



Article

**Analisis Kinerja Perawat Dalam Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap BLUD RSUD Kota Baubau Tahun 2023**

Israyana<sup>1</sup>, Muhamad Ikhsar<sup>2</sup>

<sup>1,2</sup>Keperawatan, STIKES IST Buton, Baubau, Indonesia

SUBMISSION TRACK

Received: December 16, 2023  
Final Revision: January 10, 2024  
Available Online: January 17, 2024

KEYWORDS

kinerja perawat, pelaksanaan dokumentasi, asuhan keperawatan

CORRESPONDENCE

Phone: 085342283120  
E-mail: israyana415@gmail.com

ABSTRACT

Perawat sebagai tenaga kesehatan di rumah sakit berperan penting dalam memberikan pelayanan sesuai dengan tugas dan tanggung jawabnya yang akan tercermin dari kinerja perawat. Kinerja perawat dapat dilihat dari pendokumentasian asuhan keperawatan yang berisi catatan lengkap yang dibuat perawat dari waktu pasien masuk sampai pulang. Dokumentasi menjadi bukti atas tindakan perawat selama menjalankan tugas pelayanan keperawatan. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui analisis kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap BLUD RSUD Kota Baubau Tahun 2023. Jenis penelitian yang digunakan adalah penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Informan penelitian yaitu kepala ruang dan perawat yang bekerja di ruang rawat inap yang terdiri dari 2 yaitu informan kunci 2 orang informan utama yang berjumlah 4 orang perawat. Teknik pengumpulan data menggunakan wawancara, observasi, dan dokumentasi. Hasil penelitian didapatkan bahwa Pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di RSUD BLUD Kota Baubau dilakukan sudah sesuai dengan format asuhan keperawatan baik dari segi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan. Sedangkan hambatan saat pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan didapatkan bahwa Beban kerja, serta Kepatuhan perawat dalam mengisi dokumentasi asuhan keperawatan dapat berpengaruh pada kualitas pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan.

**I. INTRODUCTION**

Tenaga perawat di rumah sakit memiliki peran penting dan menjadi ujung tombak dalam memberikan pelayanan kesehatan. Dikarenakan memiliki jumlah terbesar dan paling banyak berinteraksi dengan klien secara terus menerus dan berkesinambungan dalam memberikan

asuhan keperawatan yang komprehensif serta professional (Desrison & Ratnasari, 2018).

Untuk menilai kualitas pelayanan keperawatan diperlukan adanya standar praktik keperawatan yang merupakan pedoman bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan

yang diwujudkan dalam bentuk proses keperawatan baik dari pengkajian sampai evaluasi serta pendokumentasian asuhan keperawatan. Kinerja seorang perawat dapat dilihat dari mutu asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien. Adapun faktor – faktor yang mempengaruhi kinerja seorang perawat antara lain faktor individu, faktor organisasi dan faktor psikologis dimana salah satunya adalah motivasi. Dokumentasi keperawatan mencerminkan kualitas perawatan pasien. Pendokumentasian merupakan sarana untuk meningkatkan komunikasi efektif di antara perawat. Meskipun telah banyak diteliti dan mendapatkan perlakuan tetap saja ditemukan masalah dokumentasi keperawatan di berbagai belahan dunia, termasuk Indonesia. Kualitas dan kuantitas dokumentasi keperawatan menurut hasil evaluasi masih berada dibawah standar yang ditetapkan. Hal ini sangat dipengaruhi oleh kinerja perawat, karena kebanyakan perawat belum menyadari bahwa dokumentasi merupakan bagian penting dari tanggung jawab profesi, dan tidak sekedar merupakan beban kerja (Tanauma et al., 2023).

Fenomena rendahnya untuk melengkapi pengisian dokumentasi asuhan keperawatan disebabkan lemahnya tentang pemahaman perawat dalam pengisian dokumentasi asuhan keperawatan selain itu, beban kerja yang tinggi juga mempengaruhi dalam pengisian dokumentasi. Banyak pihak menyebutkan kurangnya pendokumentasian keperawatan disebabkan karena banyak yang tidak tahu data apa saja yang harus dimasukkan dan bagaimana cara

dokumentasi yang benar. (Manurung et al., 2023).

Hasil penelitian (Wisuda & Putri, 2020). Bahwa diketahui distribusi frekuensi kinerja perawat lebih dari setengah memiliki asuhan keperawatan yang kurang baik yaitu sebanyak 75,0%. Sedangkan responden memiliki kinerja asuhan keperawatan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan yang berkategori baik yaitu sebanyak 25% dan memiliki masa kerja  $\geq 3$  tahun yaitu sebanyak 80,0 % serta lebih dari setengah berpendidikan D3 sebanyak 57,5 %.

