

## Nursing Care Documentation Analysis Based on Standard Nursing Care Evaluation Instruments

Usman Sasyari<sup>1\*</sup>, Fitri Nurlina<sup>1</sup>, Yuyun Solihatin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Nursing Department, Faculty of Health, Universitas Muhammadiyah Tasikmalaya, Indonesia

### Article Information

Received: 20 June 2023  
Revised: 13 July 2023  
Available online: 28 July 2023

### Keywords

Nursing Care  
Documentation; SAK

### \*Correspondence

Phone: (+62)82262626060

E-mail:

[usman.sasyari@umtas.ac.id](mailto:usman.sasyari@umtas.ac.id)

### ABSTRACT

The completeness of nursing care documentation has been set at a minimum standard of 85%. This is to show the patient's condition which is seen not only from the level of pain but also from the type, quality and quantity of services that have been provided by nurses in meeting patient needs. This study aims to analyze the completeness of nursing care documentation based on SAK evaluation instruments. The method used is descriptive with a documentary study using SAK. The results showed that the completeness of the assessment was 100%, the diagnosis was 90%, the intervention was 86.6%, the implementation was 100%, and the progress record was 100%. It is recommended that there be continuous and consistent evaluation by the field of nursing on nursing care documentation.

### PENDAHULUAN

Standar pelayanan dan standar asuhan keperawatan berfungsi sebagai alat ukur untuk mengetahui, memantau dan menyimpulkan apakah pelayanan/asuhan keperawatan yang diselenggarakan di rumah sakit sudah mengikuti dan memenuhi persyaratan-persyaratan yang ditetapkan dalam standar tersebut. Bila pelayanan sudah mengikuti dan sesuai dengan persyaratan-persyaratan maka dapat disimpulkan bahwa pelayanan paling sedikit sudah dapat dipertanggungjawabkan, termasuk mutunya. Bila mutu pelayanan dapat dipertanggungjawabkan maka dapat dikatakan bahwa mutu pelayanan juga harus dianggap baik (Juniarti et al., 2020). Untuk mengetahui tingkat keberhasilan penerapan standar ini, perlu dilakukan

penilaian secara objektif dengan menggunakan metode penerapan dan instrumen penilaian yang baku. Instrument Evaluasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan ini terdiri (1) Pedoman Studi Dokumentasi Asuhan Keperawatan yang selanjutnya disebut instrument A, (2) Angket yang ditujukan kepada pasien dan keluarga untuk memperoleh gambaran tentang persepsi pasien terhadap mutu asuhan keperawatan yang selanjutnya disebut instrument B, (3) Pedoman Observasi Pelaksanaan Tindakan Keperawatan selanjutnya disebut instrument C. Ketiga jenis instrumen ini satu sama lain saling terkait. Instrument penelitian ini dapat digunakan di semua rumah sakit, yaitu di RS Khusus dan RSU

kelas A, B, dan C baik RS Pemerintah maupun swasta.

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat (Menkes RI, 2012). Dengan meningkatnya kesadaran masyarakat akan mutu pelayanan kesehatan, rumah sakit harus bekerja ekstra dalam memberikan pelayanan yang baik untuk menghasilkan kepuasan bagi masyarakat itu sendiri.

Sesuai dengan kondisi rumah sakit pada saat sekarang, penerapan standar asuhan keperawatan dilakukan secara bertahap. Sehubungan dengan hal tersebut maka program penilaian penerapan standar asuhan keperawatan harus dilihat dari kualitas dokumentasi asuhan keperawatan. Dokumentasi keperawatan adalah informasi tertulis yang akan menjadi dasar penjelasan (desiminasi) tentang keadaan pasien terhadap tindakan medis, tindakan perawatan, serta reaksi pasien terhadap penyakitnya (Pramithasari, 2016).

Dokumentasi asuhan keperawatan adalah suatu dokumen atau catatan yang berisi data tentang keadaan pasien yang dilihat tidak saja dari tingkat kesakitan akan tetapi dilihat dari jenis, kualitas dan kuantitas dari layanan yang telah diberikan perawat dalam pemenuhan kebutuhan pasien (Ali, 2018). Dalam suatu hasil penelitian yang terkait dengan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan. (Wulandari, 2016) menemukan bahwa kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan 64,29 %. Dari hasil tersebut masih dibawah standar ketetapan yang diatur oleh kemenkes di bawah 85, maka pendokumentasian asuhan keperawatan tersebut tidak lengkap.

Selain itu, dokumentasi asuhan keperawatan dapat meningkatkan kualitas keperawatan serta membantu perawat dalam memberikan perawatan secara optimal dan berkelanjutan dengan cara menulis dokumentasi dengan benar (Tri Busono, 2009). Dengan berkembangnya permintaan masyarakat terhadap pelayanan keperawatan yang berkualitas maka pelayanan keperawatan menjadi pertimbangan penting dalam pengembangan rumah sakit (Ali, 2018).

