



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar belakang

Pendokumentasian keperawatan merupakan bagian penting sebagai bukti pertanggungjawaban dan pertanggunggugatan perawat dalam menjalankan tugasnya tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 tahun 2019 tentang Peraturan Pelaksanaan UU 38 tahun 2018 tentang Keperawatan yang berupa catatan juga laporan untuk kepentingan pasien, perawat dan tim kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan kesehatan didasari pada data yang akurat secara tertulis (Wahid & Suprapto, 2015). Pendokumentasian keperawatan bertujuan untuk mencegah kesalahan dan tumpang tindih atas ketidaklengkapan informasi, menjadi sarana komunikasi dan koordinasi yang baik dan dinamis antar sesama perawat, meningkatkan efisiensi dan efektifitas keperawatan serta perlindungan hukum dan gambaran kualitas asuhan keperawatan (Nursalam, 2016).

Proses dokumentasi asuhan keperawatan merupakan tampilan perilaku atau kinerja perawat pelaksana dalam memberikan proses asuhan keperawatan kepada pasien selama pasien dirawat di Rumah Sakit. Dokumentasi proses asuhan keperawatan yang baik dan berkualitas haruslah akurat, lengkap dan sesuai standar. Apabila kegiatan keperawatan tidak didokumentasikan dengan akurat dan lengkap maka sulit untuk membuktikan bahwa tindakan keperawatan telah dilakukan dengan benar (Hidayat, 2017).



Penelitian Wirdah & Yusuf (2017), dengan judul penerapan asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana di Rumah Sakit Banda Aceh menerangkan penerapan asuhan keperawatan pada tahap pengkajian berada pada kategori baik (67,2%), tahap diagnosa berada pada kategori baik (77,6%), tahap perencanaan pada kategori baik (81,0%), (60,3%) tahap implementasi berada pada kategori kurang baik, dan tahap evaluasi berada pada kategori baik (77,6%). Simanjuntak (2018), dengan judul gambaran penerapan pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di Ruangan Fransiskus Rumah Sakit Elisabeth Medan menjelaskan kelengkapan dokumentasi pengkajian (91%) sudah sangat baik, diagnosa keperawatan (90%) sudah sangat baik, perencanaan (86%) sudah baik, implementasi (85%) sudah baik, dan evaluasi (87%) sudah baik.

Menurut Mano (2019), dengan judul gambaran penerapan pendokumentasian asuhan eperawatan di Unit Gawat Darurat RSUD Otonaha Kota Gorontalo didapatkan pada tahap pengkajian sangat baik (93.75%), tahap diagnosa sangat baik (92.5%), tahap perencanaan baik (76.25%), tahap tindakan baik (85%), tahap evaluasi baik (85%), sehingga dapat disimpulkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan di Unit Gawat Darurat RSUD Otonaha Kota Gorontalo mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi adalah lengkap. Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan sebelumnya membuat peneliti tertarik melakukan penelitian untuk mengetahui gambaran penerapan pendokumentasian keperawatan sistematisk review tahun 2020.



1.2. Perumusan Masalah

Bagaimana gambaran penerapan pendokumentasi keperawatan tahun 2020?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Mengetahui gambaran penerapan pendokumentasi keperawatan tahun 2020.

1.3.2. Tujuan Khusus

1. Mengetahui kondisi penerapan pendokumentasi pengkajian keperawatan tahun 2020.
2. Mengetahui kondisi penerapan pendokumentasi diagnosa keperawatan tahun 2020.
3. Mengetahui kondisi penerapan pendokumentasi intervensi keperawatan tahun 2020.
4. Mengetahui kondisi penerapan pendokumentasi implementasi keperawatan tahun 2020.
5. Mengetahui kondisi penerapan pendokumentasi evaluasi keperawatan tahun 2020.



1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini secara teoritis diharapkan mampu menambah wawasan para pembaca dalam melakukan penulisan pendokumentasian keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, serta pendokumentasian keperawatan.

1.4.2. Manfaat Praktis

1. Bagi rumah sakit

Manfaat praktis penulisan karya tulis ilmiah bagi rumah sakit yaitu dapat digunakan sebagai acuan dalam melakukan tindakan pendokumentasian keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, serta pendokumentasian keperawatan.

2. Bagi instansi pendidikan

Manfaat praktis bagi instansi akademik yaitu dapat digunakan sebagai bahan pembelajaran bagi institusi pendidikan untuk mengembangkan ilmu tentang pendokumentasian keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan, serta pendokumentasian keperawatan.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Dapat dijadikan sebagai data awal yang diharapkan mampu menjadi perbaikan, mampu mengembangkan penelitian ini dengan lebih baik lagi dan menambah wawasan peneliti selanjutnya.



4. Bagi peneliti sendiri

Peneliti bisa melakukan penelitian ini sebagai penugasan akhir karya tulis ilmiah dalam menempuh jenjang pendidikan D3 Keperawatan.

STIKes
Santa
Elisabeth
Medan



BAB 2 TINJAUAN TEORITIS

2.1. Konsep Dasar Dokumentasi Keperawatan

2.1.1. Definisi Dokumentasi Keperawatan

Menurut Nursalam (2012), dokumentasi merupakan catatan otentik dalam penerapan manajemen asuhan keperawatan profesional. Perawat profesional diharapkan mampu menghadapi tuntutan dan tanggungjawab terhadap segala tindakan yang dilaksanakan. Kesadaran masyarakat terhadap hukum semakin meningkat sehingga dokumentasi keperawatan yang jelas dan lengkap sangat dibutuhkan.

2.1.2. Tujuan Dokumentasi Keperawatan

Perry dan Potter (2012), menjelaskan tujuan pendokumentasian yakni sebagai alat komunikasi tim kesehatan untuk menjelaskan perawatan klien termasuk perawatan individual, edukasi klien dan penggunaan rujukan untuk rencana pemulangan. Dokumentasi sebagai tagihan finansial dengan menjelaskan sejauh mana lembaga perawatan mendapatkan ganti rugi atas pelayanan yang diberikan bagi klien.

2.1.3. Komponen Dokumentasi Keperawatan

2.1.3.1 Sarana Komunikasi

Hal yang terpenting untuk membentuk sebuah proses dokumentasi keperawatan yang sistematis serta memadai adalah adanya komunikasi yang baik antara petugas Keperawatan dengan pasien, keluarga pasien, serta anggota tim yang terlibat dalam proses keperawatan yang berlangsung. Dengan adanya proses



komunikasi yang baik maka akan tercipta relasi yang harmonis antara semua elemen yang membentuk sistem keperawatan itu. Dengan adanya relasi yang harmonis, maka akan timbul rasa saling percaya di antara berbagai pihak. Rasa percaya akan membuat pasien lebih terbuka terhadap para petugas keperawatan termasuk keluarga pasien yang mendampingi pasien selama proses keperawatan. Keterbukaan itulah yang membuat para petugas keperawatan akan mendapatkan berbagai informasi yang penting bahkan amat rahasia, tentang diri pasien yang berhubungan dengan proses penyembuhan pasien. Keterbukaan juga dapat menimbulkan rasa nyaman di antara berbagai pihak yang terlibat dalam proses keperawatan. Mengutamakan memberi rasa nyaman dalam diri pasien yang sedang sakit akan menjadi modal utama kesembuhan pasien. Tanpa hati yang nyaman dan bahagia, tidak mungkin proses penyembuhan fisik akan berlangsung.

2.1.3.2 Dokumentasi Proses Keperawatan

Proses keperawatan merupakan metode penyelesaian masalah kesehatan yang dihadapi oleh pasien selama masa perawatan. Metode yang digunakan adalah hal-hal yang terstruktur dan sistematis. Dengan metode ini maka penyembuhan pasien akan berlangsung dengan baik serta berkesinambungan. Oleh karena itu, bisa dikatakan bahwa proses keperawatan adalah inti dari seluruh kegiatan dengan kaidah keperawatan. Proses keperawatan juga merupakan isi utama dari seluruh komunitas keperawatan. Inilah yang mengakibatkan mengapa pengelompokan dokumentasi keperawatan meliputi tahapan proses keperawatan. Dalam dokumentasi ini akan dicatat serta dikoleksi berbagai hal yang berhubungan dengan proses keperawatan secara detail dan menyeluruh. Dengan



dokumentasi seperti ini maka para petugas keperawatan serta para pasien dan keluarganya mengetahui apa yang sudah terjadi selama proses penyembuhan.

2.1.3.3 Standar Dokumentasi Keperawatan

Standar dokumentasi keperawatan adalah berbagai catatan yang berhubungan dengan kualitas, tipe, jenis, karakteristik, sifat dan kompetensi dalam sebuah praktik keperawatan. Berbagai catatan itu adalah semacam pernyataan yang memberikan gambaran tentang bagaimana berbagai aspek praktik keperawatan seharusnya dipersiapkan serta dilaksanakan. Standar dokumentasi keperawatan ini adalah semacam keinginan atau tujuan yang ingin dicapai oleh para praktisi keperawatan serta institusi keperawatan. Standar dokumentasi keperawatan ini diperlukan agar para petugas keperawatan memiliki tolak ukur dalam melaksanakan pekerjaan mereka. Dengan tolak ukur yang tepat, para petugas keperawatan ini akan memiliki motivasi serta panduan dalam melaksanakan pekerjaan dalam asuhan keperawatan. Oleh karena itu diperlukan sebuah metode dokumentasi keperawatan yang baik agar tugas keperawatan pada akhirnya tahu apakah mereka sudah melaksanakan berbagai hal yang memenuhi standar keperawatan untuk menghasilkan sebuah dokumentasi keperawatan yang baik. Selain standar keperawatan yang baik juga dibutuhkan sebuah standar pendokumentasi yang bertaraf nasional dan internasional. Dengan standar tersebut para petugas keperawatan memiliki petunjuk serta arah saat melakukan pemeliharaan berbagai catatan atau dokumentasi kegiatan keperawatan. Para petugas keperawatan juga akan memiliki berbagai pola atau format pencatatan yang tepat.



2.1.4. Prinsip Dokumentasi Keperawatan

Menurut Putra *et al*, (2016) cara penulisan dokumentasi yang benar adalah:

1. Jangan menghapus menggunakan *tipe-x* atau mencatat tulisan yang salah, ketika mencatat yang benar menggunakan garis pada tulisan yang salah, kata yang salah haruslah diparaf lalu dituliskan yang benar.
2. Jangan menuliskan kalimat atau kata yang bersifat mengkritik klien maupun tenaga kesehatan lain. Karena bisa menunjukkan perilaku yang tidak profesional atau asuhan keperawatan yang tidak bermutu.
3. Koreksi semua kesalahan sesegera mungkin karena kesalahan menulis diikuti kesalahan tindakan.
4. Catatan harus teliti, akurat dan reliabel . pastikan yang ditulis adalah fakta, jangan berspekulatif atau menuliskan perkiraan saja.
5. Jangan biarkan bagian kosong pada catatan perawat, karena dapat menambahkan informasi yang tidak benar pada bagian yang kosong. Buatlah garis horizontal di sepanjang area yang kosong dan bubuhkan tanda tangan dibawahnya.
6. Semua catatan harus dapat dibaca dan ditulis dengan tinta menggunakan bahasa yang jelas.
7. Jika perawat mengatakan sesuatu instruksi, catat bahwa perawat sedang menglarifikasi. Karena jika perawat melakukan tindakan diluar batas kewenangannya dapat dituntut.



8. Tulis hanya untuk diri sendirikarena perawat bertanggungjawab dan bertanggunggugat atas informasi yang ditulisnya.
 9. Hindari penggunaan tulisan yang bersifat umum (kurang spesifik). Karena informasi yang spesifik tentang klien atas kasus bsa secara tidak sengaja terhapus jika informasi terlalu umum. Oleh karena itu, tulisan harus lengkap, padat, singkat, dan objektif.
 10. Pastikan kejadian urutan dicatat dengan benar dan ditandatangani setiap selesai menulis documentasi. Dengan demikian dokumentasi keperawatanharus objektif, komprehensif, akurat, dan menggambarkan keadaan klien serta apa yang terjadi pada dirinya.
 11. Agar mudah dibaca, sebaiknya menggunakan tinta warna biru atau hitam.
- 2.1.4. Teknik Pencatatan Dokumentasi
- Teknik pencatatan dokumentasi keperawatan dalam pendokumentasian ada tiga teknik pencatatan dokumentasi perawatan, yaitu: teknik naratif teknik flowsheet, dan teknik ceklis. teknik tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:
- 2.1.4.1 Naratif
- Bentuk naratif adalah pencatatan tradisional dan dapat bertahan paling lama serta merupakan sistem pencatatan yang fleksibel. Karena suatu catatan naratif dibentuk oleh sumber asal dari dokumentasi maka sering dirujuk sebagai dokumentasi berorientasi pada sumber titik sumber atau asal dokumentasi dapat diperoleh dari siapa saja, atau dari petugas kesehatan yang bertanggung jawab untuk memberikan informasi. Setiap narasumber memberikan hasil observasinya



menggambarkan aktivitas dan evaluasinya yang unik. Cara penulisan ini mengikuti dengan ketat aturan kejadian atau kronologisnya. Biasanya kebijakan institusi menggariskan siapa yang mencatat atau melaporkan bagaimana sesuatu akan dicatat dan harus dicatat dimana titik ada lembaga yang menetapkan bahwa setiap petugas kesehatan harus mencatat di formulir yang telah dirancang khusus, misalnya catatan dokter, catatan perawat atau fisioterapi atau petugas gizi ada juga institusi yang membuat rancangan format yang dapat dipakai untuk semua jenis petugas kesehatan dan semua catatan terintegrasi dalam suatu catatan berhubungan sifat terbukanya catatan naratif (orientasi pada sumber data) sehingga dapat digunakan pada setiap kondisi klinis. Tidak adanya struktur yang harus diakui memungkinkan perawat mendokumentasikan hasil observasi yang relevan dan kejadian secara kronologis.

Keuntungan dan kelemahan pendokumentasian secara naratif akan diuraikan di bawah ini. Keuntungan catatan naratif: 1) pencatatan secara kronologis menggunakan penafsiran secara berurutan dari kejadian dari asuhan atau tindakan yang dilakukan; 2) memberi kebebasan kepada perawat untuk mencatat menurut gaya yang disukainya; dan 3) format menyederhanakan proses dalam mencatat masalah, kejadian perubahan, intervensi, rekasi pasien dan outcome. Kelemahan catatan naratif: 1) cenderung untuk menjadi kumpulan data yang terputus-putus, tumpang-tindih dan sebenarnya catatannya kurang berarti; 2) kadang-kadang sulit mencari informasi tanpa membaca seluruh catatan atau sebagian besar catatan tersebut; dan 3) perlu meninjau catatan dari seluruh sumber untuk mengetahui gambaran klinis pasien secara menyeluruh; 4) dapat membuang



banyak waktu karena format yang polos menuntun pertimbangan hati-hati untuk menentukan informasi yang perlu dicatat setiap pasien; 5) kronologis urutan peristiwa dapat mempersulit interpretasi karena informasi yang bersangkutan mungkin tidak tercatat pada tempat yang sama; dan 6) mengikuti perkembangan pasien bisa menyita banyak waktu (Prabowo, 2016).

2.1.4.2 *Flowsheet* (Grafik)

Flowsheet memungkinkan perawat untuk mencatat hasil observasi atau pengukuran yang dilakukan secara berulang yang tidak perlu ditulis secara naratif, termasuk data klinik klien tentang tanda-tanda vital (tekanan darah nadi pernapasan suhu), berat badan, jumlah masukan dan keluaran cairan dalam 24 jam dan pemberian obat yang selain untuk mencatat vital sign biasanya juga dipakai untuk catatan keseimbangan cairan dalam 24 jam, catatan pengobatan, catatan harian tentang asuhan keperawatan. *Flowsheet* merupakan cara tercepat dan paling efisien untuk mencatat informasi. Selain itu tenaga kesehatan akan dengan mudah mengetahui keadaan klien hanya dengan melihat grafik yang terdapat pada *flowchart*. Oleh karena itu *flowchart* lebih sering digunakan di unit gawat darurat, terutama data fisiologis. Lembar alur yang unik, berupa kesimpulan penemuan, termasuk instruksi dokter/perawat. Grafik, catatan pendidikan dan catatan pemulangan klien. Rangkaian informasi dalam sistem pendekatan orientasi masalah titik catatan ini dirancang dengan format khusus pendokumentasiin informasi mengenai setiap nomor dan judul masalah yang sudah terdaftar. *Flowsheet* sendiri berisi hasil observasi dan tindakan tertentu titik beragam format mungkin digunakan dalam pencatatan walau demikian daftar masalah, *flowsheet*



dan catatan perkembangan adalah syarat minimal untuk dokumentasi pasien yang adekuat/memadai (Prabowo, 2016).