Hasil penelitian (Instefjord, Aasekjær, Espehaugen, & Graverholt, 2020). Bahwa kualitas dokumentasi keperawatan yang rendah juga ditemukan di rumah sakit jiwa di Norwegia yang mana dokumentasi diagnosa keperawatan 19%, dokumentasi intervensi keperawatan 5%, hasil perawatan 14%. Menurut Gustina dan Maryam dalam (Manuhutu et al., 2020). di RS X, Jakarta, menyatakan bahwa mutu pelayanan yang masih rendah yang dicerminkan oleh pendokumentasian asuhan keperawatan belum lengkap dan tidak memenuhi standar asuhan keperawatan departemen kesehatan.

Dari wawancara Awal dengan kepala ruangan Interna, Bedah, dan Isolasi BLUD RSUD Kota Baubau menyatakan mereka terus memotivasi perawat untuk melakukan pencatatan terhadap semua tindakan yang dilakukan agar kualitas pelayanan keperawatan terus lebih baik. Dan dari hasil wawancara yang dilakukan oleh peneliti di ruang perawatan yang menyatakan banyaknya dokumentasi yang harus ditulis dan diisi sehingga terkadang perawat menjadi kewalahan,

perbandingan antara perawat-klien tidak seimbang di ruang-ruang tertentu klien selalu penuh sementara jumlah perawat shift kurang, selain itu beban kerja tinggi hal ini disebabkan karena jumlah pasien terlalu banyak, kurangnya tenaga keperawatan yang bertugas di ruang tersebut dan tugas tambahan lainnya sehingga tanggung jawab kerja makin berat. Serta kepatuhan perawat dalam pelaksanaan dokumentasi masih sering diabaikan sehingga hasil dokumentasi asuhan keperawatan yang diisi masih sering dikembalikan oleh rekam medik serta masih ada beberapa perawat dalam mengisi dokumentasi asuhan keperawatan tidak berdasarkan prosedur SAK sehingga cukup menuangkan apa yang ada dipikirkannya.

Pelayanan keperawatan yang ada di BLUD RSUD Kota Baubau sebagian besar masih bersifat okupasi, tindakan keperawatan yang dilakukan hanya pada pelaksanaan prosedur, pelaksanaan tugas hanya berdasarkan pada instruksi dokter sehingga layanan yang diberikan belum sesuai dengan tuntutan standar pendokumentasian. Pelaksanaan pelayanan keperawatan seperti ini kurang memungkinkan untuk memberikan pelayanan yang bermutu tinggi sehingga masih banyak yang mengeluh kurangnya kepuasan pasien terhadap pelayanan di Rumah sakit. Setiap ruang rawat inap yang ada di BLUD RSUD Kota Baubau pada dasarnya sudah memiliki *Standard Operating Procedure (SOP)*.

Dengan begitu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian analisis kinerja perawat dalam pelaksanaan

dokumentasi asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap BLUD RSUD Baubau.

## II. METHODS

Dalam penelitian ini menggunakan jenis penelitian kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Informan dalam penelitian ini terdiri dari informan kunci dan informan utama, informan kunci adalah kepala ruangan sedangkan informan utama adalah perawat yang bertugas di ruang rawat inap. Pengambilan sampling menggunakan metode consecutive sampling, dimana semua informan yang datang dan memenuhi kriteria pemilihan dalam penelitian sampai jumlah informan yang diperlukan terpenuhi. Jenis instrumen yang digunakan dalam penelitian ini yakni *handphone (Hp)* Iphone X, Ram 3 internal 64 GB dan pedoman wawancara.

## III. RESULT

Penelitian ini dilakukan di BLUD RSUD Kota Baubau dengan jumlah informan kunci 2 orang kepala ruangan dan 4 orang perawat informan utama.

Adapun hasil penelitian yang diperoleh adalah sebagai berikut:

a. Karakteristik Informan

Tabel 1. Karakteristik Informan

Subjek	JK	Umur (th)	Informan	Pendidikan	Tanggal Wawancara	Pekerjaan
Ny. F	P	35	Utama (I)	Ners	12-7-23	Perawat
Ny. E	P	42	Kunci (I)	S2	12-7-23	Karu
Tn. J	L	35	Kunci (II)	S2	13-7-23	Karu
Ny. Y	P	32	Utama (II)	D3	13-7-23	Perawat
Ny. S	P	39	Utama (III)	D3	17-7-23	Perawat
Ny. Si	P	43	Utama (IV)	Ners	18-7-23	Perawat

b. Hasil Penelitian Kualitatif

Tema dan bentuk dari hasil analisis berdasarkan jawaban informan saat peneliti melakukan wawancara yang mengacu pada tujuan penelitian. Didapatkan tema pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap BLUD RSUD Kota Baubau dan hambatan kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap BLUD RSUD Kota Baubau.