Kegiatan pendokumentasian meliputi keterampilan berkomunikasi, keterampilan mendokumentasikan proses keperawatan sesuai dengan standar asuhan keperawatan. Salah satu keterampilan komunikasi dalam asuhan keperawatan yaitu komunikasi dalam pendokumentasian asuhan keperawatan (Firadika, 2020). Pendokumentasian asuhan keperawatan yang sesuai dengan standar asuhan keperawatan dapat meningkatkan penilaian dalam mutu asuhan keperawatan. Kapan saja perawat melihat pencatatan kesehatan, maka perawat dapat memberi dan menerima pendapat dan pemikiran. Kenyataannya, semakin kompleksnya pelayanan keperawatan dan peningkatan kualitas keperawatan, perawat tidak hanya dituntut untuk meningkatkan kualitas pelayanan, tetapi dituntut untuk mendokumentasikan secara benar (Artika, 2016).

Menurut Prabowo (2017) dalam (Fitri et al., 2019) Dokumentasi keperawatan merupakan alat yang sangat penting yang dapat di gunakan sebagai indikator sebuah pelaksanaan asuhan keperawatan di rumah sakit. Dokumentasi keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki tenaga keperawatan. Pencatatan dokumentasi keperawatan itu berguna untuk kepentingan pasien, para

perawat serta seluruh tim kesehatan yang bekerja memberikan pelayanan kesehatan kepada satu orang pasien itu (Simanjuntak, 2018).

## METODE

Metode penelitian yang digunakan oleh peneliti adalah deskriptif yang bertujuan untuk menggambarkan evaluasi dokumentasi asuhan keperawatan berdasarkan instrumen evaluasi SAK. Pengumpulan data menggunakan studi dokumentasi asuhan keperawatan di ruang Rekam Medis.

## HASIL

Hasil penelitian yang telah dilaksanakan dapat dilihat pada tabel di bawah ini;

**Tabel Distribusi Frekuensi Dokumentasi Asuhan Keperawatan berdasarkan Instrumen evaluasi SAK**

Aspek Evaluasi	Standar	Hasil capaian	
			%
Pengkajian	40	40	100
Dx Keperawatan	30	27	90
Intervensi	60	52	86,6
Implementasi	40	36	90
Evaluasi	20	20	100
Catatan Perkembangan	50	50	100

tabel di atas menunjukkan bahwa kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan berdasarkan instrumen evaluasi SAK, kelengkapan pengkajian sebesar 100%, kelengkapan diagnosa keperawatan sebesar 90%, kelengkapan intervensi sebesar 86,6%, kelengkapan implementasi sebesar 90%, kelengkapan evaluasi sebesar 100%, dan kelengkapan catatan perkembangan sebesar 100%.

## PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan adanya ketidak lengkapan dokumentasi asuhan keperawatan khususnya pada tahap diagnosa keperawatan, intervensi, dan evaluasi. Persentasi tersebut masih di atas standar minimal yang telah ditetapkan yaitu sebesar 85%.

Dokumentasi keperawatan mempunyai makna penting dalam aspek hukum,

kualitas pelayanan, komunikasi, pendidikan, penelitian, dan akreditasi (Sugiyati, 2018). Dokumentasi keperawatan adalah bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan catatan perawatan yang berguna untuk kepentingan klien, perawat dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab perawat (Maghfuri, 2014). Menurut (Yanti et al., 2017) dokumentasi asuhan keperawatan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, perumusan, diagnosa, perencanaan implementasi, dan evaluasi sebagai metode ilmiah penyelesaian masalah keperawatan pada pasien untuk meningkatkan outcome pasien.

Menurut (Setiadi, 2020), tujuan dari dokumentasi keperawatan yaitu:

**Sebagai sarana komunikasi.** Dokumentasi yang dikomunikasikan secara akurat dan lengkap dapat berguna untuk membantu koordinasi asuhan keperawatan yang diberikan oleh tim kesehatan, mencegah informasi yang berulang terhadap pasien atau anggota tim kesehatan atau mencegah tumpang tindih, bahkan sama sekali tidak dilakukan untuk mengurangi kesalahan dan meningkatkan ketelitian dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien, membantu tim perawat dalam menggunakan waktu sebaik-baiknya.

**Sebagai Tanggung Jawab dan Tanggung Gugat.** Sebagai upaya untuk melindungi klien terhadap kualitas pelayanan keperawatan yang diterima dan perlindungan terhadap keamanan perawat dalam melaksanakan tugasnya maka perawat diharuskan mencatat segala tindakan yang dilakukan terhadap klien.

**Sebagai Informasi Statistik.** Data statistik dari dokumentasi keperawatan dapat membantu merencanakan kebutuhan di masa mendatang, baik SDM, sarana, prasarana dan teknis.