Keuntungan dan kelemahan pendokumentasian secara *flowsheet* akan diuraikan seperti dibawah ini. Keuntungan catatan *flowsheet*: 1) meningkatkan kualitas pencatatan observasi; 2) memperkuat aspek legal; 3) memperkuat atau menghargai aspek standar asuhan; 4) menjadikan dokumentasi asuhan keperawatan lebih tepat; 5) mengurangi fragmentasi data pasien dan asuhan; 6) membatasi narasi yang terlalu luas. Kerugian catatan *flowsheet*: 1) memperlakukan catatan medik dan menciptakan penggunaan penyimpanan; 2) memungkinkan duplikasi data, rancangan serta format; 3) tidak ada ruang untuk pencatatan tentang kejadian yang tidak biasa terjadi dan bertahan untuk menggunakan lembaran aluran (Prabowo, 2016).

Contoh dokumentasi *flowsheet* (Prabowo, 2016)

CHECK LIST PERAWATAN LUKA

Tanggal/bulan/tahun:

Waktu/jam/:

No	Kriteria luka	Ada	Tidak ada	Ket
1	Ukuran luka			
2	Jaringan nikrotik			
3	Jaringan nikrotik yang melekat			
4	Berbau, pus			



5	Kotor
6	Kelembutan batas/tepi luka
7	Temperatur kulit

2.1.4.3 *Check List*

Checklist adalah suatu format pengkajian yang sudah dibuat dengan pertimbangan-pertimbangan dari standar dokumentasi keperawatan sehingga memudahkan perawat untuk mengisi dokumentasi keperawatan, Karena hanya tinggal mengisi item yang sesuai dengan keadaan pasien dengan mencentang. jika harus mengisi angka itu pun sangat ringkas misal pada data vital sign.

Keuntungan model flowsheet dan checklist akan diuraikan seperti dibawah ini.

Keuntungan *check list*: 1) mudah dalam pengisian dan lebih cepat; 2) alur sudah ada tinggal mengisikan dan tidak terputus-putus; 3) mudah dalam mencari informasi para item pengkajian dan catatan lain. Kelemahan model ini 1) tidak dapat menjabarkan pengkajian sesuai yang kita inginkan.; 2) harus mengikuti alur dalam pengisian flowchart dan ceklis (Prabowo, 2016). Contoh dokumentasi *check list* (Prabowo, 2016)

Pola nutri/metabolik	
Pola antrik/metabolik	
Makanan tambahan/snack	
Selera makan	
Netral () Meningkat () Menurun () Penurunan sensasi rasa () Mual ()	
Muntah () Stomatis ()	
Masalah penyediaan/penyiapan makanan	
Tidak () Ya ()	
Fluktuasi berat badan	Kesulitan menelan/disfagia



Tidak ada ()	Tidak ada () Padat () Cair ()
Kesulitan mengunyuh Tidak () Ya ()	Jelaskan: Keadaan kulit/masalah penyembuhan luka Tidak ada () Penyembuhan abnormal () Ruam () Kering () Kering berlebihan ()
Pola eliminasi	
Kebiasaan BAB Tidak BAB/hari	
Tanggal terakhir BAB Dalam batas normal () Konstipasi () Diare () Inkontinesia () Penggunaan laksatif () Penggunaan enema	
Tipe catcay..... Alat yang dipakai..... Perawatan diri Ya () Tidak ()	

2.1.4.1 Pentingnya Dokumentasi Keperawatan

Semua kegiatan yang dilakukan oleh perawat baik sebagai perawat pelaksana atau sebagai perawat manajer harus dicatat dan dilaporkan kinerja yang bisa dijadikan bahan evaluasi untuk pengambilan keputusan. Salah satu yang selalu dicatat dan dilaporkan adalah pencatatan tingkat pencapaian dokumentasi asuhan keperawatan. Pendokumentasian proses keperawatan merupakan suatu kegiatan yang sangat penting. Karena dapat menjadi bukti bahwa segala tindakan keperawatan telah dilaksanakan secara profesional dan legal sehingga dapat melindungi klien selaku penerima jasa dan pelayanan keperawatan yang baik dan berkualitas haruslah akurat, lengkap, dan sesuai standar. Apabila kegiatan keperawatan tidak didokumentasikan dengan akurat dan lengkap maka sulit membuktikan bahwa tindakan keperawatan telah dilakukan dengan benar.

Dokumentasi proses asuhan keperawatan merupakan tampilan perilaku atau kinerja perawat pelaksana dalam memberikan proses asuhan keperawatan



kepada pasien selama dalam asa perawatan (Nurhaliza, 2019). Berikut pentingnya melakukan dokumentasi keperawatan:

Tabel 2.2. Pentingnya Dokumentasi Keperawatan

Komunikasi diantara tim kesehatan	Dokumentasi yang berkualitas mendukung pertukaran informasi terkait diantara tim perawatan interprofesional
Perawatan yang berkelanjutan	Semua anggota tim perawatan kesehatan memerlukan informasi yang akurat tentang klien, untuk memastikan perkembangan rencana perawatan komprehensif yang terorganisir. Dokumentasi keperawatan yang tidak akurat atau tidak lengkap dapat menyebabkan perawatan terfragmentasi, pengulangan tugas, serta penundaan atau kelalaian terapi
<i>Professional accountability</i>	Dokumentasi adalah salah satu cara pengetahuan keperawatan, penilaian, dan keterampilan ditunjukkan. Perawat diharapkan mengikuti standar professional dan kode etik mereka.
<i>Legal</i>	Catatan kesehatan adalah dokumen legal dan dapat digunakan sebagai bukti di pengadilan atau proses tindakan profesional. Pengadilan dapat menggunakan catatan kesehatan untuk merekonstruksi peristiwa, menetapkan waktu dan tanggal, untuk menyegarkan ingatan seseorang atau menyelesaikan konflik dalam kesaksian
<i>Quality assurance</i>	Dokumentasi adalah salah satu cara pengetahuan keperawatan, penilaian, dan keterampilan ditunjukkan. Perawat diharapkan mengikuti standar professional dan kode etik mereka
<i>Funding an resource management</i>	Analisis dokumentasi kualitas mendukung alokasi sumber daya, pengukuran beban kerja, dan pemanfaatan fiscal
<i>Research</i>	Data yang diperoleh dari catatan kesehatan digunakan dalam penelitian kesehatan untuk menilai internasi keperawatan, untuk mengevaluasi hasil klien, serta untuk menentukan efisiensi dan efektifitas



2.1.4.5. Prinsip Dokumentasi

1. Keakuratan data (*accuracy*)

Accuracy adalah sesuai dengan data yang ada pada klien. Jadi kita harus memasukkan data pada dokumentasi keperawatan harus benar dan sesuai dengan data baik identitas, laboratorium dan radiologi pada setiap klien. Ini adalah aspek yang sangat vital dan tidak boleh salah atau tertukar dengan klien lainnya. Misal, dalam memasukkan data pemberian obat perawat harus teliti dan tidak boleh salah. Obat yang diresepkan untuk Tn. A tidak boleh diberikan kepada Tn. C

2. Ringkas (*brevity*)

Dalam melakukan pendokumentasian setiap petugas harus menuliskan secara ringkas dan tidak perlu memasukkan kata atau kalimat yang tidak penting. Misal, intervensi: berikan cairan infus ringer laktat 4 tetes per menit karena disarankan oleh dokter bedah yaitu dr. AASp.D. yang jaga shift pagi (tidak brevity). Tetapi tulislah dengan intervensi: berikan cairan infus RL 4 tetes/menit (ringkas/brevity)

3. Mudah dibaca (*legibility*)

Legibility adalah dimana pendokumentasian keperawatan harus mudah dibaca dan dipahami oleh perawat atau profesi lain. Misal, perawat harus menuliskan catatan yang jelas yang bisa dibaca dan dimengerti oleh perawat lain dan tidak menuliskan istilah-istilah yang tidak dipahami oleh orang lain. Semisal adalah istilah baru maka harus



segera didiskusikan ke semua tim untuk menggunakan istilah tersebut (Prabowo, 2016).

2.2. Dokumentasi Asuhan Keperawatan

2.2.1. Pengertian Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Dokumentasi adalah sebuah komunikasi tertulis yang secara permanen mendokumentasikan berbagai informasi yang relevan terhadap berbagai pengaruh kesehatan pasien. Dokumentasi juga merupakan catatan yang sah dan legal yang berhubungan dengan pemeriksaan pasien, proses diagnosa, perencanaan, proses implementasi dan evaluasi. Pada masa ini, berbagai sistem berbasis teknologi manajemen informasi makin canggih saja. Sistem manajemen informasi itu didesain untuk mengatur berbagai data serta informasi pasien yang spesifik serta amat penting bagi kebutuhan proses keperawatan. Dengan sistem tersebut, seluruh petugas keperawatan dapat mengakses berbagai informasi proses keperawatan secara cepat dan tepat. Asuhan keperawatan ini merupakan bukti pencatatan dari pelaksanaan keperawatan yang menggunakan metode pendekatan proses keperawatan.

Catatan ini berisi tentang tanggapan/respon klien terhadap tindakan keperawatan, tindakan medis, atau reaksi klien terhadap penyakit. Kumpulan informasi keperawatan dan kesehatan klien yang dilakukan oleh perawat sebagai pertanggungjawaban dan pertanggungjawaban terhadap asuhan keperawatan yang dilakukan perawat terhadap klien dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang menyeluruh dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan berbagai



catatan yang dikumpulkan secara menyeluruh, sistematis dan terstruktur catatan-catatan itu mencakup berbagai konsep bio-psiko-spiritual yang komprehensif dan berkesinambungan. Dokumentasi asuhan keperawatan adalah berbagai catatan yang diarahkan untuk kegiatan-kegiatan dalam pengembangan ilmu keperawatan. Termasuk berbagai proses keperawatan secara umum yang dilaksanakan dalam sejumlah institusi kesehatan. Misalnya saja dalam kegiatan pengkajian diagnosis, perencanaan, tindakan, serta evaluasi proses keperawatan. Berbagai catatan tentang proses keperawatan tersebut tersusun secara teratur dan sistematis catatan-catatan itu juga dimasukkan dalam format tertentu sesuai dengan jenis dan tipe yang sudah ditentukan. Kemudian satu hal yang cukup penting adalah berbagai catatan itu dapat dipertanggungjawabkan secara moral serta hukum.

2.2.2 Tujuan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Menurut Nursalam (2013), tujuan utama dokumentasi adalah sebagai dokumen rahasia yang mencatat semua pelayanan keperawatan klien. Dokumentasi keperawatan dapat diartikan sebagai suatu hukum yang mempunyai banyak manfaat dan penggunaan. Tujuan utama dari dokumentasi adalah untuk mengidentifikasi status kesehatan klien dalam rangka mendokumentasikan kebutuhan klien. Dokumentasi dapat bermanfaat sebagai penelitian, keuangan, hukum, dan etika. Pendokumentasian ini juga berguna sebagai bukti kualitas asuhan keperawatan, bukti legal dokumentasi keperawatan sebagai bentuk pertanggungjawaban kepada klien, informasi terhadap perlindungan individu, bukti aplikasi standar praktik keperawatan, sumber informasi statistik untuk standar dan riset keperawatan, pengurangan biaya informasi, sumber informasi



untuk data yang harus dimasukkan, komunikasi konsep resiko asuhan keperawatan, persepsi hak klien, dokumentasi untuk tenaga profesional, tanggung jawab etik, dan menjaga kerahasiaan klien, sebagai data keuangan, dan data perencanaan pelaksanaan kesehatan di masa yang akan datang.

2.2.3 Dokumentasi Pengkajian Keperawatan

2.2.3.1 Pengertian

Dokumentasi pengkajian merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari klien, membuat data dasar tentang klien, dan membuat catatan tentang respon kesehatan klien. Dengan demikian hasil pengkajian sangat mendukung untuk mengidentifikasi masalah kesehatan klien dengan baik dan tepat.

2.2.3.2 Tujuan Dokumentasi Keperawatan Pengkajian

1. Mengumpulkan, mengorganisasi, serta mencatat data yang menjelaskan respon tubuh yang mempengaruhi pola kesehatan klien
2. Hasil dokumentasi pengkajian akan menjadi dasar penulisan rencana asuhan keperawatan
3. Memberikan keyakinan tentang informasi dasar tentang kesehatan klien untuk dijadikan reverensi status kesehatan saat ini atau yang lalu
4. Memberikan data yang cukup untuk menentukan strategi perawatan yang sesuai dengan kebutuhan klien

2.2.3.3 Jenis Dokumentasi Pengkajian

Dalam melaksanakan pengkajian perlu diketahui bahwa jenis dokumentasi keperawatan meliputi berikut ini.



1. Dokumentasi pada saat pengkajian awal (*initial assessment*). Dokumentasi yang dibuat ketika pertama kali masuk rumah sakit. Data yang dikaji pada pasien berupa data awal yang digunakan sebagai dasar dalam memberikan asuhan keperawatan.
2. Dokumentasi lanjutan (*ongoing assessment*). Data pada dokumentasi ini merupakan pengembangan dasar yang dilakukan untuk melengkapi pengkajian awal dengan tujuan semua data menjadi lengkap sehingga mendukung informasi tentang permasalahan kesehatan pasien. Hasil pengkajian ini dimasukkan dalam catatan perkembangan terintegrasi pada lembar data pengunjung.
3. Dokumentasi pengkajian ulang (*reassessment*). Dokumentasi ini merupakan pencatatan terhadap hasil pengkajian yang didapat dari informasi selama evaluasi. Perawat mengevaluasi kemajuan data pasien yang sudah ditentukan (Yustiana Olfah & Abdul Ghofur, 2016).

2.2.3.4 Teknik Pendokumentasian Pengkajian Keperawatan

1. Gunakan format yang sistematis untuk mencatat pengkajian meliputi: riwayat pasien masuk Rumah Sakit dan respon klien yang berhubungan dengan persepsi kesehatan klien.
2. Gunakan format yang tersusun untuk pencatatan pengkajian dengan pendekatan mayor: *major body system* (sistem respirasi, sistem kardiovaskular, sistem persarafan, sistem perkemihan, sistem pencernaan).



3. Kelompokkan data-data berdasarkan model pendekatan yang digunakan.
4. Tulis data objektif tanpa bias (tanpa mengartikan), menilai memasukkan pendapat pribadi.
5. Sertakan pernyataan yang mendukung interpretasi data objektif
6. Jelaskan observasi dan temuan secara sistematis, termasuk definisi karakteristiknya.
7. Tulislah pendokumentaian pengkajian keperawatan dengan kutipan langsung dari pasien, keluarga, atau pengunjung yang berhubungan dengan pasien.
8. Ikuti aturan atau prosedur yang dipakai atau disepakati instansi
9. Tulislah secara jelas dan singkat.

2.2.4 Dokumentasi Diagnosa Keperawatan

2.2.4.1 Pengertian

Dokumentasi diagnosa merupakan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan proses kehidupan yang aktual atau potensial. Dokumentasi diagnosa ini akan menjadi acuan pada rencana keperawatan. Oleh karena itu, sangat penting mendokumentasikan diagnosa dengan baik (Yustiana Olfah & Abdul Ghofur, 2016).

