



**GAMBARAN KELENGKAPAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN
DI PUSKESMAS CERME KABUPATEN GRESIK**

SKRIPSI

Oleh
Raden Dhimas Prayoga
NIM 182310101126

**PROGRAM STUDI SARJANA ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

2023



**GAMBARAN KELENGKAPAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN
DI PUSKESMAS CERME KABUPATEN GRESIK**

SKRIPSI

Diajukan guna melengkapi tugas akhir sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi Sarjana Keperawatan Fakultas Keperawatan (S1) dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan

Oleh

Raden Dhimas Prayoga

NIM 182310101126

**PROGRAM STUDI SARJANA ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

2023

SKRIPSI

**GAMBARAN KELENGKAPAN DOKUMENTASI ASUHAN
KEPERAWATAN DI PUSKESMAS CERME KABUPATEN GRESIK**

oleh:

Raden Dhimas Prayoga

NIM 182310101126

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Retno Purwandari, M.Kep.

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Dicky Endrian Kurniawan, M.Kep.

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

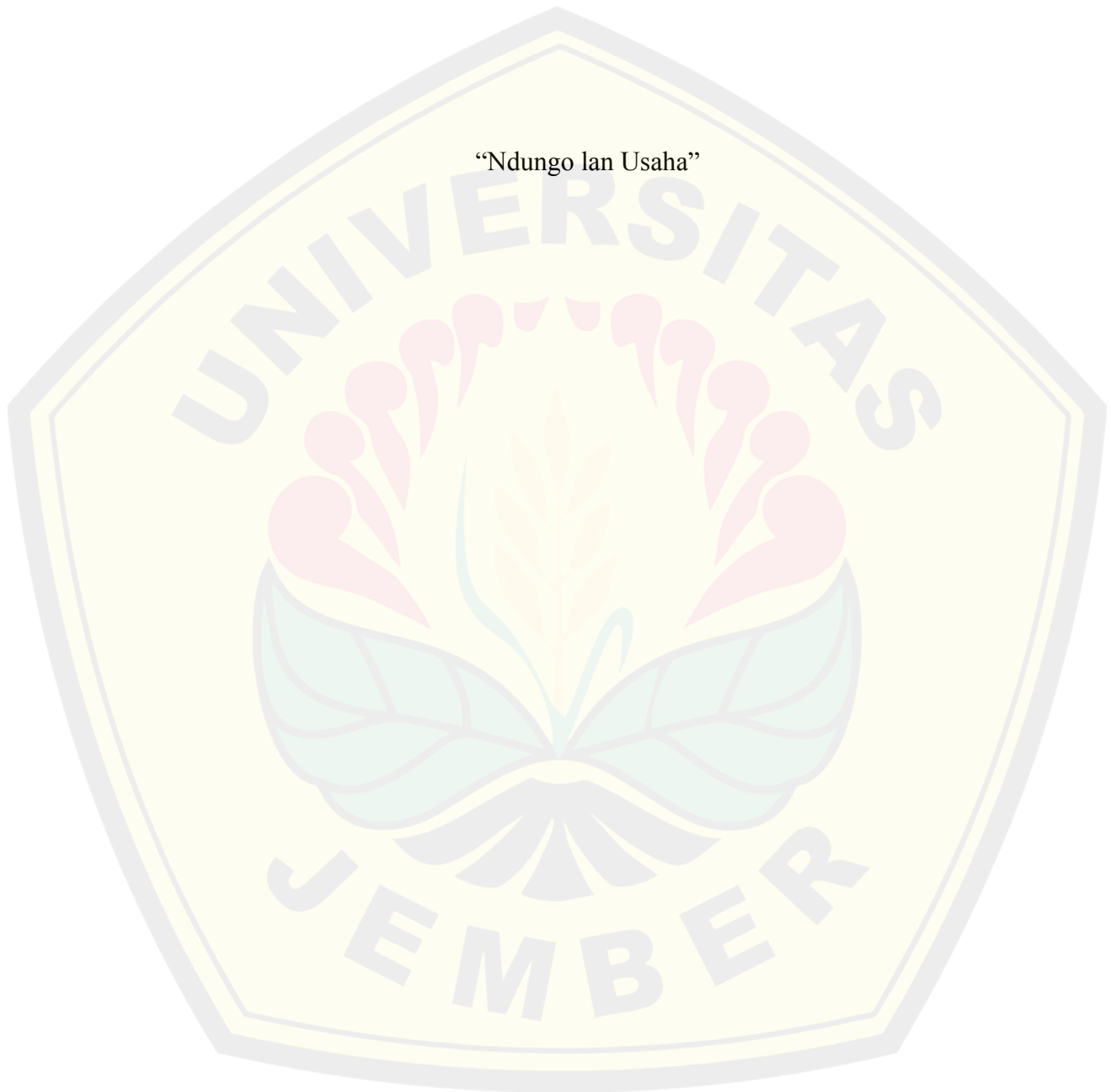
1. Mama, bapak, yang telah memberikan dukungan do'a, motivasi, mental, dan keuangan tidak pernah putus untuk kelancaran proses hingga saat ini;
2. Seluruh keluarga yang telah memberikan dorongan dan dukungan agar saya dapat menyelesaikan skripsi ini tepat pada waktunya;
3. Almamater Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember dan seluruh Bapak/Ibu Dosen;
4. Almamater SDN Sememi 1 Surabaya, SMPN 26 Surabaya, SMAN 11 Surabaya, dan seluruh Bapak/Ibu Guru yang telah memberikan ilmu yang bermanfaat kepada saya;
5. Seluruh teman seperjuangan angkatan 2018 Fakultas Keperawatan Universitas Jember khususnya kelas C dan sahabat-sahabat tersayang yang selalu memberikan dukungan, semangat, do'a dan bantuan selama proses pembuatan skripsi ini;
6. Semua pihak yang turut membantu dan memberikan dukungan untuk kelancaran agar skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.