**Sebagai Sarana Pendidikan.** Dokumentasi asuhan keperawatan yang dilaksanakan secara baik dan benar akan membantu para siswa keperawatan maupun siswa kesehatan lainnya dalam proses belajar mengajar untuk mendapatkan pengetahuan dan membandingkannya, baik teori maupun praktik lapangan.

**Sebagai Sumber Data Penelitian.** Informasi yang ditulis dalam dokumentasi dapat digunakan sebagai sumber data penelitian. Hal ini sarat kaitannya dengan yang dilakukan terhadap asuhan keperawatan yang diberikan sehingga melalui penelitian dapat diciptakan satu bentuk pelayanan keperawatan yang aman, efektif dan etis.

**Sebagai Jaminan Kualitas Pelayanan Kesehatan.** Dokumentasi yang dilakukan dengan baik dan benar, diharapkan asuhan keperawatan yang berkualitas dapat dicapai, karena jaminan kualitas merupakan bagian dari program pengembangan pelayanan kesehatan. Suatu perbaikan tidak dapat diwujudkan tanpa dokumentasi yang kontinu, akurat, dan rutin baik yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga kesehatan lainnya.

**Sebagai Sumber Data Perencanaan Asuhan Keperawatan Berkelanjutan.** Dokumentasi akan didapatkan data yang aktual dan konsisten mencakup seluruh kegiatan keperawatan yang dilakukan melalui tahapan kegiatan proses keperawatan.

Ketidak lengkapan dokumentasi yang ditemukan terletak pada ketidak sesuaian substantif pada penulisan. Substansi isi yang tidak memenuhi prinsip-prinsip dalam penulisan dokumentasi asuhan keperawatan dapat saja menyebabkan salahnya informasi yang akan didapatkan oleh perawat yang bekerja dalam tim tersebut, sehingga dapat menyebabkan ketidak sesuaian layanan yang diberikan kepada pasien.

## KESIMPULAN DAN SARAN

Adanya ketidak lengkapan dokumetasi asuhan keperawatan pada tahap diagnosa keperawatan, intervensi, dan implementasi.

Direkomendasikan adanya evaluasi secara berkesinambungan dan konsisten oleh bidang keperawatan terhadap dokumentasi asuhan keperawatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ali, Z. (2018). *Dasar-dasar Dokumentasi Keperawatan*. EGC.
- Artika, Y. (2016). *Gambaran Pelaksanaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Bangsal Bougenvil Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta*.
- Depkes RI. (2005). *Intrumen Evaluasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit*. Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Ermawati, Dalami, & Rochimah. (2021). *Dokumentasi Keperawatan*. Trans Info Media.
- Firadika, A. N. R. (2020). *Hubungan Pengetahuan Perawat Tentang Dokumentasi Asuhan Keperawatan Dengan Kelengkapan Pengisian Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Rs. Islam Faisal Makassar*.
- Fitri, Tugobu, & Dkk. (2019). Faktor-faktor yang berhubungan dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Daerah Kota Tidore Kepulauan. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8.
- Juniarti, R., Somantri, I., & Nurhakim, F. (2020). Gambaran Kualitas Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Dr . Slamet Garut. *Jurnal Keperawatan BSI*, 8(2), 163–172.
- Maghfuri. (2014). *Buku Pintar Keperawatan Konsep dan Aplikasi*. TIM.
- Nursalam. (2017). *Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Salemba Medika.
- Nursalam. (2017). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Salemba Medika.
- Pramithasari, I. D. (2016). *Gambaran Kinerja Perawat Dalam Mendokumentasikan*

- Asuhan Keperawatan Berbasis Komputer Di Rsud Banyumas. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 1(1).
- Setiadi. (2020). Konsep & Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan. Graha Ilmu.
- Simanjuntak, Y. T. (2018). Gambaran pelaksanaan Dokumentasi Asuhan keperawatan Di Ruang Fransiskus Rumah Sakit Elisabeth.
- Sugiyati, S. (2018). Hubungan Pengetahuan Perawat dalam Dokumentasi Keperawatan dengan Pelaksanaannya di Rawat Inap RSI.
- Tri Busono, P. B. (2009). Evaluasi Penerapan Model Praktek Keperawatan Profesional Di Ruang Maranatha I Rumah Sakit Mardi Rahayu Kudus. 27–32.
- Wulandari, R. I. (2016). Hubungan Beberapa Faktor Determinan dengan Kualitas Data Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Kota Bekasi Tahun 2015. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 4(1), 92–99.
- Yanti, Ida, Retyaningsih, Edi, W., & Bambang. (2017). Hubungan Karakteristik Perawat, Motivasi, dan Supervisi dengan Kualitas Dokumentasi Proses Asuhan Keperawatan. *Jurnal Managemen Keperawatan*, 1(2), 107–114.