2.2.4.2 Tujuan Dokumentasi Diagnosa Keperawatan

1. Menyampaikan masalah klien dalam istilah yang dapat dimengerti semua perawat
2. Mengenai masalah-masalah utama klien pada pengkajian



3. Mengetahui perkembangan keperawatan
4. Masalah dimana adanya respon klien terhadap status kesehatan atau penyakit
5. Faktor-faktor yang menunjang atau menyebabkan suatu masalah (etiology)
6. Kemampuan klien untuk mencegah atau menyelesaikan masalah

2.2.4.3 Teknik Dokumentasi Diagnosa Keperawatan

1. Tulislah masalah klien atau perubahan status kesehatan klien
2. Masalah yang dialami klien didahului adanya penyebab dan keduanya dihubungkan dengan kata “sehubungan dengan atau berhubungan dengan”
3. Setelah masalah (*problem*) dan penyebab (*etiology*), kemudian diikuti dengan tanda dan gejala (*symptom*) yang dihubungkan dengan kata “ditandai dengan”
4. Tulislah istilah kata yang umum digunakan
5. Gunakan bahasa yang tidak memvonis
6. Pastikan bahwa pernyataan masalah menandakan apakah keadaan pasien yang tidak sehat dari klien atau apa yang diharapkan klien bisa dirubah
7. Hindari menggunakan definisi karakteristik, diagnosa medis, atau sesuatu yang tidak bisa dirubah dalam pernyataan masalah
8. Baca ulang diagnosa keperawatan untuk memastikan bahwa pernyataan masalah bisa dicapai dan penyebabnya bisa diukur oleh perawat



Langkah-langkah Penulisan Diagnosa Keperawatan

2.2.4.4 Pengelompokan Data dan Analisa Data

1. Data subjektif

Contoh: pasien mengeluh nyeri saat menelan karena ada tumor di leher. Akibatnya berat badan turun lebih dari 10 kg dalam 12 terakhir, karena masalah nyeri tersebut

2. Data objektif:

Contoh: TB = 165 cm, BB=45 kg

3. Interpretasi Data

Contoh: gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

4. Validasi data

Validasi data dilakukan untuk memastikan keakuratan data, dimana perawat bersama psien memvalidasi diagnosa sehingga diketahui bahwa pasien setuju dengan masalah yang dibuat dan ada faktor-faktor yang mendukungnya. Contoh, perawat mengukur berat badan pasien kabut tumor yang dideritanya. Penyusunan diagnosa keperawatan (dengan rumus P+E+S). P= problem, E=etiologi, S=symptom

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

6. Dari contoh di atas dapat diketahui bahwa:



1. Problemnya adalah gangguan pemenuhan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh
2. Etiologinya adalah intake yang tidak adekuat
3. Symptomnya adalah klien mengatakan BB turun lebih dari 10 kg dalam 12 bulan terakhir, klien mengeluh nyeri saat menelan sehingga menghindari aktivitas makan, TB=165 cm, BB=45 kg

1. Kategori Diagnosa Keperawatan

Aktual

Diagnosa aktual menjelaskan masalah nyata saat ini sesuai dengan data klinik yang ditemukan. Syarat menegakkan diagnosa keperawatan aktual adalah harus ada unsur PES. Symptom memenuhi kriteria mayor dan sebagian kriteria minor dari pedoman diagnos NANDA. Misalnya, hasil pengkajian diperoleh data klien mual muntah kemah diare dan turgor jelek selama 3 hari. Diagnosa: kekurangan volume cairan tubuh berhubungan dengan kehilangan cairan secara abnormal.

Resiko

Menjelaskan masalah kesehatan yang nyata akan terjadi. Jika tidak melakukan intervensi syarat menegakkan risiko diagnosa keperawatan adanya unsur PE (problem dan etiologi). Penggunaan istilah resiko dan resiko tinggi tergantung dari tingkat keparahan atau kerentanan terhadap masalah fisik. Diagnosa: resiko gangguan integritas kulit berhubungan dengan diare yang terus-menerus.



Kemungkinan

Menjelaskan bahwa adanya tambahan untuk memastikan masalah keperawatan kemungkinan. Pada keadaan ini masalah dan faktor pendukung belum ada, tetapi tidak ada faktor yang dapat menimbulkan masalah. Cara menegakkan kemungkinan diagnosa keperawatan adanya unsur respon dan faktor yang mungkin dapat menimbulkan masalah tetapi belum ada. Contohnya, diagnosa: kemungkinan gangguan konsep diri rendah diri atau terisolasi berhubungan dengan diare. Jadi perawat dituntut untuk berpikir lebih kreatif dan mengumpulkan data tambahan yang berhubungan dengan konsep diri.

2.2.1.3. Perencanaan

2.2.1.4 Pengertian

Perencanaan merupakan strategi pengembangan untuk mencegah, mengurangi, atau mengoreksi masalah-masalah yang diidentifikasi pada diagnosa keperawatan. Pada tahap ini perawat akan membuat rencana tinakan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan klien. Dokumentasi perencanaan adalah suatu rangkaia kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan peneilaian asuhan keperawatan pada klien berdasarkan analisa data dan diagnosa (Yustiana Olfah & Abdul Ghofur, 2016).



2.2.1.5 Tujuan Dokumentasi Perencanaan Keperawatan:

1. Untuk mengidentifikasi fokus keperawatan kepada klien atau kelompok.
2. Untuk membedakan tanggungjawab perawat terhadap profesi kesehatan lainnya.
3. Untuk menyediakan suatu criteria klasifikasi pasien.
4. Menyediakan suatu pedoman dalam penulisan.

Tahap 1: Menentukan Prioritas Masalah

Prioritas masalah merupakan upaya perawat untuk mengidentifikasi respons pasien terhadap masalah kesehatannya, baik aktual maupun potensial. Untuk menentukan prioritas masalah seringkali digunakan hierarki kebutuhan dasar manusia. Pada umumnya perawat tidak mampu menyelesaikan permasalahan pasien secara bersamaan sehingga diperlukan upaya untuk memprioritaskan masalah.

Prioritas diagnosa dibedakan dengan diagnosa yang penting sebagai berikut:

1. Prioritas diagnosa merupakan diagnosa keperawatan. Jika tidak diatasi saat ini akan berdampak buruk terhadap kondisi status fungsi kesehatan pasien.
2. Diagnosa penting adalah diagnosa atau masalah kolaboratif di mana intervensi dapat ditunda tanpa mempengaruhi status fungsi kesehatan pasti.
3. Hierarki yang biasa dijadikan dasar untuk menetapkan prioritas masalah adalah hierarki Maslow berupa kegawatan masalah kesehatan berupa ancaman kesehatan maupun ancaman kehidupan, tingkat masalah



berdasarkan aktual, resiko, potensial dan sejarah terasa sampai sindrom serta keinginan pasien.

Tahap 2: Menentukan Tujuan dan Kriteria Hasil (*outcome*)

Standar yang digunakan untuk melakukan evaluasi terhadap perkembangan keperawatan yang baik adalah pernyataan yang dapat diukur berdasarkan kemampuan dan karena kriteria hasil diagnosa keperawatan kesehatan pasien yang dapat dicapai dan dipertahankan melalui rencana tindakan keperawatan yang mandiri sehingga dapat membeda-bedakan antara diagnosa keperawatan dan masalah kolaboratif. Hasil dari diagnosa keperawatan tidak dapat membantu mengevaluasi efektivitas intervensi keperawatan jika tindakan medis juga diperlukan.

Tujuan perawatan berdasarkan SMART yaitu sebagai berikut:

S: *spesific* (tidak memberikan makna ganda)

M: *measurable* (dapat diukur, dilihat didengar, diraba dirasakan ataupun dibantu).

A: *achievable* (secara realistik dapat dicapai)

R: *reasonable* (dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah)

T: *time* (punya batasan waktu yang sesuai dengan kondisi pasien)

Contoh: setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 1 kali 24 jam, masalah gangguan rasa nyaman: nyeri dapat diatasi. Karakteristik kriteria hasil yang perlu mendapatkan perhatian adalah sebagai berikut:

1. Berhubungan dengan tujuan perawatan yang telah ditetapkan
2. Dapat dicapai



3. Spesifik, nyata dan dapat diukur
4. Menuliskan kata positif
5. Menentukan waktu
6. Menggunakan kata kerja
7. Menghindari penggunaan kata-kata normal, baik tetapi dituliskan hasil baris ukuran yang ditetapkan atau sesuai.

Contoh: capillary refill kurang dari 2 detik

Tahap 3: Rencana Tindakan Keperawatan (*Nursing Order*)

Rencana tindakan yang akan diberikan kepada pasien ditulis secara spesifik, jelas dan dapat diukur. Rencana perawatan dibuat selaras dengan rencana medis sehingga saling melengkapi dalam meningkatkan status kesehatan pasien.

Dalam merumuskan rencana tindakan yang perlu diperhatikan sebagai berikut:

1. Rencana tindakan keperawatan merupakan desain spesifik intervensi yang membantu klien mencapai kriteria hasil.
2. Rencana tindakan yang telah diimplementasikan harus ditulis dalam sebuah format agar dapat membantu perawat untuk memproses informasi yang didapatkan selama tahap pengkajian dan diagnosa keperawatan.
3. Perencanaan bersifat individual sesuai dengan kondisi dan kebutuhan.
4. Bekerja sama dengan pasien dalam merencanakan intervensi.

2.2.1.6 Teknik Pendokumentasian Perencanaan Keperawatan

1. Sebelum menuliskan rencana perawatan, kaji ulang semua data yang memuaskan meliputi: pengkajian sewaktu pasien masuk rumah sakit,



diagnosa keperawatan sewaktu masuk rumah sakit , keluhan utama klien atau alasan dalam hubungan dengan pelayanan kesehatan, laboratorium ritme, latar belakang sosial-budaya, riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik, dan observasi arri tim lain.

2. Daftar dan jenis masalah aktual, resiko, dan kemungkinan. Berikan prioritas utama pada masalah aktual yang mengancam kesehatan.
3. Berikanlah gambaran dan ilustrasi bila mungkin diagnosa khususnya sangat membantu ketika teknologi canggih digunakan untuk perawatan klien atau ketika menggambarkan lokasi anatomi.
4. Tulislah kalimat dengan jelas, terukur, kriteria hasil yang diharapkan untuk menetapkan masalah bersama dengan klien tentukan keterampilan kognitif, afektif dan psikomotorik yang memerlukan perhatian.
5. Selalu tanda tangani dan beri tanggal rencana tindakan, hal ini penting karena seorang perawat profesional bertanggungjawab dan bertanggunggugat untuk melaksanakan rencana tindakannya yang telah tertulis.
6. Mulai rencanakan tindakan dengan menggunakan kalimat perintah.
7. Tuliskan rasional dari rencana tindakan.
8. Rencana tindakan harus selalu tertulis dan ditandatangani.
9. Rencana tindakan keperawatan harus dicatat sebagai hal yang permanen.
10. Ikut sertakan klien dan keluarga dalam perencanaan.



11. Rencanakan tindakan sesuai dengan waktu yang ditentukan dan selalu diperbarui misal setiap pergantian dinas, setai hari, atau setiap waktu yang diperlukan.

2.2.1.4 Dokumentasi Implementasi

2.2.1.5 Pengertian

Implementasi keperawatan adalah serangkain kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan, yang dihadapi ke status kesehatan yang baik dan menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Yustiana Olfah & Abdul Ghofur, 2016).

2.2.1.6 Jenis Implementasi Keperawatan

1. Independent Implementations

Implementasi ini diprakarsai sendiri oleh perawat untuk pasien dalam mengtasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan. Misalnya membantu dalam memenuhi *Activity Daily Living* (ADL), memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang teraupetik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psiko-sosio-kultural, dan lain-lain.

2. Interdependent/Collaboratif Implementation

Implementasi merupakan tindakan keperawatan atas dasar kerja sama sesama tim perawat atau dengan tim kesehatan lainnya seperti seperti dokter

Contohnya dalam hal pemberian obat oral obat injeksi, infuse, kateter urin, nasogastric tube, dan lain-lain



3. *Dependent Implementation*

Implementasi ini adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain ahli gizi, fisioterapis, psikolog, dan sebagainya. Implementasi ini misalnya dalam hal pemberian nutrisi pada pasien sesuai dengan diitung dibuat oleh ahli gizi, serta latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran fisioterapi.

2.2.1.7 Pedoman Pelaksanaan Implementasi Keperawatan

1. Berdasarkan respon pasien.
2. Berdasarkan ilmu pengetahuan hasil penelitian keperawatan format standar pelayanan profesional, hukum dan kode etik keperawatan.
3. Berdasarkan penggunaan sumber-sumber yang tersedia.
4. Sesuai dengan tanggung jawab dan tanggung gugat profesi keperawatan
5. Mengerti dengan jelas pesan-pesan yang ada dalam rencana intervensi keperawatan.
6. Harus dapat menciptakan adaptasi dengan posisi sebagai individu dalam upaya meningkatkan peran serta merawat diri pasien.
7. Menekankan pada aspek pencegahan dan upaya peningkatan status kesehatan.
8. Menjaga rasa aman, harga diri dan melindungi pasien.
9. Memberikan pendidikan, dukungan dan bantuan.
10. Bersifat holistik atau menyeluruh.
11. Kerjasama dengan profesi.
12. Melakukan dokumentasi.



2.2.1.8 Teknik Pendokumentasian Implementasi Keperawatan

1. Tulislah nomor diagnosis/masalah kolaboratif sesuai dengan masalah yang telah teridentifikasi dalam format diagnosa keperawatan.
2. Tulis tanggal/bulan/dan jam tindakan keperawatan.
3. Tulis nomor urut tindakan.
4. Tulis tindakan yang dilakukan beserta hasil atau respon yang jelas
5. Jangan lupa menuliskan nama/jenis obat, dosis, cara memberikan, instruksi medis yang lain dengan jelas.
6. Jangan menuliskan stile yang sering, kecil, besar, atau istilah lain yang dapat menimbulkan persepsi yang berbeda atau masih menimbulkan pertanyaan.
7. Tulis tindakan pendidikan kesehatan.
8. Tulislah respon pasien setelah pengetahuan diberikan dengan jelas kepada pasien.
9. Paraf. Tuliskan paraf dan nama terang.

2.2.1.5 Dokumentasi Evaluasi Keperawatan

2.2.1.6 Pengertian

Dokumentasi evaluasi keperawatan adalah kegiatan membandingkan secara sistematis dan terencana, tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien. Hal ini dilakukan dengan cara berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan



yang berguna, apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain 1.(Yustiana Olfah & Abdul Ghofur, 2016).

1. Metode yang digunakan dalam evaluasi antara lain sebagai berikut:
 - 1) Obsevasi langsung adalah mengamati secara langsung perubahan yang terjadi dalam keluarga.
 - 2) Wawancara keluarga yang berkaitan dengan perubahan sikap, apakah telah menjalankan anjuran yang diberikan perawat.
 - 3) Memeriksa laporan dapat dilihat dari rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat dan tindakan yang dilaksanakan sesuai dengan rencana.
 - 4) Latihan stimulasi yang berguna dalam menentukan perkembangan kesanggupan melaksanakan asuhan keperawatan.
2. Tujuan
 - 1) Menjamin asuhan keperawatan secara optimal.
 - 2) Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.
 - 3) Mengakhiri rencana tindakan keperawatan.
 - 4) Meneruskan rencana tindakan keperawatan.
 - 5) Memodifikasi rencana tindakan keperawatan.
 - 6) Dapat menentukan penyebab apabila tujuan asuhan keperawatan belum tercapai.
3. Manfaat
 - 1) Untuk menentukan perkembangan kesehatan klien.
 - 2) Untuk menilai efektivitas efisiensi dan produktivitas dari tindakan keperawatan yang telah diberikan.



- 3) Untuk menilai pelaksanaan asuhan keperawatan.
 - 4) Mendapatkan umpan balik.
 - 5) Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan.
4. Langkah-langkah melakukan evaluasi
 - 1) Menentukan kriteria, standar dan pertanyaan evaluasi.
 - 2) Mengumpulkan data baru tentang klien.
 - 3) Menafsirkan data baru.
 - 4) Membandingkan data baru dengan standar yang berlaku.
 - 5) Merangkum hasil dan membuat kesimpulan.
 - 6) Melaksanakan tindakan yang sesuai berdasarkan kesimpulan.

5. Jenis evaluasi

1) Evaluasi Struktur

Evaluasi struktur difokuskan pada kelengkapan tata cara atau keadaan sekeliling tempat pelayanan keperawatan diberikan titik aspek lingkungan secara langsung atau tidak langsung mempengaruhi dalam pemberian pelayanan titik persediaan perlengkapan, fasilitas fisik rasio perawat-klien, dukungan administrasi, pemeliharaan dan pengembangan kompetensi staf keperawatan dalam area yang diinginkan.

2) Evaluasi Proses

Evaluasi proses berfokus Pada penampilan kerja perawat dan apakah perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan merasa cocok, tanpa tekanan komandan sesuai wewenang. area yang menjadi perhatian pada



evaluasi proses mencakup Jenis informasi yang didapat pada saat wawancara dan pemeriksaan fisik, validasi dari perumusan diagnosa keperawatan, dan kemampuan teknikal perawat itu.

3) Evaluasi Hasil

Evaluasi hasil berfokus pada respon dan fungsi klien. respon perilaku klien merupakan pengaruh dari intervensi keperawatan dan akan terlihat pada pencapaian tujuan dan kriteria hasil.