a) Apa yang anda ketahui tentang pendokumentasian asuhan keperawatan

1) Catatan perawat

*“Yah...pendokumentasian asuhan keperawatan itu kita menuliskan semua apa yang kita kerjakan,, kemudian kita membuat askep... jadi,, semua tindakan, implementasi kita catatkan kembali di lembar lesnya pasien” (Informan F)*

*“Oh itu semua dok... Eee...asuhan dokumentasinya itu kan setiap ee...pasien harus di...apa semuanya itu kan harus di Aaa..catat” (Informan Y)*

“Pendokumentasian asuhan keperawatan itu yaitu melakukan pencatatan dan pelaporan yang

eee...untuk setiap kegiatan yang dilakukan” (**Informan E**)

*“Kita menuangkan Eeeee apa yang kita kerjakan Eeeee mengenai,, tindakan keperawatan... toh yang kita lakukan ke pasien kita tuangkan ke les pasien sebagai bukti bahwa Eeee kita telah melakukan Tindakan keperawatan.” (Informan J).*

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan dapat disimpulkan bahwa pengetahuan perawat terhadap standar dokumentasi asuhan keperawatan merupakan pencatatan atau pelaporan dengan menulis semua tindakan yang dilakukan dan didokumentasikan di lembar les pasien sebagai bukti bahwa telah melakukan tindakan keperawatan.

b) Bagaimana Pemahaman Tentang Standar Dokumentasi Asuhan Keperawatan

1) Asuhan Keperawatan

*“Asuhan keperawatan dalam hal ini mulai dari Eeee...Eeee apa.. dia,, Eeee pertanyaan sub... data subjektifnya, obyektifnya pasien, kemudian TTVnya langsung disitu kita*

angkat masalah keperawatan. Kemudian kita menuliskan diagnosa keperawatan kita imp.. merencanakan intervensi dan evaluasi setiap shift. Seperti itu.”  
**(Informan F)**

“Eeee pemahaman saya eh sebagai perawat harus mengisi catatan keperawatan dengan lengkap dan jelas serta harus mengetahui apa saja yang harus dilakukan dituliskan pada lembar pendokumentasian asuhan keperawatan” **(Informan S)**

“Standar dokumentasi asuhan keperawatan itu kita mulai dari pengkajian kemudian Eeee, merencanakan toh,,, pengkajian kemudian merumuskan diagnosa kemudian merencanakan, kemudian implementasi yang terakhir itu dokku Eeee dokumentasi toh dokumentasi Eeee ada lagi satu evaluasi”  
**(Informan J)**

Hasil wawancara dengan informan dapat disimpulkan pemahaman terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan yaitu perawat harus mengetahui dan mengisi dokumentasi asuhan keperawatan dengan baik dan benar yang dimulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

c) Standar Yang Digunakan Perawat dalam Melakukan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Informan mengatakan dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan perawat menggunakan SDKI, SLKI, dan SIKI.

“Kalau di ruangan ini. Eee....kami sudah susun SAK. SAK itu kami referensinya pakai standar dari “PPNI” SDKI, SLKI, SIKI..”  
**(Informan J)**

“Kalau kita dirumah sakit kan ada namanya SAK. standar asuhan keperawatan yang dibuat di manajemen untuk referensinya itu...kebanyakan disini,, kita sudah pakai SDKI, SLKI dan SIKI ”  
**(Informan F)**

“Iya untuk standar dokumentasi asuhan keperawatan sekarang itu kami menggunakan, eee standar yang ditetapkan oleh “PPNI” mulai dari; standar diagnosis keperawatan indonesia, standar luaran keperawatan indonesia, maupun standar intervensi keperawatan indonesia. Itu yang berlaku pada rumah sakit saat ini.”  
**(Informan E)**

Hasil wawancara dengan informan dapat disimpulkan bahwa standar yang digunakan perawat dalam melakukan dokumentasi asuhan keperawatan yaitu SDKI, SLKI, dan SIKI. Untuk menentukan diagnosa keperawatan menggunakan Buku SDKI, untuk tujuan dan kriteria hasil menggunakan Buku SLKI sedangkan untuk menentukan intervensi keperawatan menggunakan buku SDKI.

d) Hasil wawancara tentang Bagaimana Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

1) Pelaksanaan Dokumentasi Pengkajian Keperawatan

a) Assessment keperawatan

“Pada saat menerima pasien kita mengkaji, kita tuliskan di lembar les,,,mulai dari pengkajian asesmen keperawatan.”  
**(Informan F)**

*“Ini ada lembar pengkajian Eeee,,, lembar pengkajian asesmen awal rawat inap toh” (Informan S)*

b) Pemeriksaan Head To Toe

*“Yang saya tahu pengkajian kita mengkaji secara keseluruhan dari Eeeee baik Eeeee Head To Toe”(Informan S)*

*“Tentunya kan pengkajian itu dilakukan nah pemeriksaan fisik itu biasanya kami lakukan secara Head To Toe” (Informan E)*

Disimpulkan bahwa pelaksanaan dokumentasi pengkajian keperawatan itu dilakukan mulai dari asesmen awal keperawatan dan pemeriksaan fisik secara head to toe.

