap rumah sakit X Bandar Lampung

- governmental hospitals in Ethiopia, 2017. *BMC research notes*, 11(1), 1-5.
- Sianturi, S. R., Wihardja, H., & Ika, C. (2022). Edukasi Perawat Tentang Optimalisasi Dokumentasi Keperawatan Melalui Electronic Health Record. *Jurnal Kreativitas Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM)*, 5(6), 1690-1694.
- Sumarsih, T. (2011). Pendokumentasian Tentang Perencanaan Dan Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Di Ruang Barokah Rumah Sakit Pku Muhammadiyah Gombong. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan*, 7(3).
- Suryanti, N., & Hariyati, R. T. S. H. S. (2020). Manfaat, Pendukung, Hambatan, Pelaksanaan dan Dampak Ketidaktepatan Pelaksanaan Supervisi Terhadap Perawat di Rumah Sakit: Tinjauan Literatur. *Jurnal Wacana Kesehatan*, 5(1), 487-496.
- Suwignjo, P., Maidartati, M., 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), 226-233.
- Terok, M., Sumarauw, H., & Onseng, S. L. (2015). Hubungan kinerja perawat pelaksana dengan penerapan proses keperawatan di Irina C BLU RSUP Prof Dr. RD Kandou Manado. *Jurnal Ilmiah Perawat Manado (Juiperdo)*, 4(1).
- Utama, Y. A. (2016). Prosedur Pemasangan Transfusi Darah Pada Pasien Thalasemia Rumah Sakit Islam Siti Khadijah Palembang Tahun 2016. *Masker Medika*, 4(2), 340-358.
- Yulanda, N. A., Mita, M., Budiharto, I., Sulistianingrum, R., Hakim, A. R., Martadi, K. A., & Millenianto, R. (2022). Optimalisasi Penyusunan Dokumentasi Asuhan Keperawatan bagi Perawat Kalimantan Barat: Optimizing the Preparation of Nursing Care Documentation for West Kalimantan Nurses. *PengabdianMu: Jurnal Ilmiah Pengabdian kepada Masyarakat*, 7(4), 480-485.
- Zamanzadeh, V., Valizadeh, L., Tabrizi, F. J., Behshid, M., & Lotfi, M. (2015). Challenges associated with the implementation of the nursing process: A systematic review. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 20(4), 411.

**Idris Ibrahim, Triyoso\*, Muhammad Arifki Zainaro**

Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Malahayati  
Korespondensi penulis: Triyoso. \*E-mail: triyoso@malahayati.ac.id