Hal-hal yang ada dalam evaluasi

1. Kecukupan informasi.
2. Relevansi faktor-faktor yang berkaitan.
3. Prioritas masalah yang disusun.
4. Kesesuaian rencana dengan masalah.
5. Pertimbangan faktor-faktor yang unik.
6. Perhatian terhadap rencana medis untuk terapi.
7. Logika hasil yang diharapkan.
8. Keberhasilan dari tindakan keperawatan yang dilakukan.
9. Keberhasilan rencana yang telah disusun.
10. Kualitas penyusunan dokumentasi.

Penentuan masalah teratasi teratasi sebagian atau tidak teratasi adalah dengan cara membandingkan antara SOAP/SOAPIER dengan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan.

S (*subjective*): adalah informasi berupa ungkapan yang didapat dari klien setelah tindakan diberikan.



O (*objective*): adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi.

A (*analisis*): membandingkan antara informasi subjektif dengan informasi objektif dengan tujuan dan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian, atau tidak teratasi.

P (*planning*): adalah rencana keperawatan lanjut apa yang dilakukan berdasarkan hasil analisa.

2.2.1.7 Teknik Pencatatan Dokumentasi Evaluasi Keperawatan

1. Sebelum kesimpulan evaluasi dengan data pendukung penilaian perawat.
2. Mengikuti dokumentasi intervensi dengan pernyataan evaluasi formatif yang menjelaskan respon cepat klien terhadap tindakan keperawatan atau prosedur.
3. Menggunakan pernyataan evaluasi sumatif ketika klien dipindahkan ke fasilitas lain atau dipulangkan.
4. Catatan evaluasi sumatif untuk setiap hasil yang diharapkan diidentifikasi pada perencanaan keperawatan klien.
5. Menulis pernyataan evaluasi yang merefleksikan keadaan perkembangan klien terhadap tujuan.



6. Melalui suatu penilaian atau modifikasi intervensi, mengawali dan mendokumentasikan respon perawat untuk mengubah kondisi klien.

2.2.1.6 Pengukuran Dokumentasi Keperawatan (Nursalam, 2020)

Pengkajian	Diagnosa	Perencanaan	Implementasi	Evaluasi
1. Melakukan pengkajian data klien pada saat klien masuk rumah sakit 2. Setiap melakukan pengkajian data, dilakukan dengan wawancara, pemeriksaan fisik dan pengamatan serta penunjang (misal: laboratorium, foto rotgen, dan lain-lain) 3. Data yang diperoleh melalui pengkajian dikelompokkan menjadi data boi-psiko-sosio-spiritual 4. Mengkaji data subjektif dan objektif berdasarkan keluhan klien dan pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang pengkajian	1. Merumuskan diagnosa/masalah keperawatan klien berdasarkan kesenjangan status kesehatan dengan pola fungsi kehidupan (kondisi normal) 2. Rumusan diagnosa keperawatan dilakukan berdasarkan masalah keperawatan yang ditetapkan 3. Rumusan diagnosa keperawatan dapat juga mencerminkan <i>problem etiology</i> (PE) 4. Rumusan diagnosa keperawatan bisa dalam bentuk aktual dan resiko Menyusun prioritas diagnosa lengkap dengan <i>problem etiology</i>	1. Rencana keperawatan dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan dan disusun menurut urutan prioritas 2. Rumusan tujuan keperawatan yang dibuat mengandung komponen tujuan dan kriteria hasil 3. Rencana tindakan yang dibuat mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci, dan jelas 4. Rencana tindakan keperawatan yang dibuat menggambarkan keterlibatan klien dan keluarga didalamnya 5. Rencana tindakan keperawatan yang dibuat menggambarkan	1. Implementasi tindakan keperawatan menggambarkan tindakan mandiri, kolaborasi, dan ketergantungan sesuai dengan rencana keperawatan 2. Observasi terhadap setiap respons klien setelah dilakukan tindakan keperawatan 3. Implementasi tindakan keperawatan bertujuan untuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitative, dan mekanisme coping 4. Implementasi tindakan keperawatan bersifat holistik dan menghargai hak-hak klien 5. Implementasi tindakan keperawatan melibatkan partisipasi aktif klien	1. Komponen yang dievaluasi mengenai status kesehatan klien meliputi aspek kognitif, afektif, psikomotor klien melakukan tindakan perubahan fungsi tubuh, tanda dan gejala 2. Evaluasi dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP 3. Evaluasi tindakan keperawatan yang diberikan mengacu kepada tujuan dan kriteria hasil 4. Evaluasi terhadap pengetahuan klien tentang penyakitnya, pengobatan dan resiko komplikasi setelah diberikan promosi kesehatan 5. Evaluasi terhadap fungsi



baku		kerjasama dengan tim kesehatan lain		tubuh dan kesehatan klien setelah tindakan
------	--	-------------------------------------	--	--

STIKes Santa Elisabeth Medan



BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1. Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah abstraksi dari suatu realitas agar dapat dikomunikasikan dan membentuk suatu teori yang menjelaskan keterkaitan antar variabel (baik variabel yang diteliti maupun yang tidak diteliti). Kerangka konsep akan membantu peneliti untuk menghubungkan hasil penemuan dengan teori (Nursalam, 2020).

Bagan 3.1. Kerangka Konsep Penelitian Penerapan Pendokumentasian Keperawatan Tahun 2020

Penerapan Pendokumentasian Keperawatan:

1. Pengkajian Keperawatan
2. Diagnosa Keperawatan
3. Perencanaan Keperawatan
4. Pelaksanaan Keperawatan
5. Evaluasi Keperawatan

- ↓
 1. Baik
 2. Cukup
 3. Kurang



3.2. Hipotesis Penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara dari rumusan masalah atau pertanyaan penelitian. Hipotesis disusun sebelum penelitian dilaksanakan karena hipotesis akan memberikan petunjuk tahap pengumpulan, analisis, dan interpretasi data. Berhubung karena penelitian ini adalah deskriptif, maka penelitian ini tidak memerlukan hipotesis penelitian (Nursalam, 2020).



BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1. Rancangan Penelitian

Rancangan atau rancangan penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian, memungkinkan pengontrolan maksimal beberapa faktor yang dapat memengaruhi akurasi suatu hasil. Istilah rancangan penelitian digunakan dalam dua hal; pertama, rancangan penelitian merupakan suatu strategi penelitian dalam mengidentifikasi permasalahan sebelum perencanaan akhir pengumpulan data; dan kedua, rancangan penelitian digunakan untuk mengidentifikasi struktur penelitian yang akan dilakukan. Rancangan penelitian yang digunakan oleh peneliti adalah deskriptif. Penelitian deskriptif ini memaparkan suatu fenomena dalam pembelajaran dengan statistik, seperti frekuensi, persentase rata-rata, variabilitas serta citra visual dari data, seperti grafik (Nursalam, 2020).

Rancangan penelitian yang digunakan oleh peneliti adalah penelitian sistemtic review berhubung karena Covid 19 sehingga tidak memungkinkan penelitian dilakukan di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan. Penelitian sistemmatik review adalah menulis ringkasan berdasarkan masalah penelitian (Polit & Beck, 2012). Metode sistematis reiew:

1. Seleksi studi pada langkah ini penilitian harus mencari berapa jurnal yang mencakup karakteristik hemodialisa. Menggunakan jurnal penelitian terkait yaitu *proquest* dan *scopus* yang dapat diakses baik secara bebas maupun tidak.



2. *Screening* merupakan langkah penelitian kriteria inklusi yang digunakan dalam penelitian ini adalah jurnal kesehatan dengan kata kunci dokumentasi, asuhan keperawatan, perawat. Serta rentang tahun terbit jurnal mulai dari tahun 2015-2020. Data didapatkan dari penyedia laman jurnal international yang dapat diakses secara bebas dengan menggunakan mesin pencari *Scopus* dan terbatas pada penyedia situs jurnal online *proquest*.
3. *Eligibility* pada langkah ini merupakan kelayakan, kriteria eksklusi yang dapat membatalkan data atau jurnal yang sudah didapat untuk dianalisa lebih lanjut. Pada penelitian ini kriteria eksklusi yang digunakan yakni jurnal penelitian dengan topik permasalahan tidak berhubungan dengan penggunaan karakteristik hemodialisa tahun 2020.
4. *Include* pada langkah ini dapat dilakukan jika semua data yang telah memenuhi syarat telah diklasifikasikan untuk semua data yang ada. Setelah proses screening dilakukan maka hasil dari ekstraksi data ini dapat diketahui pasti dari jumlah awal data yang dimiliki berapa yang masih memenuhi syarat untuk selanjutnya dianalisa lebih jauh.

4.2. Populasi dan Sampel

4.2.1. Populasi

Populasi adalah subjek yang bisa berupa manusia atau benda yang dapat memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2020). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh jurnal yang terdapat di database *scopus* atau *proquest*



dengan kata kunci dokumentasi, asuhan keperawatan, perawat. Rentang jurnal atau artikel ilmiah ini adalah mula dari tahun 1997 sampai pada tahun 2020.

4.2.2. Sampel

Sampel adalah bagian dari populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subjek penelitian melalui sampling. Sedangkan sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi yang dapat mewakili populasi yang ada (Nursalam, 2020). Sistematic review ini akan diperoleh dari penelusuran artikel penelitian-penelitian ilmiah dari rentang tahun 2015-2020 dengan menggunakan database *scopus* dan *proquest*. Sampel dalam penelitian ini adalah jurnal yang telah di seleksi oleh peneliti dan memenuhi kriteria inklusi yang telah ditetapkan oleh peneliti. Kriteria insklusi yang dimaksud dapat diuraikan sebagai berikut:

1. Jurnal yang di publikasikan dalam kurun waktu 2015-2020
2. Penelitian kuantitatif dan kualitatif dengan deskriptif
3. Penelitian yang terkait dengan masalah yang akan diteliti tentang distribusi frekuensi penetapan dokumentasi keperawatan mulai pengkajian sampai dengan evaluasi keperawatan
4. Artikel atau jurnal yang diambil berupa artikel/jurnal berbahasa indonesia atau berbahasa inggris

4.3. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

4.3.1. Variabel Penelitian

Variabel adalah perilaku karakteristik yang memberikan nilai beda terhadap sesuatu (benda, manusia, dan lain-lain). Ciri yang dimiliki oleh anggota



suatu kelompok berbeda dengan yang dimiliki oleh kelompok tersebut. Dalam riset, variabel dikarakteristikkan sebagai derajat, jumlah, dan perbedaan. Variabel juga merupakan konsep dari berbagai level abstrak yang didefinisikan sebagai suatu fasilitas untuk pengukuran dan memanipulasi suatu penelitian. Variabel bersifat secara konkret, dan secara langsung bisa diukur (Nursalam, 2020). Variabel dalam penelitian ini adalah variabel bebas atau variabel terikat. Variabel independen adalah yang mempengaruhi atau nilainya menentukan variabel lain. Variabel bebas biasanya dimanipulasi, diamati, dan diukur untuk diketahui hubungannya terhadap variabel lain. Variabel dependen adalah yang dipengaruhi nilainya ditentukan oleh variabel lain. Variabel respons akan muncul sebagai akibat dari manipulasi variabel-variabel lain.

4.3.2. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati (diukur) dari sesuatu yang didefinisikan tersebut yang memungkinkan peneliti untuk melakukan penelitian terhadap suatu objek atau fenomena (Nursalam, 2020). Definisi operasional penelitian ini adalah:

1. Penerapan dokumentasi keperawatan adalah melakukan pencatatan tentang segala informasi tertulis yang menjelaskan tentang klien dan perawatan atau pelayanan yang diberikan kepada klien tersebut.
2. Penerapan pendokumentasian pengkajian adalah mencatat hasil pengkajian yang dilakukan baik melalui wawancara, observasi, maupun pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Penerapan pendokumentasian pengkajian keperawatan diperoleh dengan



menggunakan sebanyak 4 pernyataan. Jika dijawab ya diberi angka 1 dan jika tidak dilakukan diberi angka nol. Jawaban dikategorikan baik apabila dijawab 4, kategori cukup dijawab benar 3 pernyataan dan kurang jika dijawab benar 1-2 pernyataan.

3. Penerapan pendokumentasian diagnosa keperawatan adalah mencatat rumusan diagnosa di dalam catatan perawatan. Penerapan pendokumentasian diagnosa keperawatan diperoleh dengan menggunakan sebanyak 4 pernyataan. Jika dijawab ya diberi angka 1 dan jika tidak dilakukan diberi angka nol. Jawaban dikategorikan baik apabila dijawab 4, kategori cukup dijawab benar 3 pernyataan dan kurang jika dijawab benar 1-2 pernyataan.
4. Penerapan pendokumentasian perencanaan keperawatan adalah mencatat rencana keperawatan, mulai dari tujuan, tindakan keperawatan yang akan dilakukan dan kriteria evauasi. Penerapan pendokumentasian rencana keperawatan diperoleh dengan menggunakan sebanyak 5 pernyataan. Jika dijawab ya diberi angka 1 dan jika tidak dilakukan diberi angka nol. Jawaban dikategorikan baik apabila dijawab benar 4-5 pernyataan, kategori cukup dijawab benar 3 pernyataan dan kurang jika dijawab benar 1-2 pernyataan.
5. Penerapan pendokumentasian implementasi keperawatan adalah mencatat semua tindakan yang diiberikan dan respon terhadap tindakan yang diberikan tersebut. Penerapan pendokumentasian implementasi keperawatan diperoleh dengan menggunakan sebanyak 5 pernyataan.



Jika dijawab ya diberi angka 1 dan jika tidak dilakukan diberi angka nol. Jawaban dikategorikan baik apabila dijawab benar 4-5 pernyataan, kategori cukup dijawab benar 3 pernyataan dan kurang jika dijawab benar 1-2 pernyataan.

6. Penerapan pendokumentasian evaluasi keperawatan adalah mencatat hasil atau respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan. Penerapan pendokumentasian evaluasi keperawatan diperoleh dengan menggunakan sebanyak 5 pernyataan. Jika dijawab ya diberi angka 1 dan jika tidak dilakukan diberi angka nol. Jawaban dikategorikan baik apabila dijawab benar 4-5 pernyataan, kategori cukup dijawab benar 3 pernyataan dan kurang jika dijawab benar 1-2 pernyataan. Lebih jelasnya dapat dilihat di bawah ini.

Variabel	Defenisi	Indikator	Alat Ukur	Skala	Skor
Penerapan pendokumentasian evaluasi keperawatan	Pencatatan tentang segala informasi yang berkaitan dengan pasien, masalah keperawatan pasien, rencana keperawatan yang akan dilakukan, tindakan keperawatan, respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan baik tertulis atau yang dihasilkan secara elektronik .	1. Dokumentasi Pengkajian Keperawatan Baik Cukup Kurang 2. Dokumentasi Diagnosa Keperawatan Baik Cukup Kurang 3. Dokumentasi Perencanaan Keperawatan Baik Cukup Kurang 4.Dokumemtasi Implementasi Keperawatan Baik Cukup Kurang 5. Dokumentasi Evaluasi keperawatan Baik Cukup Kurang	Kuesioner	Ordinal	4 3 1-2 4 3 1-2 4 3 1-2 4 3 1-2 4 3 1-2



4.4. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian merupakan alat yang digunakan untuk mengukur variabel yang akan diamati (Nursalam, 2020). Kuisioner adalah pengumpulan data secara formal kepada subjek untuk menjawab pertanyaan secara tertulis (Nursalam, 2020). Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan beberapa jurnal yang diperoleh dari *scopus* maupun *proquest* dan akan kembali di telaah dalam bentuk sistematis review dan di tarik kesimpulannya oleh peneliti.

4.5. Lokasi dan Waktu Penelitian

4.5.1. Lokasi

Penulis tidak menentukan lokasi penelitian karena penelitian ini dilakukan dengan penelusuran hasil penelitian sebelumnya dengan sistematis review.

4.5.2. Waktu

Penelitian ini akan dilaksanakan pada bulan Maret dan Mei 2020.

4.6. Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data

4.6.1. Pengambilan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian. Langkah-langkah dalam pengumpulan data bergantung pada rancangan penelitian dan teknik instrument yang diambil (Nursalam, 2020). Jenis pengambilan data yang akan dilakukan dalam penelitian sistematika review ini adalah data tertier. Jenis data tertier adalah memperoleh data secara tidak langsung melalui jurnal



nasional atau jurnal internasional yang terkait dengan gambaran pelaksanaan pendokumentasi keperawatan.

4.6.2. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data aktual dalam studi kuantitatif sering kali berjalan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya (Polit & Beck, 2012). Jenis pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan strategi penelusuran dengan mengumpulkan penelusuran database *scopus* ataupun *google scholar*, *proquest* dan lain-lain.