MOTO

“Sesungguhnya Allah tidak akan mengubah keadaan suatu kaum sehingga mereka
mengubah keadaan yang ada pada diri mereka sendiri”

(QS. Ar-Rad:11)

“Ndungo lan Usaha”



*)) Departemen Agama Republik Indonesia. 2005. Al-Aliyy Al-Qur'an dan
Terjemahannya. Bandung: CV Penerbit Diponegoro

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Raden Dhimas Prayoga

NIM : 182310101126

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Gambaran Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali kutipan yang sudah saya sebutkan sumbernya, belum pernah diajukan pada institusi manapun, dan bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak mana pun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 10 Januari 2023

Yang menyatakan,



(Raden Dhimas Prayoga)

NIM182310101126

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi Berjudul “Gambaran Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik” karya Raden Dhimas Prayoga telah diuji dan disahkan pada:

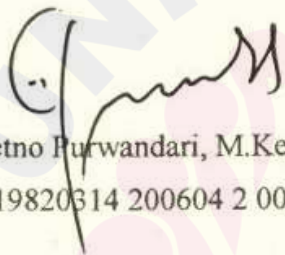
Hari, Tanggal : Selasa, 17 Januari 2023

Tempat : Fakultas Keperawatan Universitas Jember

Mengetahui,

Dosen Pembimbing Utama

Dosen Pembimbing Anggota



Ns. Retno Purwandari, M.Kep.
NIP. 19820314 200604 2 002



Ns. Dicky Endrian Kurniawan, M.Kep.
NRP. 760016846

Penguji I



Ns. Anisah Ardiana, M.Kep., Ph.D.
NIP. 19800417 200604 2 002

Penguji II



Ns. Alfid Tri Afandi, M.Kep.
NRP. 760016845

Mengesahkan,

Dekan Fakultas Keperawatan

Universitas Jember



Ns. Lantia Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.

NIP. 19730323 200601 1 002

Gambaran Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik

(Completeness of Nursing Documentation in the Inpatient Ward of Public Health Center)

Raden Dhimas Prayoga

Fakulty of Nursing, University of Jember

ABSTRACT

Nurse is one of the medical workforce who provides health services to people through nursing diagnosis. In its implementation, a nurse has to record or make documentation for the entire nursing care process. The completeness of the nursing documentation is one indicator of success in executing the nursing care process. The purpose of this study is to describe the completeness of nursing documentation at the Cerme Health Center, Gresik Regency. The research method employed is a retrospective descriptive research design, with a total sampling of 288 nursing care documents collected from January to August 2022. The research instrument was a questionnaire that complied with the Ministry of Health's standard nursing care and had been modified with 20 assessments of nursing care documentation. Findings indicate that the Cerme Health Center in Gresik Regency applied the Problem Intervention/Implementation Evaluation (PIE) documentation format, and it obtained an average completeness score of 59.1% for 288 nursing care documents, with aspects of nursing assessment and implementation having the highest average completeness, specifically 73.4%. Furthermore, the nursing diagnostic aspect had a 65% average completeness, the nursing intervention aspect had a 51.0% average completeness, and the nursing assessment aspect had the lowest average completeness, specifically 31.3%. The results of this study are still not optimal. This is due to an assortment of conditions, such as the limited format of nursing documentation and the relatively small number of nursing staff. As a result, the Cerme Health Center needs to update the nursing documentation format and provide the nursing staff with nursing documentation training. This aims to achieve considerably better nursing documentation results.

Keywords: *completeness of nursing documentation, nursing care, primary health center.*

RINGKASAN

Gambaran Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik; Raden Dhimas Prayoga; 182310101126; 2022; xiv + 87 Halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Jember.