2) Pelaksanaan Dokumentasi Diagnosa Keperawatan

a) Analisis Data

*“Hal ini mulai dari Eeeeeee.....Eeeee apa,,, dia. Eeeee pertanyaan Sub data subyektif,,, objektifnya pasien” (Informan F)*

*“Kalau diagnosa itu Eeee data subyektif dan data objektifnya” (Informan S)*

b) Masalah Keperawatan

*“Masalah-masalah yang ditemukan kemudian,,, Ehhhhh sampaikan ke katim kemudian sama sama merumuskan diagnosa keperawatan” (Informan J)*

*“Kita angkat masalah keperawatan,,, kemudian kita*

*menuliskan diagnosa keperawatan” (Informan F)*

Disimpulkan bahwa pelaksanaan dokumentasi diagnosa asuhan keperawatan yaitu melakukan analisa data dan masalah keperawatan untuk menentukan prioritas diagnosa keperawatan.

3) Pelaksanaan Dokumentasi Intervensi Keperawatan

a) Rencana Keperawatan berdasarkan Diagnosa Keperawatan

*“Saya tuliskan disini diagnosa keperawatan untuk menentukan Eeeee apa.... intervensi apa yang akan direncanakan itu kewajiban saya sebagai saya yang menerima pasien” (Informan F)*

*“Tadi sudah temukan masalah toh misalnya pasien BPH dia tidak bisa terpasang kateter,, dia tidak bisa kencing tanpa kateter.. selain itu apa lagi masalahnya ahhhh habis itu katim merencanakan eh membuat rencana tindakan keperawatan” (Informan J)*

Disimpulkan bahwa pelaksanaan intervensi keperawatan dapat disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah dirumuskan.

4) Pelaksanaan Dokumentasi Implementasi Keperawatan

a) Implementasi Disusun Sesuai Dengan Rencana

*“Untuk implementasinya Eeeee kan sudah disediakan tadi dari rencana asuhan sebanyak mungkin untuk rencananya” (Informan J)*

*“Implementasi itu ehhhh tindakan yang kita lakukan sesuai dengan rencana” (Informan S)*

Disimpulkan bahwa pelaksanaan implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan rencana keperawatan yang sudah disediakan untuk dilakukan tindakan keperawatan.

#### 5) Pelaksanaan Dokumentasi Evaluasi keperawatan

##### a) SOAP

*“Evaluasinya kita lihat lagi kondisinya bagaimana. Aaa... kan di evaluasi itu kan ada S, O, A, P, Eeee SOAP” (Informan Y)*

*“Evaluasinya itu dia yang bersifat....Nanti di lembar CPPT itu kita kan,,, dia aturan yang ditulis itu SOAP” (Informan F)*

*“Evaluasi itu Eee diakhir dinas kita ada evaluasi dii catat di CPPT namanya SOAP” (Informan J)*

*“Evaluasi keperawatan itu kami disini menggunakan sistem SOAP” (Informan E)*

Disimpulkan bahwa pelaksanaan dokumentasi evaluasi keperawatan disusun berdasarkan SOAP untuk melihat perkembangan pasien setelah diberikan asuhan keperawatan.

#### e) Hasil Observasi Tentang Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Hasil Observasi yang dilakukan dengan melihat dokumentasi atau arsip asuhan keperawatan yaitu masih ada kolom yang tidak terisi lengkap seperti kolom diagnosa, tujuan dan intervensi keperawatan serta masih ada kata tidak baku selain itu juga masih ada singkatan-singkatan yang dituliskan pada lembar les asuhan keperawatan.

#### f) Adakah Hambatan Saat Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

##### a) Beban Kerja

*“Eee itu hambatannya apa yaaa rata rata misalnya begini ehhh kalau lagi sibuknya misalnya; kalau lagi banyak pasien, lagi banyak ada kondisi pasien yang tidak bagus kemudian lagi rempong dan saat kita terima PBM, kendalanya juga kita perawat disini masih banyak melakukan tindakan yang bukan bagiannya kita; kaya oksigen habis, mengantar pasien itukan seharusnya tindakan dari evakuator kendalanya juga kita perawat disini masih banyak melakukan tindakan yang bukan bagiannya kita; kaya oksigen habis, mengantar pasien itukan seharusnya tindakan dari evakuator” (Informan F)*