4.6.3. Uji Validitas dan Reliabilitas

1. Uji validitas

Validitas adalah pengukuran dan pengamatan yang berarti prinsip keandalan instrument dalam mengumpulkan data. Instrumen harus dapat mengukur apa yang seharusnya diukur (Nursalam, 2020).

2. Uji reliabilitas

Reliabilitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan hidup tadi diukur atau diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan. Alat dan cara mengukur atau mengamati sama-sama memegang peranan yang penting dalam waktu yang bersamaan. Perlu diperhatikan bahwa reliabel belum tentu akurat (Nursalam, 2020). Dalam penelitian ini tidak dilakukan uji validitas dan reliabilitas karena penulis membuat kuesioner dari buku Nursalam 2020. Peneliti menggunakan kuesioner yang sudah baku dan sudah dibukukan. Peneliti tidak

melakukan uji validitas dan reliabilitas karena penelitian ini merupakan sistematis review.

4.7. Kerangka Operasional

Bagan 4.7. Kerangka Operasional Penerapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Tahun 2020



4.8. Analia Data

Analisa data merupakan bagian yang sangat penting untuk mencapai tujuan pokok penelitian, yaitu menjawab pertanyaan – pertanyaan penelitian yang mengungkapkan fenomena (Nursalam, 2020). Jenis analisa data yaitu: Analisis *univariate* (Analisa deskriptif) adalah analisis yang menjelaskan/ mendeskripsikan karakteristik setiap variabel atau analisa deskriptif merupakan suatu prosedur pengelola data dengan menggambarkan dan meringkas data secara ilmiah dalam bentuk table atau grafik. Analisis *Bivariate* adalah analisis yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan/berkorelasi. Analisis *Multivariate*



adalah analisis yang hanya akan menghasilkan hubungan antara dua variabel yang bersangkutan (variabel independen dan variabel dependen) (Notoatmodjo, 2018).

Analisa yang digunakan untuk dilakukan adalah *analisa univariat* (analisa deskriptif). Pada penelitian ini menggunakan *metode statistik univariat* untuk mengidentifikasi variabel yaitu gambaran penerapan pendokumentasian asuhan keperawatan tahun 2020. Analisa data yang dilakukan adalah membaca serta menelaah semua artikel yang telah dikumpulkan oleh peneliti.

Analisa data yang digunakan dalam penelitian sistimatika review ini menggunakan univariat, artinya semua data hasil penelitian sesuai distribusi frekuensi gambaran penerapan pendokumentasian keperawatan dari semua artikel yang dikatakan include, sehingga dapat diinterpretasikan mana data yang mempunyai proporsi tertinggi gambaran penerapan pendokumentasian dari 10 jurnal yang ditelaah.

4.9. Etika Penelitian

1. *Beneficence* (kebaikan)

Seorang peneliti harus memberi banyak manfaat dan memberikan kenyamanan kepada responden serta meminimalkan kerugian. Peneliti harus mengurangi, mencegah dan meminimalkan bahaya. Selain itu, jika terdapat resiko berbahaya ataupun kecelakaan yang tidak diduga selama penelitian, maka penelitian dihentikan.



2. *Respect to human dignity* (menghargai hak responden)

Setiap peneliti harus memberi penjelasan kepada responden tentang keseluruhan tindakan yang akan dilakukan. Selain itu, jika responden menerima untuk ikut serta dalam penelitian maka akan dijadikan sebagai sampel penelitian. Tetapi jika responden menolak karena alasan pribadi, maka penolakan harus diterima peneliti. Selama penelitian berlangsung tidak ada paksaan dari peneliti responden.

3. *Confidentiality* (Kerahasiaan)

Confidentiality adalah menjaga semua kerahasiaan semua informasi yang didapat dari subjek penelitian. Beberapa kelompok data yang diperlukan akan dilaporkan dalam hasil penelitian. Selain itu, semua data dan informasi yang terkumpul haruslah terjamin kerahasiannya.

4. *Informed consent*

Sebelum penelitian ini dilakukan peneliti membagikan lembar persetujuan (*informed consent*) kepada responden untuk mengetahui keikutsertaan dalam penelitian serta ikut dalam setiap tindakan yang akan dilakukan. Jika responden menolak, peneliti akan menyetujuinya dan tidak ada paksaan untuk menjadi responden.

Penelitian ini tidak menggunakan etika penelitian karena tidak langsung berhubungan dengan subjek penelitian tetapi menggunakan data tertier.

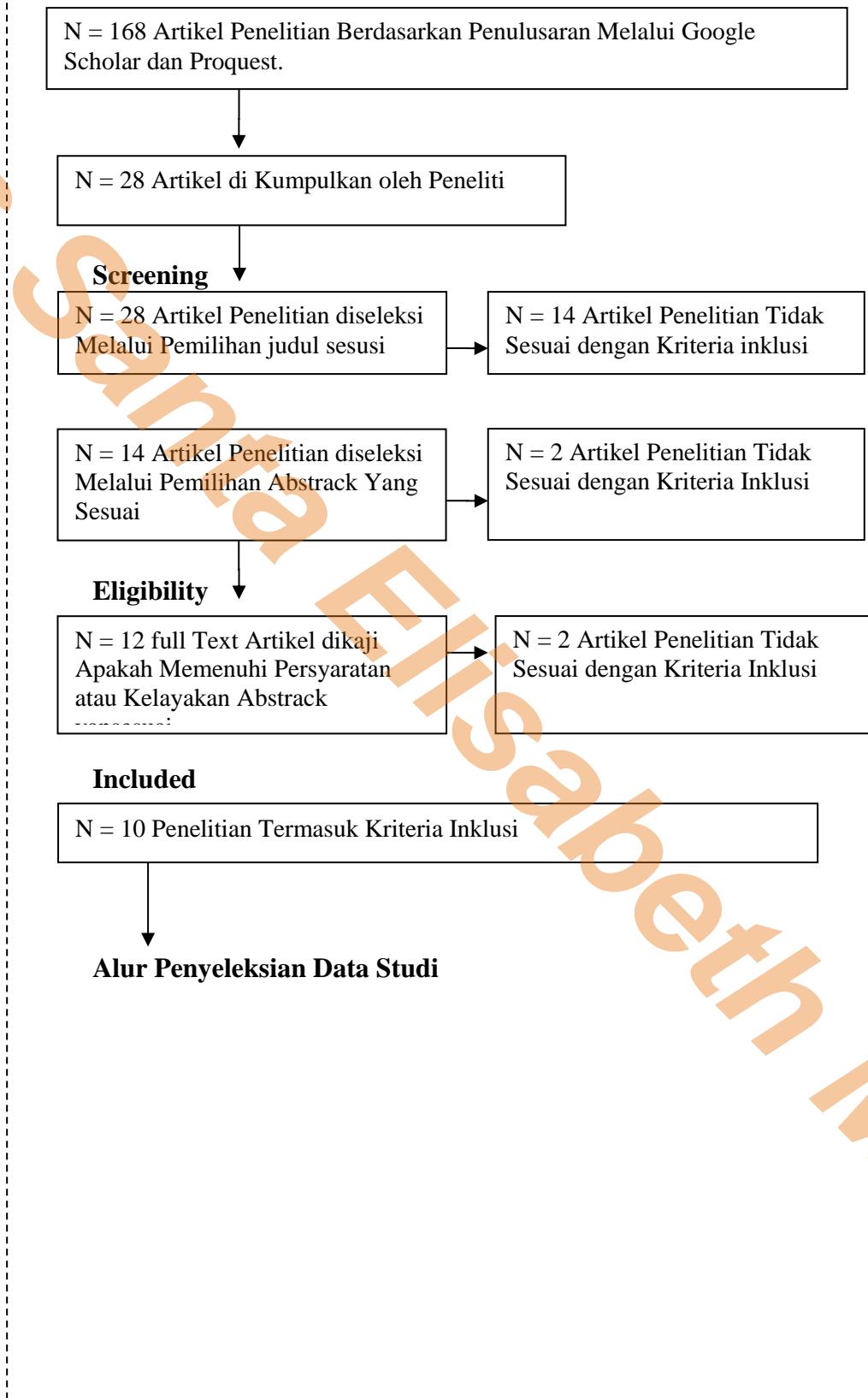


BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

5.1. Hasil Pencarian

Dalam telaah jurnal, peneliti melakukan pencarian jurnal ataupu artikel dari database internet seperti *sciencedirect*, *google scholar*, *proquest*, *scopus* ataupun dari akses repositori suatu kampus yang memperbolehkan *open acces* (terbuka untuk umum). Dalam pencarian jurnal atau artikel dari *sciencedirect* peneliti harus sudah terhubung ke database *sciencedirect* dengan cara melakukan registrasi terlebih dahulu agar bisa mengakses dengan gratis baik untuk disimpan sebagai *file* atau sekedar membuka jurnal atau artikel. Baik pencarian jurnal di *sciencedirect*, *DOAJ*, atau dari *google scholar* tidak jauh berbeda. Peneliti hanya harus mendaftarkan diri sesuai pemakai (mahasiswa, peneliti, dll)

Sistematik review ini akan diperoleh dari penelusuran artikel penelitian-penelitian ilmiah dari rentang tahun 2015-2020 dengan menggunakan *database* *scopus* dan *proquest*. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran pelaksanaan pendokumentasian keperawatan tahun 2020. Lebih jelasnya dapat dilihat bagan di bawah ini:

5.1.1. Diagram Flow



Tabel 5.1 Tabel Hasil Pencarian Artikel/Jurnal

Resource Language	Year	Data Base	N	Type of Study/Article		
				Review	Deskriptif	Cross Sectional/Lainnya yang Mempunyai Data Karakteristik
Bahasa Indonesia	2015-2020	Scopus	74	37	2	202
Bahasa Indonesia	2015-2020	Proquest	167	37	3	200
Bahasa Inggris	2015-2020	Pubmed	34	14	1	23
Bahasa Inggris	2015-2020	Science Direct	432	26	2	200
Bahasa Inggris	2015-2020	CINAHL	-	-	-	-
Bahasa Indonesia	2015-2020	Google Scholar	987	5	10	200



5.1.2. Ringkasan Hasil Studi/Penelusuran Artikel

Dari hasil pencarian awal melalui *google scholar* ataupun *scopus* terdapat 15.400 artikel penelitian dan *proquest* terdapat 2.921 artikel penelitian, maka didapatkan 168 artikel yang menjelaskan tentang gambaran penerapan pendokumentasian keperawatan yang dikumpulkan oleh peneliti. Berdasarkan hasil seleksi artikel yang dilakukan secara detail di atas maka peneliti memperoleh data 10 artikel yang memenuhi kriteria inklusi. Artikel yang sudah ditelaah diakses melalui *scopus* dan *proquest*.



STIKes Santa Elisabeth Medan

No	Jurnal	Tujuan	Design	Sampel	Instrument	Hasil	Rekomendasi
1	Gambaran keakuratan dokumentasi asuhan keperawatan (Indonesia)	Tujuan penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi keakuratan dokumentasi asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap salah satu rumah sakit di Sumatera Barat	Penelitian deskriptif kuantitatif	Sampel adalah 305 dokumen dengan teknik proportional random sampling	Instrumen yang digunakan adalah D-Cath Instrument	Keakuratan pengkajian keperawatan sebagian lengkap (76,7%), keakuratan diagnosis keperawatan lengkap (95,7%), keakuratan intervensi keperawatan tidak ada tindakan/aktifitas keperawatan (81,3%), keakuratan catatan perkembangan dan evaluasi sebagian lengkap (63,9%) dan legibility/keterbacaan kualitas baik (69,2%)	Menurut Nursalam, 2020 data dasar/identitas klien harus diisi, pengkajian data saat pertama kali klien masuk Rumah Sakit harus diisi, sertakan alasan klien masuk rumah sakit sesuai data pengkajian (DS/DO). Diagnosa keperawatan harus mencerminkan PE. Tidak boleh hanya mencerminkan <i>problem</i> saja atau <i>etiology</i> saja, perumusan diagnosa harus berdasarkan kesenjangan status kesehatan dan pola fungsi kehidupan. Sebagai sebuah Rumah Sakit seharusnya memiliki format perencanaan dan format implementasi. Hal ini sangat penting mengingat perawat dan Rumah Sakit memiliki tanggungjawab dan tanggunggugat penuh terhadap pendokumentasian keperawatan. Perencanaan harus dibuat sesegera mungkin dan sebaik mungkin untuk mencegah kekeliruan tindakan atau bahkan berakibat fatal. Intervensi dan diagnosa harus memiliki tujuan dan kriteria hasil yang harus dicapai. Evaluasi wajib diisi untuk melihat sudah sejauh mana perkembangan klien. Evaluasi ini harus berdasarkan respon klien sendiri baik setelah pemberian tindakan atau berupa keluhan klien tentang sesuatu.
2	Gambaran pelaksanaan pendokumentasi an asuhan	Tujuan penelitian untuk mengetahui gambaran	Jenis penelitian deskriptif non	Jumlah sampel sebanyak 80 rekam medis	Lembar observasi	Pendokumentasi pengkajian 90% lengkap, pendokumentasi	Menurut Nursalam, 2020 pengkajian keperawatan harus sesegera mungkin dilakukan untuk mencegah lupa. Merumuskan diagnosa keperawatan



STIKes Santa Elisabeth Medan

	keperawatan di Bangsal Bougenvil RSU Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta (Indonesia)	pelaksanaan pendokumentasi an asuhan keperawatan di Bangsal Bougenvil Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati Bantul Yogayakarta	eksperime ntal			diagnosa sebanyak 60% dikategorikan cukup, pendokumentasi an rencana asuhan keperawatan 75% dikategorikan cukup, pendokumentasi an implementasi keperawatan 85% dikategorikan cukup, dan pendokumentasi an evaluasi keperawatan sebanyak 76.5% dikategorikan cukup	haruslah akurat/aktual. Penegakan diagnosa ini harus sesuai dengan data pengkajian dan benar-benar ditarik berdasarkan masalah yang ditetapkan. Perencanaan harus melibatkan klien dan keluarga klien secara aktif. Implementasi keperawatan haruslah berdasarkan perencanaan yang disusun lebih dulu lalu diprioritaskan. Evaluasi yang baik harus benar-benar berdasarkan respon dan keluhan klien. Tidak boleh mmelakukan evaluasi sepintas (mengevaluasi saat pergantian jam dinas)
3	Pendokumentas ian standard asuhan keperawatan di RSU Mamuju, Indonesia (Indonesia)	Untuk menentukan standard dokumentasi asuhan keperawatan di RSU Mamuju, Indonesia	Jenis penelitian kualitatif deskriptif dengan pendekatan observasio nal	Sampel yang digunakan sebanyak 93 perawat	Lembar dokumentasi keperawatan	Hasil Penelitian ini menunjukkan Pendokumentasi an pengkajian keperawatan sebagian besar dalam kategori kurang lengkap yaitu 91 perawat (97,8%). Pendokumentasi an keperawatan berdasarkan diagnosis keperawatan di RSUD Kabupaten Mamuju yang masuk dalam kategori kurang lengkap yaitu 40 perawat (43%).	Menurut Nursalam, 2020 format pengkajian haruslah bersifat baku dan ada pedoman yang jelas. Pengkajian keperawatan harus bersifar holistik mencakup bio-psiko-sosio-spiritual. Diagnosa harus ditegakkan dari permasalahan yang didapat dari pengkajian. Diagnosa harus diprioritaskan berdasarkan <i>problem</i> dan <i>etiology</i> . Perencanaan harus berdasarkan diagnosa keperawatan. Perencanaan harus mengacu pada tujuan kalimat perintah, terinci, dan jelas. Implementasi keperawatan bertujuan promotif, preventif, kuratif, dan menggambarkan mekanisme coping. Evaluasi haruslah sesuai dengan perubahan fungsi tubuh, tanda dan gejala. Setiap