Dokumentasi keperawatan adalah catatan tentang cara perawat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, termasuk ruang lingkup dan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan serta pertanggungjawaban dan tanggung gugatnya. Pendokumentasian keperawatan bersifat wajib bagi seorang perawat karena mengacu pada tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam menyelesaikan permasalahan kesehatannya. Dokumentasi keperawatan dilakukan disegala fasilitas kesehatan seperti di rumah sakit, puskesmas, ataupun klinik kesehatan. Puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama digunakan sebagai penyelenggara peningkatan kesehatan masyarakat secara holistik meliputi preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif yang harus dapat mencapai derajat kesehatan dan kesejahteraan masyarakat luas. Dalam proses pencapaian tersebut, salah satu upaya puskesmas yang diberikan kepada masyarakat yaitu melalui proses perencanaan hingga pelaporan dalam pendokumentasian keperawatan. Oleh karena itulah pentingnya perawat melakukan pendokumentasian keperawatan secara lengkap dan sesuai standar yang telah ditetapkan

Penelitian ini memberikan gambaran terkait kelengkapan dokumentasi keperawatan di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik. Dokumentasi keperawatan secara komprehensif meliputi dokumentasi pengkajian keperawatan, dokumentasi diagnosis keperawatan, dokumentasi perencanaan keperawatan, dokumentasi tindakan keperawatan, dokumentasi evaluasi keperawatan. Desain penelitian ini yaitu deskriptif dengan menggunakan *total sampling*. Populasi penelitian ini adalah dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien rawat inap Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik yang tercatat pada bulan Januari tahun 2022 sampai bulan Agustus 2022 yaitu sejumlah 288. Penelitian ini telah diuji etik pada Komisi Etik Penilaian Kesehatan (KEPK) Fakultas Keperawatan Universitas Jember dan

mendapatkan sertifikat uji etik dengan nomor 169/UN25.1.14/KEPK/2022. Instrumen yang digunakan pada penelitian ini yaitu instrument standar asuhan keperawatan yang dimodifikasi dari penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Aini (2018). Teknik pengumpulan data dengan cara mengajukan izin kepada kepala ruang rawat inap dan kepala rekam medis Puskesmas Cerme untuk mengobservasi dokumen asuhan keperawatan yang terdapat di dalam ruang rekam medis Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik. Sejumlah 288 dokumen telah selesai di observasi oleh peneliti terkait kelengkapannya.

Hasil penelitian mengenai gambaran kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik menunjukkan bahwasannya kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan yang dilaksanakan di Puskesmas Cerme yaitu sebesar 59,1% dari 288 dokumen. Format pendokumentasian yang terdapat pada Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik yaitu menggunakan format *Problem, Intervention/Implementation, Evaluation* (PIE). Pada aspek pengkajian keperawatan dan tindakan keperawatan memiliki persentase paling tinggi dan aspek evaluasi keperawatan memiliki persentase paling rendah. Berikut merupakan rincian persentase kelengkapan pada setiap aspek yaitu aspek pengkajian keperawatan sebesar 73.4%, aspek diagnosis keperawatan sebesar 65%, aspek perencanaan keperawatan 51%, aspek tindakan keperawatan 73.4%, dan aspek evaluasi keperawatan sebesar 31,3%.

Kesimpulan dari penelitian ini menunjukkan bahwa dokumentasi keperawatan yang terlaksana di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik masih belum maksimal karena kelengkapannya hanya sebesar 59,1%. Pada setiap aspek dokumentasi keperawatan terdapat poin yang sama sekali tidak terisi, peneliti berpendapat bahwa rendahnya kelengkapan pendokumentasian keperawatan yang dilakukan di Puskesmas Cerme Gresik diakibatkan beberapa faktor yaitu format yang tersedia di Puskesmas Cerme, dan tenaga keperawatan yang lebih sedikit daripada tenaga bidan. Oleh karena itu untuk Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik perlu mengadakan pelatihan dan juga untuk memperbarui format dokumentasi agar kedepannya dokumentasi keperawatan yang dilaksanakan bisa lebih maksimal.