*“Kalau di ruangan sini banyak sekali pasien toh banyak pasien sementara yang jaga itu kami disini 25 bad yang jaga itu lima per shift nah,,Kalau dia full bad itu kami hambatannya ehhhh waktu*

karna kan jumlah tenagannya kan terbatas sementara kan pendokumentasiannya harus lengkap” (**Informan E**)

- b) Kepatuhan Dalam Mengisi Dokumentasi Asuhan Keperawatan

“Um,,iyah. itu mih tadi eeee salah satunya kadang teman teman itu masalah kepatuhan,, harusnya saya yang melakukan tindakan saya juga yang menuliskan...tapi disini masih banyak,,masih ada beberapa dia yang melakukan lain yang menuliskan lain, kepatuhan pengisian dokumentasi itu masih kadang ada beberapa yang mengabaikan tidak banyak mhi mudah mudahan sambil berjalan ini sambil diperbaiki toh , menulis karena kita masih sering dikembalikan lesnya kita dari rekam medis artinya kita belum patuh” (**Informan F**)

“Masih ada beberapa tidak semuanya ada beberapa mereka tidak mau baca SAK jadi dituangkan apa yang ada dipikirannya” (**Informan J**)

Hasil wawancara dengan informan maka dapat menyimpulkan bahwa beban kerja dan kepatuhan dalam mengisi dokumentasi asuhan keperawatan menjadi salah satu faktor hambatan dalam melakukan dokumentasi asuhan keperawatan.

#### IV. DISCUSSION

##### Pengetahuan Asuhan Keperawatan Dokumentasi

Hasil wawancara pengetahuan perawat terhadap standar dokumentasi asuhan keperawatan merupakan pencatatan atau pelaporan dengan menulis semua tindakan yang dilakukan yang didokumentasikan di lembar les pasien sebagai bukti bahwa telah melakukan tindakan keperawatan.

Menurut (Burhanuddin Basri, Tri Utami, 2020) yang mengatakan bahwa dokumentasi asuhan keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan asuhan keperawatan yang berguna untuk kepentingan pasien, perawat atau tim kesehatan dalam memberikan pelayanan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab.

Berdasarkan hasil dan kajian teori disimpulkan bahwa pengetahuan tentang dokumentasi asuhan keperawatan adalah bentuk catatan atau laporan yang dilakukan perawat sebagai bukti bahwa telah melakukan tindakan keperawatan yang berguna bagi perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab.

Hasil penelitian ini selaras dengan teori Menurut (Burhanuddin Basri, Tri Utami, 2020) yang mengatakan bahwa dokumentasi asuhan keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang

dimiliki perawat dalam melakukan asuhan keperawatan yang berguna untuk kepentingan pasien, perawat atau tim kesehatan dalam memberikan pelayanan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab.

### **Pemahaman Perawat Terhadap Standar Pendokumentasian Asuhan Keperawatan**

Hasil wawancara dengan informan pemahaman terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan yaitu perawat harus mengetahui dan mengisi dokumentasi asuhan keperawatan dengan baik dan benar yang dimulai dari pengkajian, diagnose, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan teori menurut (Koerniawan et al., 2020) yang mengatakan bahwa pemahaman perawat terhadap dokumentasi asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.

### **Standar yang Digunakan Perawat Dalam Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit**

Hasil penelitian terkait standar baku yang digunakan perawat sementara dalam penyusunan, dengan adanya standar baku yang ditetapkan maka akan meningkatkan mutu dalam melakukan pencatatan keperawatan serta upaya dalam mewujudkan kualitas pelayanan yang lebih baik pada pasien selaku penerima pelayanan keperawatan. Standar yang digunakan perawat dalam dokumentasi asuhan keperawatan menggunakan standar yang ditetapkan oleh "PPNI" mulai dari

standar diagnosis keperawatan indonesia (SDKI), standar luaran keperawatan Indonesia (SLKI), dan standar intervensi keperawatan Indonesia (SIKI).

Berdasarkan hasil dan kajian teori diatas tentang Standar yang digunakan perawat dalam dokumentasi asuhan keperawatan peneliti dapat menyimpulkan standar yang digunakan perawat dalam pelaksanaan proses asuhan keperawatan yaitu menggunakan standar yang ditetapkan oleh "PPNI" mulai dari standar diagnosa keperawatan indonesia (SDKI), standar luaran keperawatan indonesia (SLKI), dan standar intervensi keperawatan indonesia (SIKI). Dalam menggunakan buku SDKI, SLKI, SIKI perawat harus mampu memahami dan menyesuaikan standar yang dibutuhkan dalam melakukan proses asuhan keperawatan sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien selaku penerima jasa pelayanan.

Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian (Kusumaningrum, 2022) tentang organisasi persatuan perawat nasional indonesia (PPNI) secara resmi mengeluarkan suatu standar yang menjadi pedoman bagi perawat dalam sebuah proses keperawatan yang merujuk pada sebuah standar dokumentasi. Kebijakan yang dilakukan PPNI merupakan sebuah upaya dalam mewujudkan kualitas pelayanan yang lebih baik pada pasien selaku penerima pelayanan kesehatan standar tersebut yakni standar diagnosis keperawatan indonesia,

standar luaran keperawatan indonesia, dan standar intervensi keperawatan indonesia, atau yang disingkat dengan SDKI, SLKI, dan SIKI.

### **Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Meliputi; Pengkjian, Diagnosa, Intervensi, Implementasi, dan Evaluasi**

#### **Pelaksanaan Dokumentasi Pengkajian Keperawatan**

Hasil wawancara dengan informan yang mengatakan bahwa pelaksanaan dokumentasi pengkajian keperawatan itu dilakukan mulai dari asesmen awal keperawatan dan pemeriksaan fisik secara *head to toe*.

Berdasarkan hasil penelitian diatas peneliti dapat menyimpulkan bahwa pengkajian keperawatan dilakukan mulai dari asesmen awal keperawatan disertai dengan pemeriksaan fisik secara *head to toe* untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien dan keluhan yang dirasakan pasien sejak pasien menerima pelayanan keperawatan. Mengingat pentingnya pengkajian keperawatan maka disarankan agar perawat mendapat pelatihan keterampilan melakukan pengkajian yang komprehensif dan berkesinambungan dalam melakukan asuhan keperawatan dengan benar agar asuhan keperawatan dapat berjalan dengan baik selain itu pemeriksaan fisik secara keseluruhan sangat perlu untuk memperoleh data secara sistematis dan komprehensif, untuk memastikan hasil anamnesa, menentukan masalah dan merencanakan tindakan keperawatan yang tepat bagi pasien.

### **Pelaksanaan Dokumentasi Diagnosa Keperawatan**

Hasil wawancara dengan informan bahwa pelaksanaan dokumentasi diagnosa keperawatan yaitu melakukan analisa data dan masalah keperawatan untuk menentukan prioritas diagnosa keperawatan.

Langkah-langkah dalam merumuskan standar diagnosa keperawatan terdiri dari; Diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan; Diagnosa keperawatan mencerminkan *Problem-Etiologi (PE)* dan *Problem-Etiology-Symptom (PES)*.

Berdasarkan dari hasil penelitian dan kajian teori diatas maka peneliti menyimpulkan bahwa pelaksanaan standar diagnosa keperawatan yaitu merumuskan diagnosa keperawatan berdasarkan analisis data yang diperoleh berdasarkan data subyektif, data obyektif, *symptom*, etiologi, problem, serta menentukan diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan. Dalam penegakan diagnosa keperawatan sangat bermanfaat dalam merencanakan asuhan keperawatan, memberikan kemudahan dalam mengatasi masalah pasien, serta dapat membuat perawat mempertimbangkan dalam mengambil keputusan sehingga dalam menentukan diagnosa keperawatan sangat penting untuk pelaksanaan proses asuhan keperawatan dalam mengidentifikasi pasien dan masalah yang terjadi sehingga asuhan keperawatan yang direncanakan dan keputusan yang diambil dapat menjadi tepat.

### **Pelaksanaan Dokumentasi Intervensi Keperawatan**

Hasil wawancara dengan informan bahwa pelaksanaan intervensi keperawatan dapat disusun berdasarkan diagnosa keperawatan yang telah dirumuskan yang menjadi petunjuk dalam merumuskan tujuan dan kriteria hasil, dalam merencanakan intervensi tindakan keperawatan.

Menurut (Burhanuddin Basri, Tri Utami, 2020) tentang pelaksanaan intervensi keperawatan yang mengatakan bahwa menyusun rencana tindakan berdasarkan tujuan, kriteria hasil, dan menyusun sesuai dengan rencana tindakan keperawatan.

Berdasarkan dari hasil penelitian dan kajian teori diatas maka peneliti menyimpulkan pelaksanaan intervensi keperawatan dirumuskan berdasarkan diagnosa keperawatan yang menjadi petunjuk dalam merumuskan tujuan dan kriteria hasil dalam merencanakan intervensi keperawatan. Langkah yang harus dilakukan yaitu menentukan prioritas masalah, menuliskan kriteria dan tujuan hasil. Agar intervensi keperawatan dilaksanakan dengan baik maka dalam membuat suatu perencanaan seorang perawat harus belajar menentukan prioritas, merumuskan tujuan, dan membuat intervensi melalui perencanaan perawatan. Maka perawat akan memiliki kemampuan dalam memecahkan masalah serta menentukan keputusan yang dibuat.