STIKes Santa Elisabeth Medan

						Pendokumentasi perencanaan keperawatan di RSUD Kabupaten Mamuju yang masuk dalam kategori kurang lengkap yaitu 46 perawat (49,5%). Pendokumentasi implementasi keperawatan di RSUD Kabupaten Mamuju yang masuk dalam kategori lengkap yaitu 49 perawat (52,7%). Pendokumentasi evaluasi keperawatan di RSUD Kabupaten Mamuju yang masuk dalam kategori lengkap yaitu 59 perawat (63,4%).	harinya evaluasi harus berorientasi pada SOAP untuk bisa memberikan gambaran evaluasi yang berkesinambungan setiap hari
4	Kualitas Pendokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Kalimantan Tengah (Indonesia)	Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran kualitas pendokumentasi an asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD di Kalimantan	Penelitian deskriptif analitik	Jumlah sampel penelitian ini sebanyak 222 rekam medis yang dilakukan dengan teknik sampling Cluster	Instrumen penelitian menggunakan lembar observasi 37 penilaian kualitas pendokumentasi an asuhan keperawatan	Gambaran kualitas pendokumentasi an keperawatan pengkajian tidak sesuai (100%), Perencanaan penentuan diagnosis (54%) sesuai, penentuan tujuan/kriteria hasil pembuatan intervensi	Setaraf Rumah Sakit wajib memiliki format pengkajian yang baku dan sesuai standar asuhan keperawatan. Diagnosa yang diangkat harus merumuskan masalah dan dan gajala. Jangan monoton hanya mengikuti diagnosa yang terlampir di lembar dokumentasi saja. Pendokumentasi an keperawatan adalah cerminan profesionalisme kita dalam bekerja. Perencanaan harus mengandung tujuan dan kriteria hasil. Implementasi



STIKes Santa Elisabeth Medan

		Tengah		Random Sampling		keperawatan dari 120 rekam medis (54%) sesuai, Implementasi 200 rekam medis (90%) sesuai dan Evaluasi 142 rekam medis (64%) sesuai. Gambaran kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD di Kalimantan Tengah berkualitas dengan sebanyak 124 rekam medis (55,9%) dan tidak berkualitas sebanyak 98 rekam medis (44,1%)	implementasi harus berisi. Implementasi harus mengambarkan tindakan mandiri. Evaluasi harus diisi dan berorientasi kepada klien.
5	Analisis Kelengkapan Pendokumentasi an Asuhan Keperawatan Pasien di Ruang Rawat Inap RS Tampan Pekanbaru (Indonesia)	Untuk mengetahui kelengkapan pendokumentasi an asuhan keperawatan di ruang rawat inap RS Tampan Pekanbaru	Deskriptif	Jumlah sampel adalah 90	Instrumen penelitian menggunakan lembar observasi penilaian kualitas pendokumentasi an asuhan keperawatan	Hasil analisa data pendokumentasi an pengkajian 56,11% (cukup), pendokumentasi an diagnosa keperawatan 36,67% (kurang), pendokumentasi an perencanaan keperawatan 17,11% (kategori kurang), pendokumentasi an tindakan keperawatan 57,78% (cukup), pendokumentasi an	Pengkajian harus merangkum aspek bio-psiko-sosio-spiritual. Diagnosa harus berdasarkan kesenjangan antara kesehatan normal dan pola fungsi keperawatan. Perencanaan harus memiliki prioritas dan diagnosa prioritas. Libatkan klien dan keluarga klien dalam menentukan perencanaan keperawatan. Evaluasi harus selalu dicantumkan.



STIKes Santa Elisabeth Medan

						evaluasi keperawatan 52,78% (kurang), dan pendokumentasian pada asuhan keperawatan 92,22% (sangat baik)	
6	Gambaran Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruangan Fransiskus RS. Santa Elisabeth Medan (Indonesia)	Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui bagaimana gambaran pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di ruangan Fransiskus RS. Santa Elisabeth Medan	Desain penelitian ini adalah deskriptif	Tabel pengambilan data berskala ordinal	Kelengkapan dokumentasi pengkajian 91% sangat baik, diagnosa 90% sangat baik, perencanaan 86% baik, implementasi 85% baik, dan evaluasi 87% kategori baik	Mempertahankan pendokumentasian evaluasi yang baik bagus. Semua aspek lengkap pengkajian keperawatan (Nursakam, (2020) menyusun prioritas diangmosa. Rencana keperawatan haruslah melibatkan klien dan keluarga klien. Implementasi sudah sesuai dengan aspek pendokumentasian implementasi Nursalam, 2002	
7	Analisis Dokumentasi Keperawatan dengan Instrumen A di Ruang Arafah Rumah Sakit Habibullah Gabus Grobogan Tahun 2016	Tujuan penelitian ini yaitu untuk mengetahui analisis Dokumentasi Keperawatan dengan Instrumen A di Ruang Arafah Rumah Sakit Habibullah	Penelitian kualitatif	Rekam medik pasien di ruangan minimal 20 per ruangan ya berapa banyak	Lembar observasional	Nilai pengkajian 69% kategori kurang lengkap, diagnosa Keperawatan 72 % kategori cukup lengkap, perencanaan 74% cukup lengkap, tindakan keperawatan 90% kategori lengkap, dan evaluasi 86% kategori lengkap	Pengkajian harus didokumentasikan. Pengkajian harus memiliki format pengkajian yang baku. Data yang dikelompokkan harus meliputi bio-psiko-sosio-spiritual. Diagnosa harus dirumuskan berdasarkan status kesehatan dengan dengan pola fungsi kehidupan. Perencanaan harus berdasarkan prioritas diagnosa serta memiliki tujuan dan kriteria hasil. Prioritas diagnosa harus disusun bersadarkan <i>problem</i> dan <i>etiology</i> . Implementasi harus melibatkan pasien dan



STIKes Santa Elisabeth Medan

	(Indonesia)	Gabus Grobogan Tahun 2016					keluarganya secara aktif. Implementasi ini harus bersifat menyeluruh dan menghargai hak-hak klien. Evaluasi harus dibuat dengan pendekatan SOAP, evaluasi memiliki tujuan dan kriteria hasil, evaluasi fungsi tubuh dan kesehatan klien setelah melakukan tindakan keperawatan.
8	Penerapan asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana di Rumah Sakit Banda Aceh (Indonesia)	Untuk mengetahui penerapan asuhan keperawatan di RSUD Meuraxa Banda Aceh	Jenis penelitian deskriptif	Sampel perawat 58	Kuisisioner	Penerapan asuhan keperawatan tahap pengkajian berada pada kategori baik (67,2%), tahap diagnosa berada pada kategori baik (77,6%), tahap perencanaan pada kategori baik (81,%), dan (60,3%) tahap implementasi berada pada kategori kurang baik serta tahap evaluasi berada pada kategori baik (77,6%).	Implementasi tindakan keperawatan menggambarkan tindakan mandiri, kolaborasi, dan ketergantungan sesuai dengan rencana keperawatan. Observasi terhadap setiap respons klien setelah dilakukan tindakan keperawatan. Implementasi tindakan keperawatan bertujuan untuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitative, dan mekanisme koping. Implementasi tindakan keperawatan bersifat holistik dan menghargai hak-hak klien. Implementasi tindakan keperawatan melibatkan partisipasi aktif klien
9	Implementation of Documentation of Nursing Care in Wates Hospital (Indonesia)	Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran dokumentasi asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Wates	Jenis penelitian ini deskriptif kuantitatif	Sampel sebanyak 111 dokumen	Instrumen penelitian menggunakan lembar observasi penilaian kualitas pendokumentasi an asuhan keperawatan	Penelitian ini menunjukkan bahwa kelengkapan pendokumentasi an asuhan keperawatan pada aspek pengkajian 77,5%, diagnosis 93,7%, perencanaan 73,9%, tindakan 45,9%, evaluasi 76,6, catatan asuhan	Pengkajian keperawatan sudah sesuai standar asuhan keperawatan. Pengkajian haruslah menyeluruh mulai dari bio-psiko-sosio-dan spiritual. Dokumentasi diagnosa sudah dilakukan dengan baik. Perencanaan tindakan harus mengacu pada tujuan, berisi kalimat perintah, dan kalimat haruslah jelas. Implementasi harus menggambarkan tindakan perawatan yang mandiri, melakukan observasi sesuai respon klien setelah selesai memberikan tindakan



STIKes Santa Elisabeth Medan

						keperawatan 45%. Kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Wates lengkap 27,9%	kpeerawatan. Evaluasi harus berisi komponen status kesehatan klien, meliputi aspek kognitif, afektif, psikomotorik. Evaluasi memakai pendekatan SOAP untuk memberikan gambaran perawatan yang berkesinambungan setiap hari
10	Studi Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Pada Pasien Rawat Inap di Ruang Mawar RSUD Kota Kendari (Indonesia)	Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh gambaran mengenai Dokumentasi Asuhan Keperawatan Pada Pasien Rawat Inap di Ruang Mawar RSUD Kota Kendari	Jenis penelitian deskriptif	48 dokumentasi asuhan keperawatan	Dokumentasi asuhan keperawatan berskala ordinal	Pengkajian dari 48 pasien didapatkan 40 pengkajian kategori baik 83,3% Pendokumentasi diagnosa didapatkan 34 orang kategori cukup 70,8% Pendokumentasi intervensi didapatkan 43 orang kategori baik 89,6% Pendokumentasi implementasi 44 orang kategori sangat baik 91,7%, Pendokumentasi evaluasi dengan jumlah 44 orang kategori sangat baik 91,7%	Pengkajian sudah sesuai dengan standar keperawatan. Diagnosa keperawatan harus bersifat aktual/potensial. Rencana keperawatan harus memiliki tujuan dan kriteria hasil dengan kalimat perintah, terinci, dan jelas.



5.2. Ringkasan Hasil Penelitian

5.2.1. Dokumentasi Pengkajian Keperawatan

Ringkasan hasil yang didapatkan dari penelitian sistematisik review berdasarkan urutan persentase adalah:

1. Muryani *et al*, (2019) dengan judul kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap Kalimantan Tengah mendapatkan hasil pendokumentasian pengkajian 100% tidak sesuai.
2. Supratti dan Ashriady, (2016) dengan judul pendokumentasian standar asuhan keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Mamuju, Indonesian mendapatkan hasil pendokumentasian pengkajian 97,8% tidak lengkap.
3. Simanjuntak, (2018) dengan judul gambaran pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di Ruangan Fransiskus Elisabeth Medan mendapatkan hasil pendokumentasian pengkajian 91% dengan kategori sangat baik.
4. Artika, (2016) dengan judul gambaran pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di bangsal Bougenvil RSU Daerah Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta mendapatkan hasil pendokumentasian pengkajian 90% lengkap.
5. Irawan, (2016) dengan judul studi pendokumentasian asuhan keperawatan pasien rawat inap di Ruang Mawar RSUD Kendari mendapatkan hasil pendokumentasian pengkajian 83% kategori baik.



6. Kurniawandarai, (2018) dengan judul *implementation of documentation of nursing care in Wates Hospital* mendapatkan hasil pendokumentasian pengkajian 77,5% cukup.
7. Damanik, (2019) dengan judul gambaran keakuratan dokumentasi asuhan keperawatan mendapatkan hasil pendokumentasian pengkajian 76,7% sebagian lengkap.
8. Purnomo dan Ariadi, (2016) dengan judul analisis dokumentasi keperawatan dengan instrumen A di Ruang Arafah Rumah Sakit Habibullah Gabus Grobongan mendapatkan hasil pendokumentasian pengkajian 69% kurang lengkap.
9. Wirdah dan Yusuf, (2016) dengan judul penerapan asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana di Rumah Sakit Banda Aceh mendapatkan hasil pendokumentasian pengkajian keperawatan 67,2% kategori baik.
10. Astuti, (2015) dengan judul analisis kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan pasien di ruang rawat inap Rumah Sakit Tampan Pekanbaru mendapatkan hasil pendokumentasian pengkajian 56,11% kategori cukup.

5.2.2. Dokumentasi Diagnosa

Ringkasa hasil yang didapatkan dari penelitian sistematis review berdasarkan urutan persentase adalah:



1. Damanik, (2019) dengan judul gambaran keakuratan dokumentasi asuhan keperawatan mendapatkan hasil pendokumentasian diagnosa 95% kategori lengkap.
2. Kurniawandari (2018) dengan judul *implementation of documentation of nursing care in Wates Hospital* mendapatkan hasil pendokumentasian diagnosa 93,7% kategori baik.
3. Simanjuntak, (2018) dengan judul gambaran pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di Ruangan Fransiskus Elisabeth Medan mendapatkan hasil pendokumentasian diagnosa 96% sangat baik.
4. Wirdah dan Yusuf, (2016) dengan judul penerapan asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana di Rumah Sakit Banda Aceh mendapatkan hasil pendokumentasian diagnosa 77,6% kategori baik.
5. Purnomo dan Ariadi, (2016) dengan judul analisis dokumentasi keperawatan dengan instrumen A di Ruang Arafah Rumah Sakit Habibullah Gabus Grobongan mendapatkan hasil pendokumentasian diagnosa 72% kategori cukup.
6. Irawan, (2016) dengan judul studi pendokumentasian asuhan keperawatan pasien rawat inap di Ruang Mawar RSUD Kendari mendapatkan hasil pendokumentasian diagnosa 70,8% kategori baik.
7. Artika, (2016) dengan judul gambaran pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di bangsal Bougenvil RSU

Daerah Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta mendapatkan hasil pendokumentasian diagnosa 60% kategori cukup.

8. Muryani *et al*, (2019) dengan judul kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap Kalimantan Tengah mendapatkan hasil pendokumentasian diagnosa 54% sesuai.
9. Supratti dan Ashriady, (2016) dengan judul pendokumentasian standar asuhan keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Mamuju, Indonesia mendapatkan hasil pendokumentasian diagnosa 43% kurang lengkap.
10. Astuti, (2015) dengan judul analisis kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan pasien di ruang rawat inap Rumah Sakit Tampan Pekanbaru mendapatkan hasil pendokumentasian diagnosa 36,67% kurang.

5.2.3. Perencanaan Keperawatan

Ringkasan hasil yang didapatkan dari penelitian sistematis review berdasarkan urutan persentase adalah:

1. Irawan, (2016) dengan judul studi pendokumentasian asuhan keperawatan pasien rawat inap di Ruang Mawar RSUD Kendari mendapatkan hasil pendokumentasian perencanaan 89,6% kategori baik.
2. Simanjuntak, (2018) dengan judul gambaran pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di Ruangan Fransiskus Elisabeth



- Medan mendapatkan hasil pendokumentasian perencanaan 86% kategori baik.
3. Damanik, (2019) dengan judul gambaran keakuratan dokumentasi asuhan keperawatan mendapatkan hasil pendokumentasian perencanaan 81,3% kategori lengkap.
 4. Wirdah dan Yusuf, (2016) dengan judul penerapan asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana di Rumah Sakit Banda Aceh mendapatkan hasil pendokumentasian perencanaan 81% kategori baik.
 5. Artika, (2016) dengan judul gambaran pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di bangsal Bougenvil RSU Daerah Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta mendapatkan hasil pendokumentasian perencanaan 75% kategori cukup.
 6. Purnomo dan Ariadi, (2016) dengan judul analisis dokumentasi keperawatan dengan instrumen A di Ruang Arafah Rumah Sakit Habibullah Gabus Grobongan mendapatkan hasil pendokumentasian perencanaan 74% kategori cukup.
 7. Kurniawandarai (2018) dengan judul *implementation of documentation of nursing care in Wates Hospital* mendapatkan hasil pendokumentasian perencanaan 73,9% kategori baik.
 8. Muryani *et al*, (2019) dengan judul kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap Kalimantan Tengah mendapatkan hasil pendokumentasian perencanaan 54% sesuai.



9. Supratti dan Ashriady, (2016) dengan judul pendokumentasian standar asuhan keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Mamuju, Indonesian mendapatkan hasil pendokumentasian perencanaan 49,3% kurang lengkap.
10. Astuti, (2015) dengan judul analisis kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan pasien di ruang rawat inap Rumah Sakit Tampan Pekanbaru mendapatkan hasil pendokumentasian perencanaan 17,11% kategori kurang.

5.2.4. Implementasi Keperawatan

Ringkasan hasil yang didapatkan dari penelitian sistematis review berdasarkan urutan persentase adalah:

1. Irawan, (2016) dengan judul studi pendokumentasian asuhan keperawatan pasien rawat inap di Ruang Mawar RSUD Kendari mendapatkan hasil pendokumentasian implementasi 91,7% kategori sangat baik.
2. Purnomo dan Ariadi, (2016) dengan judul analisis dokumentasi keperawatan dengan instrumen A di Ruang Arafah Rumah Sakit Habibullah Gabus Grobongan mendapatkan hasil pendokumentasian implementasi 90% kategori kurang lengkap
3. Muryani *et al*, (2019) dengan judul kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap Kalimantan Tengah mendapatkan hasil pendokumentasian implementasi 90% sesuai.

4. Simanjuntak, (2018) dengan judul gambaran pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di Ruangan Fransiskus Elisabeth Medan mendapatkan hasil pendokumentasian implementasi 85% kategori baik.
5. Artika, (2016) dengan judul gambaran pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di bangsal Bougenvil RSU Daerah Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta mendapatkan hasil pendokumentasian implementasi 85% kategori cukup.
6. Damanik, (2019) dengan judul gambaran keakuratan dokumentasi asuhan keperawatan mendapatkan hasil pendokumentasian implementasi 81,3% kategori tidak lengkap.
7. Wirdah dan Yusuf, (2016) dengan judul penerapan asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana di Rumah Sakit Banda Aceh mendapatkan hasil pendokumentasian implementasi 60,3% kategori kurang baik.
8. Astuti, (2015) dengan judul analisis kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan pasien di ruang rawat inap Rumah Sakit Tampan Pekanbaru mendapatkan hasil pendokumentasian implementasi 57,78% kategori kurang.
9. Supratti dan Ashriady, (2016) dengan judul pendokumentasian standar asuhan keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Mamuju, Indonesian mendapatkan hasil pendokumentasian implementasi 52,7% kategori lengkap.



10. Kurniawandari (2018) dengan judul *implementation of documentation of nursing care in Wates Hospital* mendapatkan hasil pendokumentasian implementasi 45,9% kategori kurang.

5.2.5. Evaluasi Keperawatan

Ringkasan hasil yang didapatkan dari penelitian sistematis review berdasarkan urutan persentase adalah:

1. Astuti, (2015) dengan judul analisis kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan pasien di ruang rawat inap Rumah Sakit Tampan Pekanbaru mendapatkan hasil pendokumentasian evaluasi 52,7% kategori kurang.
2. Irawan, (2016) dengan judul studi pendokumentasian asuhan keperawatan pasien rawat inap di Ruang Mawar RSUD Kendari mendapatkan hasil pendokumentasian evaluasi 91,7% kategori sangat baik.
3. Simanjuntak, (2018) dengan judul gambaran pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di Ruangan Fransiskus Elisabeth Medan mendapatkan hasil pendokumentasian evaluasi 87% kategori baik.
4. Purnomo dan Ariadi, (2016) dengan judul analisis dokumentasi keperawatan dengan instrumen A di Ruang Arafah Rumah Sakit Habibullah Gabus Grobongan mendapatkan hasil pendokumentasian evaluasi 86% kategori lengkap.

5. Wirdah dan Yusuf, (2016) dengan judul penerapan asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana di Rumah Sakit Banda Aceh mendapatkan hasil pendokumentasian evaluasi 77,6% kategori baik.
6. Kurniawandarai (2018) dengan judul *implementation of documentation of nursing care in Wates Hospital* mendapatkan hasil pendokumentasian evaluasi 76,6% kategori cukup.
7. Artika, (2016) dengan judul gambaran pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di bangsal Bougenvil RSU Daerah Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta mendapatkan hasil pendokumentasian evaluasi 76,5% kategori cukup.
8. Muryani *et al*, (2019) dengan judul kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap Kalimantan Tengah mendapatkan hasil pendokumentasian evaluasi 64% sesuai.
9. Damanik, (2019) dengan judul gambaran keakuratan dokumentasi asuhan keperawatan mendapatkan hasil pendokumentasian evaluasi 63,9% kategori lengkap.
10. Supratti dan Ashriady, (2016) dengan judul pendokumentasi standar asuhan keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Mamuju, Indonesian mendapatkan hasil pendokumentasian evaluasi 63,4 kategori lengkap.



5.3. Pembahasan

5.3.1. Penerapan Dokumentasi Pengkajian

Hasil penelitian yang ditelaah dari 10 jurnal menunjukkan bahwa 5 diantara pendokumentasian pengkajian dikategorikan mayoritas baik. Hal ini didukung oleh penelitian Simanjuntak, (2018) dalam penelitiannya mengatakan pendokumentasian pengkajian keperawatan di Ruangan Fransiskus Santa Elisabeth Medan sudah dilakukan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan serta pencatatan data telah dilakukan berdasarkan pedoman pengkajian. Demikian juga dengan penelitian Artika, (2016) menyebutkan pendokumentasian pengkajian keperawatan di Bangsal Bougenvil Senopati Bantul sudah lengkap. Hal ini dibuktikan hanya 3,70% pengkajian yang tidak didokumentasikan setelah pasien masuk ke Rumah Sakit. Irawan, (2016) menjelaskan dari 48 pendokumentasian pengkajian keperawatan, 23 pendokumentasian pengkajian tidak menuliskan keluhan, 33 pendokumentasian pengkajian tidak menuliskan riwayat kesehatan keluarga dan 12 diantaranya tidak melakukan pengkajian fisik. Hal ini dikarenakan kurangnya disiplin perawat dalam melakukan pendokumentasian serta kesibukan perawat saat bekerja. Oleh Damanik, (2019) menyebutkan keakuratan dokumentasi pengkajian keperawatan 76,7% sebagian sudah lengkap. Namun, alasan masuk Rumah Sakit dan kondisi kesehatan pasien tidak didokumentasikan dengan lengkap.

Wirdah dan Yusuf, (2016) dalam penelitiannya mengatakan hasil pendokumentasian keperawatan 67,2% berada pada kategori baik. Hal ini karena



perawat pelaksana sudah sangat baik dalam melakukan pengumpulan data, pengelompokan data, menganalisis data. Hal tersebut dikarenakan perawat ruangan sangat paham mengenai pengkajian keperawatan maupun prosesnya. Menurut peneliti hal yang menyebabkan pendokumentasian pengkajian masih belum baik dikarenakan Sebagian aspek belum terpenuhi seperti format pengkajian yang tidak terdapat di dalam status pasien, walaupun sebenarnya pengkajian dilakukan tapi sayangnya pengkajian tersebut tidak dituliskan. Kemudian adanya anggapan bahwa pendokumentasian pengkajian tidak terlalu penting dan format yang terlalu ringkas dan sederhana.

5.3.2. Penerapan Dokumentasi Diagnosa

Hasil penelitian yang telah ditelaah dari 10 jurnal menunjukkan bahwa 6 diantaranya pendokumentasian diagnosa sudah baik. Hal ini didukung oleh penelitian Simanjuntak, (2017) menunjukkan dari 1180 dokumentasi diagnosa, 1139 (97%) diantaranya sudah ditegakkan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan dan 1041 (88%) diagnosa keperawatan sudah mencerminkan diagnosa keperawatan aktual/resiko. Wirdah dan Yusuf, 2016 dalam penelitiannya mengatakan perawat telah mengklasifikasikan dan menganalisa data sesuai hasil pengkajian. Menurut asumsi peneliti, pemahaman responden tidak terlepas dari tingkatan pendidikan responden. Demikian juga oleh Irawan, (2016) menunjukkan dari 48 dokumentasi diagnosa 3 diantaranya tidak tertulis diagnosa keperawatan berdasarkan masalah keperawatan, 14 dokumentasi tidak mencerminkan PE/PES, 18 diantaranya tidak melakukan diagnosa keperawatan aktual/potensial. Sehingga, 48 pendokumentasian diagnosa, 34 pendokumentasian diagnosa berada dalam



kriteria baik dan 14 pendokumentasian diagnosa masih dalam kriteria kurang Muryani *et all*, 2019 dari 222 dokumentasi, 92 rekam medis tidak sesuai dan 130 dokumentasi diagnosa keperawatan sudah sesuai. Penelitian ini menyebutkan perawat melakukan pendokumentasian keperawatan tidak berdasarkan *problem*, *etiology*, dan *symptom*.

Kurniwandari, (2018) menunjukkan 104 dokumen diagnosa keperawatan sudah lengkap dan 7 dokumen diagnosa tidak lengkap. Demikian juga Astuti, (2015) menunjukkan dari 90 berkas dokumentasi didapatkan dokumentasi diagnosa keperawatan 36,67% berada dalam kategori kurang. Baik frekuensi diagnosa keperawatan disusun berdasarkan masalah yang dirumuskan, diagnosa yang mencerminkan PE/PS , dan perumusan diagnosa keperawatan aktual/potensial seluruhnya memiliki nilai 36,67% dan pendokumentasian diagnosa ini belum membuat prioritas diagnosa berdasarkan keluhan utama pasien. Dari hasil telaah, peneliti mendapatkan belum terlaksananya dokumentasi diagnosa ini dengan baik dikarenakan diagnosa keperawatan hanya mencantumkan komponen masalah (*problem*) saja. Padahal, diagnosa keperawatan haruslah mencerminkan PE (*problem/etiology*) (Nursalam, 2020). Diagnosis keperawatan ini juga ditemukan kesenjangan antara masalah dengan diagnosa yang dirumuskan. Hal ini terjadi karena ketidakmampuan perawat dalam menganalisis dan mengakomodir data serta keluhan pasien, diagnosa keperawatan memang diisi namun tidak lengkap. Diagnosa ini ditegakkan kembali oleh perawat yang menerima pasien di ruangan. Namun penegakan diagnosa ini menjadi bervariasi karena pengetahuan perawat yang berbeda-beda. Sehingga,



diagnosa keperawatan ini hanya dilakukan oleh perawat yang memahami diagnosa keperawatan saja dan perumusan diagnosa aktual tidak mencantumkan *sign* dan *symptom*. Penelitian ini juga menunjukkan diagnosa tidak diurutkan prioritasnya dan diagnosa belum mencerminkan *problem* atau masalah kesehatan klien.

4.4.1. Penerapan Dokumentasi Perencanaan

Hasil penelitian yang ditelaah dari 10 jurnal menunjukkan bahwa pendokumentasian 6 dokumentasi perencanaan mayoritas baik. Hal ini didukung oleh penelitian Irawan, (2016) menunjukkan perencanaan keperawatan di RSUD Kendari 89,6% berada dalam kategori baik. Dari 48 pendokumentasian hanya 3 buku yang tidak menuliskan perencanaan berdasarkan urutan prioritas, 24 pendokumentasian perencanaan tidak menuliskan rumusan tujuan mengandung komponen pasien/subjek, perubahan perilaku, kondisi pasien dan kriteria, 7 buku pendokumentasian perawat tidak menuliskan rencana tindakan yang mengacu pada kalimat perintah terinci dengan jelas, dan 7 pendokumentasian perencanaan tidak menuliskan rencana tindakan yang melibatkan pasien atau keluarga. Sehingga dari 48 pendokumentasian perencanaan sudah dalam kategori baik. Demikian juga oleh Simanjuntak, (2017) menunjukkan 80% pendokumentasian perencanaan menggambarkan keterlibatan pasien atau keluarga , tujuan telah mengandung komponen pasien atau subjek, perubahan perilaku, dan kriteria waktu tetapi masih jarang menjelaskan kesehatan pasien. Hal serupa dikatakan oleh Wirdah dan Yusuf, (2016) menunjukkan 81,0% atau 47 responden kebanyakan berada pada kategori baik. Hasil ini menunjukkan bahwa perawat telah melakukan perencanaan keperawatan kepada pasien dengan baik. Kurniawandari,



2018 menunjukkan 73,9% kategori lengkap perencanaan sudah berdasarkan prioritas diagnosa, tujuan sudah mengandung komponen pasien, perubahan perilaku, perencanaan melibatkan pasien dan keluarga, serta perencanaan sudah mengacu pada kalimat perintah yang jelas dan terperinci.

Hasil penelitian ini juga menggambarkan bahwa perawat pelaksana telah melakukan asuhan keperawatan pada tahap perencanaan/intervensi keperawatan dimana tujuannya berpusat pada pasien, dan hasil yang diperkirakan ditentukan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan. Damanik, 2019 menunjukkan 81,3% perencanaan keperawatan dicatat dalam dokumentasi keperawatan. Namun perencanaan keperawatan hanya dalam bentuk manajemen keperawatan saja. Hal ini kemungkinan disebabkan karena SOP dan petunjuk teknis tentang pembuatan intervensi keperawatan yang belum ada. Nursalam, 2020 menjelaskan perencanaan keperawatan dilaksanakan berdasarkan prioritas diagnosa, rumusan tujuan harus mengandung kriteria hasil, serta perencanaan harus mengandung subjek, serta rencana keperawatan haruslah mengacu pada kalimat perintah, terperinci, dan jelas. Demikian juga dalam penelitian Artika (2016) rencana asuhan keperawatan 75% dikategorikan baik dan perencanaan telah berpusat kepada klien, perencanaan telah menetapkan hasil yang akan dicapai, dan memilih intervensi yang akan dilakukan untuk mencapai tujuan. Dari hasil telaah yang dapat ditarik peneliti alasan mengapa dokumentasi perencanaan ini belum sempurna diakibatkan pengetahuan perawat yang beragam sehingga menimbulkan variasi pendokumentasian yang beragam pula, kebijakan dalam panduan dan SPO pelayanan serta tidak adanya dukungan sarana dari pihak



instansi Rumah Sakit sebab dokumentasi dianggap kurang penting dalam pelayanan, dukungan serta alokasi anggaran pun sangat minim, , belum mampu menuliskan tujuan dan memilih strategi berdasarkan tujuan, serta perawat belum mampu melakukan perencanaan bersama dengan praktisi kesehatan lainnya. Hal ini ditunjukkan masih rendahnya nilai dari setiap aspek perencanaan meliputi tindakan berdasarkan prioritas diagnosa keperawatan, rendahnya tindakan yang disusun berdasarkan prioritas, rumusan tujuan mengandung komponen pasien/subjek, perubahan perilaku, kondisi pasien, dan atau kriteria, rendahnya rencana tindakan yang mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas, rendahnya keterlibatan pasien dan keluarga dalam perencanaan keperawatan dan rendahnya kerjasama perawat dengan petugas kesehatan lainnya.

4.4.2. Penerapan Dokumentasi Implementasi

Hasil penelitian yang ditelaah dari 10 jurnal menunjukkan bahwa pendokumentasian 5 dokumentasi implementasi mayoritas kurang baik. Hal ini didukung oleh Purnomo dan Ariadi, (2016) menunjukkan 90% kurang lengkap sebab tindakan yang dilakukan perawat tidak tersistem, pendokumentasian dari respon klien terhadap tindakan yang dilakukan hanya didokumentasikan hanya saat jam kerja saja. Hal ini jelas tidak sesuai seperti aspek tindakan dalam Nursalam, 2020 implementasi belum menggambarkan tindakan keperawatan apakah mandiri,kolaborasi, atau ketergantungan, observasi hanya dilakukan jika perawat satu saat saja/perawat tidak selalu mendokumentasikan tiap tindakan yang sudah diberikan, tindakan belum bertujuan pada untuk mempromosikan kesehatan, memberikan pencegahan, dan belum melibatkan klien secara aktif



selama proses tindakan keperawatan. Demikian juga oleh Damanik, (2019) menyebutkan pendokumentasi tindakan keperawatan 81,3% tidak ada pendokumentasi karena SOP dan petunjuk teknis bagi perawat untuk melakukan pendokumentasi belum tersedia serta anggapan bahwa dokumentasi tidak begitu penting sehingga tidak memberikan alokasi untuk menyediakan sarana dokumentasi di Rumah Sakit.

Wirdah dan Yusuf, (2016) menunjukkan 60,3% pendokumentasi keperawatan berada dalam kategori kurang baik. Tindakan keperawatan tidak melibatkan pasien atau keluarga dalam memberikan tindakan, tindakan keperawatan belum menunjukkan asuhan yang diberikan bersifat mandiri atau tidak, tindakan belum mendokumentasikan respon pasien terhadap asuhan yang diberikan tindakan keperawatan belum menjelaskan apa tujuan dari asuhan yang diberikan apakah bersifat promosi keperawatan, pencegahan, atau bersifat kuratif (Nursalam, 2020). Irawan, (2016) menunjukkan pendokumentasi implementasi di RSUD Kendari 91,7% dalam kategori sangat baik. Penelitian ini menunjukkan dari 48 pendokumentasi, 2 diantaranya belum menuliskan tindakan yang mengacu pada perencanaan keperawatan, 18 pendokumentasi tidak menuliskan respon klien terhadap rencana keperawatan, dan 4 pendokumentasi tidak menuliskan semua tindakan yang dilaksanakan secara ringkas. Namun penelitian ini belum menunjukkan bahwa perencanaan ini belum menunjukkan komponen tujuan dan kriteria hasil serta belum menunjukkan kerja sama perawat dengan petugas kesehatan lain dalam menyusun perencanaan asuhan keperawatan.