#### **a) Pelaksanaan Dokumentasi Implementasi Keperawatan**

Berdasarkan hasil penelitian dengan informan bahwa pelaksanaan implementasi keperawatan dilaksanakan berdasarkan rencana keperawatan yang sudah disediakan untuk dilakukan tindakan keperawatan.

Dari hasil penelitian dan kajian teori maka peneliti menyimpulkan implementasi keperawatan dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan. Implementasi keperawatan adalah serangkaian perilaku perawat yang berkoordinasi dengan pasien, keluarga dan anggota tim kesehatan lain untuk membantu masalah kesehatan pasien yang sesuai dengan perencanaan dan kriteria hasil yang telah ditentukan dengan cara mengawasi dan mencatat respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Agar implementasi keperawatan dilaksanakan dengan baik maka perawat harus melakukan proses keperawatan secara benar agar pemberian asuhan keperawatan terhadap pasien berjalan dengan maksimal.

#### **b) Pelaksanaan Dokumentasi Evaluasi Keperawatan**

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan bahwa pelaksanaan dokumentasi evaluasi keperawatan disusun menggunakan sistem SOAP untuk melihat perkembangan pasien setelah diberikan asuhan keperawatan mulai dari data subyektif (S), obyektif (O), assessment (A), dan planing (P).

Menurut (Burhanuddin Basri, Tri Utami, 2020) tentang evaluasi keperawatan yaitu menilai suatu respon pasien meliputi subjek, obyek, pengkajian kembali asesmen, rencana tindakan (*planing*).

Berdasarkan dari hasil penelitian dan kajian teori diatas maka peneliti menyimpulkan pelaksanaan evaluasi keperawatan yaitu melihat kembali respon pasien mulai dari data subyektif (S), obyektif (O), *assessment* (A), dan *planning* (P). Evaluasi keperawatan sangat penting dilakukan untuk menilai tindakan keperawatan yang diberikan berhasil atau tidak karena sangat bermanfaat dalam menentukan perkembangan kesehatan pasien, untuk menilai efektifitas, efisiensi asuhan keperawatan yang telah diberikan.

### **Hambatan Saat Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan**

Hasil wawancara tentang hambatan dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan yang terdiri dari beban kerja meliputi perbandingan antara perawat dan pasien tidak seimbang, pasien selalu penuh sementara pendokumentasian harus lengkap dan pekerjaan yang seharusnya tidak dikerjakan perawat misalnya oksigen habis, mengantar pasien yang seharusnya tindakan tersebut dilakukan oleh evaluator dan kepatuhan dalam mengisi dokumentasi asuhan keperawatan menjadi salah satu faktor hambatan dalam melakukan dokumentasi asuhan keperawatan karena kurang memiliki rasa tanggung jawab, kurang disiplin, serta tidak menaati prosedur SAK sehingga cukup menuangkan apa yang ada dipikirannya saja.

Menurut Teori (Widyanti et al., 2021) tentang faktor-faktor yang mempengaruhi kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan yang menjadi hambatan dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan terdiri dari; Beban kerja yang tinggi terjadi karena tidak sebandingnya

tenaga perawat dengan pasien, pekerjaan yang seharusnya tidak dikerjakan oleh perawat. Sehingga akan mempengaruhi penurunan hasil kerja seorang perawat dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan serta kepatuhan perawat dalam mengisi pencatatan asuhan keperawatan.

Berdasarkan hasil penelitian dan kajian teori diatas tentang hambatan saat melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan peneliti menyimpulkan bahwa tingginya beban kerja tidak sebanding dengan tenaga kesehatan. Dapat menjadi faktor penghambat dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan karena banyak tugas yang harus dikerjakan sementara waktunya kurang dan kepatuhan merupakan faktor yang menjadi hambatan dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan karena kurangnya rasa tanggung jawab, kurang disiplin, dan kepatuhan terhadap prosedur dalam melakukan SAK itu tidak dilakukan sesuai dengan ketentuannya.

Hasil penelitian ini selaras dengan penelitian (Zalukhu, 2020) tentang hambatan dalam pelaksanaan dalam dokumentasi asuhan keperawatan yang mengatakan bahwa perawat yang mempunyai beban kerja tinggi mempengaruhi produktivitas kinerja perawat dalam dokumentasi asuhan keperawatan semakin banyak jumlah pasien akan meningkatkan beban kerja dan pada akhirnya akan berpengaruh terhadap kualitas pelayanan keperawatan dan kepatuhan perawat dalam mengisi dokumentasi asuhan keperawatan sehingga kurang memiliki rasa tanggung jawab, kurang disiplin.