Muryani *et al*, 2019 menunjukkan 90% tindakan keperawatan sudah



berdasarkan rencana yang ditetapkan, tindakan keperawatan sudah menunjukkan tindakan mandiri perawat yang dilanjutkan dengan tindakan kolaboratif serta melibatkan pasien dan keluarga secara mandiri, dan telah mendokumentasikan tindakan keperawatan pada format yang tersedia. Simanjuntak, 2017 menyebutkan 85% dalam penelitiannya tindakan keperawatan keperawatan telah mengacu pada rencana yang telah ditetapkan, perawat mengobservasi respon klien terhadap tindakan yang diberikan, tindakan dicatat dengan rinci dan jelas. Astuti, (2015) menjelaskan 57,78% pelaksanaan asuhan keperawatan di Pekanbaru rendahnya tindakan yang mengacu pada rencana keperawatan, serta pelaksanaan belum melibatkan baik klien atau keluarga klien, Kurniawandari 2018 dalam penelitiannya menunjukkan hanya 45,9% tindakan keperawatan sudah tercapai dengan baik. Tindakan yang dilakukan sudah merujuk kepada rencana perawatan, perawat mengamati respon pasien terhadap tindakan yang berikan, tindakan didokumentasikan secara ringkas dan jelas.

Namun pelaksanaan pendokumentasiyan keperawatan ini belum belum melibatkan klien atau keluarga secara aktif, tindakan belum menunjukkan apakah tindakan ini mandiri atau tidak dan tindakan ini belum menggambarkan apakah pelaksanaan yang diberikan bersifat promotif, preventif, kuratif atau mekanisme coping (Nursalam, 2020). . Artika, (2016) berada dalam kategori kurang Penelitiannya menyebutkan bahwa perawat belum melakukan dokumentasi dengan melibatkan klien dan keluarga, minimnya pendokumentasiyan klien terhadap tindakan yang sudah diberi. Dalam pengukuran pendokumentasiyan keperawatan menurut Nursalam, 2020 tindakan keperawatan belum memiliki



tujuan apakah tindakan ini bersifat preventif, promotif, atau kuratif, serta tindakan keperawatan belum menunjukkan apakah tindakan ini bersifat mandiri, kolaboratif, atau independen.

4.4.3. Penerapan Dokumentasi Evaluasi

Hasil penelitian yang ditelaah dari 10 jurnal menunjukkan bahwa pendokumentasian evaluasi 7 diantaranya mayoritas baik. Hal ini didukung oleh Irawan, (2016) menyebutkan dari 48 pendokumentasian evaluasi, hanya 4 pendokumentasian yang tidak menuliskan data subjektif dengan lengkap, 3 pendokumentasian tidak menjelaskan data objektif dengan lengkap. Demikian pula oleh Simanjuntak, (2018) menunjukkan 87% evaluasi sudah dalam kategori baik. Evaluasi sudah mengacu pada tujuan keperawatan dan hasil evaluasi didokumentasikan dengan pendekatan SOAP. Namun evaluasi ini belum menjelaskan secara rinci apakah evaluasi ini meninjau pengetahuan klien terhadap penyakitnya, promosi kesehatan. Oleh Purnomo dan Ariadi, (2016) menjelaskan evaluasi sudah diisi 86% namun evaluasi yang dilakukan hanya menanyai keluhan pasien saat mengunjungi pasien saja. Ini berarti untuk aspek evaluasi mengenai status kesehatan klien meliputi aspek kognitif, afektif dan psikomotorik serta fungsi tubuh dan perubahan yang dialami klien tidak dievaluasi. Evaluasi ini juga tidak menjelaskan apakah evaluasi yang dilaksanakan mengacu pada pendekatan SOAP.

Evaluasi yang diberikan juga belum mengacu pada kriteria hasil dan tujuan, serta tidak dilakukannya evaluasi terhadap kesehatan klien setelah dilakukannya tindakan. Demikian juga oleh Supratti dan Ashriadi, (2016)



menunjukkan hasil pendokumentasian evaluasi di Rumah Sakit Umum Mamuju didapatkan 63,4% evaluasi berada dalam kategori lengkap. Sisanya, prawat tidak melakukan evaluasi terhadap respon klien sesudah tindakan keperawatan, evaluasi tidak berpacu pada tujuan dan kriteria hasil, evaluasi tidak dilakukan dengan pendekatan SOAP sehingga ada beberapa dokumentasi evaluasi yang tidak dicantumkan. Muryani *et al*, 2019 menyebutkan 64% evaluasi sudah sesuai berdasarkan aspek evaluasi. Evaluasi dilakukan berdasarkan perkembangan yang dialami klien serta tujuan sudah ditetapkan. Namun, penelitian ini belum menunjukkan evaluasi terhadap pengetahuan klien tentang penyakitnya, evaluasi fungsi tubuh setelah tindakan keperawatan, serta belum menjelaskan pendekatan apa yang dipakai dalam pelaksanaan evaluasi keperawatan.

Damanik, (2019) menyebutkan evaluasi 63,9% berada dalam kategori kurang lengkap. Penelitian ini menunjukkan tidak ada catatan tahap perkembangan evaluasi, evaluasi tidak mengacu pada kriteria hasil yang sudah ditentukan. Penelitian ini belum menjelaskan apakah evaluasi dilakukan dengan pendekatan SOAP atau tidak. Penyebab pendokumentasian evaluasi belum berjalan dengan baik terjadi karena Evaluasi tidak selalu dilakukan, evaluasi belum mengacu dan kepada tujuan dan kriteria hasil, serta evaluasi tidak mencakup pada faktor kognitif dan afektif klien Penelitian. Evaluasi ini tidak memberikan umpan balik yang baik sehingga tidak diketahui apakah tujuan sudah tercapai atau belum. Dari hasil wawancara peneliti terhadap kepada beberapa perawat di ruangan mengatakan tidak mewajibkan perawat melakukan evaluasi dengan pendekatan SOAP. Respon pasien terhadap tindakan yang sudah



didokumentasikan kadang dicatat atau tidak dicatat. SOAP ini hanya wajib diisi oleh dokter. Hal ini sangat berbeda dengan pengukuran Nursalam, (2020) yang menyatakan betapa pentingnya untuk mengevaluasi respon klien terhadap tindakan yang sudah diberikan, evaluasi haruslah dengan pendekatan SOAP, serta evaluasi ini harus mengacu pada tujuan dan kriteria hasil yang sudah ditentukan. Perlunya evaluasi kepada pasien tentang penyakitnya serta apa resiko yang mungkin terjadi akibat dari komplikasi kesehatannya.



BAB 6 PENUTUP

6.1 Kesimpulan

1. Penerapan Dokumentasi Pengkajian

Kesimpulan yang dapat ditarik peneliti dari sistematik review ini adalah kelengkapan pengkajian keperawatan belum dilaksanakan sebagaimana mestinya sesuai dengan pedoman yang sudah ada. Pendokumentasian keperawatan ini masih terhalang karena format pengkajian yang tidak terpenuhi karena kurangnya dukungan managemen dalam pendokumentasian pengkajian keperawatan, pengkajian yang tidak segera didokumentasikan, pengkajian dilakukan atas penafsiran diri sendiri dan mencari pemberaran dari internet sehingga bisa menegakkan diagnosa keperawatan yang keliru, pengkajian tidak dilakukan berdasarkan aspek biopsiko-sosio-spiritual, kurangnya kedisiplinan dan pengetahuan perawat dalam melakukan pendokumentasian pengkajian, tidak adanya sosialisasi atau pelatihan khusus pendokumentasian keperawatan untuk meningkatkan keterampilan perawat.

2. Penerapan Dokumentasi Diagnosa

Diagnosa sebagian besar belum mencerminkan PE/PES, kesenjangan antara masalah dan diagnosa yang dirumuskan, ketidakmampuan perawat menganalisa dan mengordinir data, variasi pengetahuan perawat sehingga memberikan penafsiran diagnosa yang berbeda pula.



3. Penerapan Dokumentasi Perencanaan

Perencanaan tidak diprioritaskan sesuai diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan tidak memiliki tujuan dan kriteria hasil sesuai rencana perawatan, perencanaan keperawatan tidak didokumentasikan karena tidak tersedianya format yang sesuai pedoman, perencanaan hanya sebatas manajemen keperawatan saja, serta pengetahuan perawat yang bervariasi akan memberikan keunggulan masing-masing.

4. Penerapan Dokumentasi Implementasi

Dokumentasi implementasi keperawatan kebanyakan tidak menggambarkan tindakan pelaksanaan keperawatan apakah pelaksanaan tersebut dilakukan secara mandiri atau tidak, perawat tidak selalu mendokumentasikan keluhan klien, perawat tidak selalu mendokumentasikan respon klien terhadap pelaksanaan yang diberikan kepada klien, tindakan keperawatan belum menampilkan apakah pelaksanaan keperawatan bersifat promosi kesehatan, pencegahan penyakit, atau seputar resiko yang mungkin terjadi dari pemberian tindakan keperawata, implementasi tidak selalu melibatkan klien dan keluarga klien secara aktif dan sadar, implementasi keperawatan tidak didasarkan pada rencana keperawatan yang sudah ditetapkan.

5. Penerapan Dokumentasi Evalausi

Evaluasi tidak mengacu pada kriteria hasil dan tujuan. Penelitian lebih banyak tidak menjelaskan pendekatan seperti apa yang dilakukan untuk mengevaluasi klien, evaluasi tidak dilakukan setelah pemberian



tindakan keperawatan, perawat tidak mengevaluasi faktor kognitif, afektif, dan psikomotorik klien.

6.2. Saran

6.2.1. Penerapan Dokumentasi Pengkajian

Diharapkan kepada pihak manegemen rumah sakit agar memberikan dukungan pada dokumentasi pengkajian keperawatan dengan adanya kebijakan yang tegas sehingga tersedia format pendokumentasian sesuai dengan kondisi Rumah Sakit, ada sanksi yang tegas pada perawat yang tidak melakukan dokumentasi pengkajian keperawatan dengan baik demikian juga pada perawat yang baik melakukan dokumentasi diberi penghargaan. Memberikan pelatihan dokumentasi keperawatan untuk menambah keterampilan perawat dalam melakukan dokumentasi, perawat diharapkan sesegera mungkin untuk lansung mendokumentasikan pengkajian, serta memiliki motivasi dari diri sendiri untuk lebih terampil dala melakukan pendokumentasian keperawatan.

6.2.2. Penerapan Dokumentasi Diagnosa

Perawat diharapkan mampu merumuskan diagnosa/ masalah keperawatan klien berdasarkan kesenjangan status kesehatan dengan pola fungsi kehidupan (kondisi normal). Rumusan diagnosa keperawatan harus dilakukan berdasarkan masalah keperawatan yang ditetapkan. Rumusan diagnosa keperawatan dapat juga mencerminkan *problem etiology* (PE). Rumusan diagnosa keperawatan bisa dalam bentuk aktual dan resiko. Menyusun prioritas diagnosa lengkap dengan *problem etiology*



6.2.3. Penerapan Dokumentasi Perencanaan

Perawat diharapkan mampu membuat rencana keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan dan disusun menurut urutan prioritas. Rumusan tujuan keperawatan yang dibuat mengandung komponen tujuan dan kriteria hasil. Rencana tindakan yang dibuat mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci, dan jelas. Rencana tindakan keperawatan yang dibuat menggambarkan keterlibatan klien dan keluarga didalamnya. Rencana tindakan keperawatan yang dibuat menggambarkan kerjasama dengan petugas kesehatan lainnya.

6.2.4. Penerapan Dokumentasi Implementasi

Perawat diharapkan melakukan pendokumentasian implementasi tindakan keperawatan, apakah menggambarkan tindakan mandiri, kolaborasi, dan ketergantungan sesuai dengan rencana keperawatan. Perawat diharapkan menuliskan hasil observasi terhadap setiap respons klien setelah dilakukan tindakan keperawatan. Dokumentasi implementasi tindakan keperawatan ini hendaknya menggambarkan tujuan untuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitative, dan mekanisme coping. Serta dokumentasi implementasi ini harus menggambarkan tindakan dilakukan secara holistik dan menghargai hak-hak klien. Perawat juga diharapkan melibatkan keluarga atau klien dalam melakukan dokumentasi implementasi.

6.2.5. Penerapan Dokumentasi Evaluasi

Perawat diharapkan mampu mendokumentasikan komponen yang dievaluasi mengenai status kesehatan klien meliputi aspek kognitif, afektif, psikomotor klien melakukan tindakan, perubahan fungsi tubuh, tanda dan gejala.



Perawat diharapkan mampu mendokumentasikan evaluasi dengan menggunakan pendekatan SOAP. Perawat diharapkan mampu mendokumentasikan evaluasi tindakan keperawatan yang diberikan mengacu kepada tujuan dan kriteria hasil. Perawat diharapkan mampu mendokumentasi evaluasi terhadap pengetahuan klien tentang penyakitnya, pengobatan dan resiko komplikasi setelah diberikan promosi kesehatan. Evaluasi terhadap fungsi tubuh dan kesehatan klien setelah tindakan.



DAFTAR PUSTAKA

- Artika, Y. (2016). *Gambaran Pelaksanaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Bangsal Bougenvil Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta* (Doctoral dissertation, STIKES Jenderal A. Yani Yogyakarta).
- Damanik, M., Fahmy, R., & Merdawati, L. (2019). *Artikel Penelitian Gambaran Keakuratan Dokumentasi Asuhan Keperawatan*. 8(4), 138–144.
- Harahap, T. H. (2019). *Pentingnya Melakukan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Sebagai Gambaran Kinerja Perawat*. (<https://scholar.google.com>). Diakses tanggal 11 Maret 2020.
- Lingga, B. Y. S. U. (2019). *Dokumentasi Keparawatan Sebagai Awal Peningkatan Asuhan Keperawatan*, (online) (<https://osf.io/preprints/cfmqd/>, diakses 13 Maret 2020).
- Kurniawandari, E., Fatimah, F. S., & Listiyanawati, M. D. (2017). *Implementation of Documentation of Nursing Care in Wates Hospital*. 6(2), 152–159.
- Marina, M. N. (2019). *Gambaran Kinerja Perawat Dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit*. (online) (<https://osf.io/preprints/inarxiv/pe6re3/>, 13 Maret 2020).
- Moni, M. P., & Aty, Y. M. (2019). *Gambaran Pelaksanaan Pendokumentasian Pengkajian Keperawatan Pada Instalasi Gawat Darurat Rsud Prof. Dr. WZ Johannes Kupang (Studi Dokumentasi)*.(online) (<https://repository.poltekkeskupang.ac.id/1706/>, diakses 1 April 2020).
- Nasution, T. L. (2019). *Gambaran Pendokumentasian Yang Relevan Dalam Asuhan Keperawatan*.
- Noorkasiani, N., Gustina, R., & Maryam, S. (2015). *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan*. *Jurnal Keperawatan Indonesia*.
- Nurhaliza, S. (2019). *Pentingnya Dokumentasi dalam Proses Keperawatan*. *Jurnal Keperawatan Indonesia*.
- Paendong, J. A., Suryati, Y., Rudhiati, F., & Dewi, S. (2019). *The Experience of Nurses In Nursing Care Documentation in Supporting The Documentation Completeness At Kartika Cibadak Hospital: Input for The Development of Nursing Care Documentation Format*. In *The 3rd International Seminar on Global Health* (Vol. 3, No. 1, pp. 275-286)
- Purnomo, M., & Ariadi, H. (2017). *Analisis Dokumentasi Keperawatan dengan*



- Instrumen A di Ruang Arafah Rumah Sakit Habibullah Gabus Grobogan Tahun 2016 Abstrak Analysis of Nursing Documentation with Instrument A in Arafah Room of Habibullah Hospital Gabus Grobogan Year 2016 Abstract Jurnal. 4(1), 38–49.*
- Prabowo. (2016). *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta. PT Pustaka Baru.
- Rahmi, Upik (2019). *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta. Bumi medika
- Saragih, R. J. (2019). *Pentingnya Dokumentasi Asuhan Keperawatan Pada Pasien di Rumah Sakit*. Jurnal keperawatan indonesia 5(4).
- Silvani, S. A. (2019). *Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Berdasarkan Hukum Dalam Keperawatan*, 4(3).
- Simanjuntak, A. E. (2019). *Melakukan Pendokumentasian Pelaksanaan Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit*.
- Simanullang, M. V. (2019). *Pentingnya Dokumentasi Keperawatan Yang Tepat*.
- Supratti, S., & Ashriady, A. (2018). *Pendokumentasian Standar Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Mamuju*. Jurnal Kesehatan Manarang, 2(1), 44-51.
- Tampubolon, A. E. (2019). *Langkah-Langkah Pelaksanaan Asuhan Keperawatan*.
- Wirdah, H., & Yusuf, M. (2017). *Penerapan Asuhan Keperawatan Oleh Perawat Pelaksana di Rumah Sakit Banda Aceh*. Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan, 1(1).