## V. CONCLUSION

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di RSUD BLUD Kota Baubau dilakukan sudah sesuai dengan format asuhan keperawatan baik dari segi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan.
2. Hambatan pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan didapatkan bahwa perbandingan antara perawat dan pasien tidak seimbang di ruang ruang tertentu pasien selalu penuh sementara pendokumentasian harus lengkap dan pekerjaan yang seharusnya tidak dikerjakan perawat misalnya oksigen habis, mengantar pasien yang seharusnya tindakan tersebut dilakukan oleh evaluator, Serta kepatuhan perawat dalam pelaksanaan dokumentasi masih sering diabaikan sehingga hasil dokumentasi asuhan keperawatan yang diisi masih sering dikembalikan oleh rekam medik serta masih ada beberapa perawat dalam mengisi dokumentasi asuhan keperawatan tidak berdasarkan prosedur SAK cukup menuangkan apa yang ada dipikirannya.

## REFERENCES

- Burhanuddin Basri, Tri Utami, E. M. (2020). *Konsep Dasar Dokumentasi Keperawatan* (M. Haekal Nafiz (ed.)). CV. Media Sains Indonesia.
- Desrison, D., & Ratnasari, S. L. (2018). Kinerja Perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Sawahlunto. *Jurnal Bening*, 5(2), 91.
- Koerniawan, D., Daeli, N. E., & Srimiyati, S. (2020). Aplikasi Standar Proses Keperawatan: Diagnosis, Outcome, dan Intervensi pada Asuhan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(2), 739–751. <https://doi.org/10.31539/jks.v3i2.1198>
- Kusumaningrum, P. R. (2022). Penerapan 3S (SDKI, SLKI, SIKI) dalam Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit. *Jurnal Abdi Masyarakat Indonesia*, 2(2), 577–582. <https://doi.org/10.54082/jamsi.293>
- Manuhutu, F., Novita, R. V. ., & Supardi, S. (2020). PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN OLEH PERAWAT PELAKSANA SETELAH DILAKUKAN PELATIHAN SUPERVISI KEPALA RUANG DI RUMAH SAKIT X, KOTA AMBON. *Jurnal Ilmiah Perawat Manado (Juiperdo)*, 8(01), 171–191. <https://doi.org/10.47718/jpd.v8i01.1150>
- Manurung, M. E. M., Sianipar, C. M., & Silalahi, V. (2023). Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Perilaku Perawat Dalam Pendokumentasian Keperawatan di RSU Daerah Porsea. *Jurnal Keperawatan Cikini*, 4(1), 15–23.
- Tanauma, M. N., Kaunang, E. D., Kaseke, M. M., & Surya, W. S. (2023). Faktor-faktor yang Berhubungan dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Pusat Ratatotok Buyat. *E-CliniC*, 11(2), 176–184. <https://doi.org/10.35790/ecl.v11i2.44901>
- Tandi, D., Syahrul, S., & Erika, K. A. (2020). Kualitas Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit: Literature Review (Quality of Nursing Care Documentation in Hospital : a Literature Review). *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 9(1), 12–20.
- Widyanti, S., Sumarni, T., & Kurniawan, W. E. (2021). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan. *Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan Aisyiyah*, 16(2), 186–195. <https://doi.org/10.31101/jkk.1665>
- Wisuda, A. C., & Putri, D. O. (2020). KINERJA PERAWAT PELAKSANA DALAM PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN DI INSTALASI RAWAT INAP. *Jurnal 'Aisyiyah Medika*, 4, 230–238. <https://doi.org/10.36729/jam.v4i2.223>
- Zalukhu, J. (2020). Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan. *Junimiserya Zalukhu*, 1–10.

## BIOGRAPHY

### **First Author**

Israyana, Dosen tetap di Program Studi Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) IST Buton. Memiliki pengalaman mengajar sejak tahun 2022. Menyelesaikan studi S2 di Universitas Muhammadiyah Jakarta tahun 2020 mengambil magister keperawatan konsentrasi manajemen keperawatan. Pengalaman di bidang penelitian yang telah terpublikasi di Jurnal Ilmiah Obsgin Jurnal Ilmiah kebidanan dan Kandungan pada tahun 2023. Korespondensi melalui email : israyana415@gmail.com

### **Second Author**

Muhamad Ikhsan, Dosen tetap di Program Studi Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) IST Buton. Memiliki pengalaman mengajar sejak tahun 2022, dengan bidang keilmuan Kesehatan Reproduksi. Menyelesaikan studi Magister (S-2) di Program Studi Magister Kesehatan Masyarakat Universitas Muslim Indonesia pada tahun 2019. Pengalaman di bidang penelitian yang telah terpublikasi di Jurnal Ilmiah Obsgin Jurnal Ilmiah kebidanan dan Kandungan pada tahun 2023. Korespondensi melalui email : muhammadikhsan90@gmail.com