PRAKATA

Puji syukur kami ucapkan kehadirat Allah SWT, berkat limpahan rahmat dan bimbingan-Nya saya dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Gambaran Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik Tahun 2022”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) di Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Bersama dengan ini saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada:

1. Ns. Lantin Sulistyorini, M.Kes. selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember yang telah memberikan kesempatan berharga dan fasilitas kepada saya untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Fitrio Deviantony, M.Kep., selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan motivasi dan bimbingan selama ini;
3. Ns. Retno Purwandari, S.Kep., M.Kep. selaku Dosen Pembimbing Utama yang selalu meluangkan waktunya, memberikan arahan dan motivasi dalam proses penyusunan skripsi ini;
4. Ns. Dicky Endrian Kurniawan, S.Kep., M.Kep. selaku Dosen Pembimbing Anggota yang senantiasa meluangkan waktunya, memberikan dukungan dan arahan serta motivasi dalam proses penyusunan skripsi ini;
5. Ns. Anisah Ardiana, M.Kep., Ph.D selaku dosen penguji utama skripsi yang telah memberikan dukungan, motivasi serta membimbing demi menyempurnakan penelitian ini;
6. Ns. Alfid Tri Afandi, S.Kep., M.Kep. selaku dosen penguji anggota skripsi yang telah memberikan dukungan, motivasi serta bimbingan demi menyempurnakan penelitian ini;
7. Seluruh Dosen, tenaga kependidikan Fakultas Keperawatan Universitas Jember yang telah membantu saya dalam memenuhi kebutuhan penelitian;
8. Seluruh civitas akademika Fakultas Keperawatan Universitas Jember;

9. Dinas Kesehatan Kabupaten Gresik yang telah memberikan izin untuk penelitian;
10. Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik yang dengan sangat baik menerima dan mengarahkan penelitian saya;
11. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang telah membantu dalam penelitian ini.

Peneliti menerima segala saran dan kritik demi kesempurnaan penelitian ini, peneliti berharap semoga skripsi dapat bermanfaat bagi semua.

Jember, 2 Januari 2023

Peneliti



DAFTAR ISI

SKRIPSI.....	i
PERSEMBAHAN.....	iii
MOTO.....	iv
SURAT PERNYATAAN.....	vi
HALAMAN PENGESAHAN.....	vi
ABSTRAK.....	vii
RINGKASAN.....	viii
PRAKATA.....	x
DAFTAR ISI.....	xii
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR GAMBAR.....	xvi
BAB 1. PENDAHULUAN.....	1
1.1. Latar Belakang.....	1
1.2. Rumusan Masalah.....	4
1.3. Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1. Tujuan Umum.....	4
1.3.2. Tujuan Khusus.....	4
1.4. Manfaat Penelitian.....	4
1.4.1. Bagi Peneliti.....	4
1.4.2. Bagi Institusi Pendidikan.....	4
1.4.3. Bagi Pelayanan Kesehatan.....	5
1.4.4. Bagi Profesi Keperawatan.....	5
1.5. Keaslian Penelitian.....	6
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1. Konsep Keperawatan.....	8
2.1.1. Pengertian Keperawatan.....	8
2.1.2. Pengertian Perawat.....	8
2.1.3. Tugas Perawat.....	9
2.2. Konsep Dokumentasi Keperawatan.....	9
2.2.1. Pengertian.....	9
2.2.2. Tujuan.....	10
2.2.3. Manfaat.....	12
2.2.4. Prinsip – Prinsip Dokumentasi Keperawatan.....	13
2.2.5. Model Dokumentasi Keperawatan.....	14
2.2.6. Standar Dokumentasi Keperawatan.....	18

2.2.7.	Komponen dokumentasi keperawatan	19
2.3.	Konsep Puskesmas	30
2.3.1.	Pengertian.....	30
2.3.2.	Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas.....	30
2.3.3.	Fungsi Puskesmas	31
2.4.	Gambaran Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan di Puskesmas	32
2.5.	Kerangka Teori.....	34
BAB 3.	KERANGKA KONSEP.....	35
3.1.	Kerangka Konsep	35
BAB 4.	METODE PENELITIAN.....	36
4.1.	Desain Penelitian	36
4.2.	Populasi dan Sampel Penelitian	36
4.2.1.	Populasi Penelitian	36
4.2.2.	Sampel Penelitian.....	37
4.2.3.	Teknik Pengambilan Sampel.....	37
4.2.4.	Kriteria Sampel	38
4.3.	Lokasi Penelitian	38
4.4.	Waktu Penelitian	38
4.5.	Definisi Operasional.....	38
4.6.	Pengumpulan Data	39
4.6.1.	Teknik Pengumpulan Data.....	39
4.6.2.	Alat atau Instrumen Penelitian.....	40
4.6.3.	Uji Validitas dan Uji Reliabelitas	41
4.7.	Pengelolaan Data	42
4.7.1.	<i>Editing</i>	42
4.7.2.	<i>Coding</i>	42
4.7.3.	<i>Entry data</i>	43
4.8.	Analisis Data	43
4.9.	Etika Penelitian.....	44
4.9.1.	<i>Autonomy</i>	44
4.9.2.	Prinsip Kebaikan	44
4.9.3.	Prinsip Kerahasiaan.....	45
BAB 5.	HASIL DAN PEMBAHASAN.....	46
5.1.	Hasil Penelitian.....	46
5.1.1.	Gambaran Kelengkapan Pendokumentasian Keperawatan.....	46

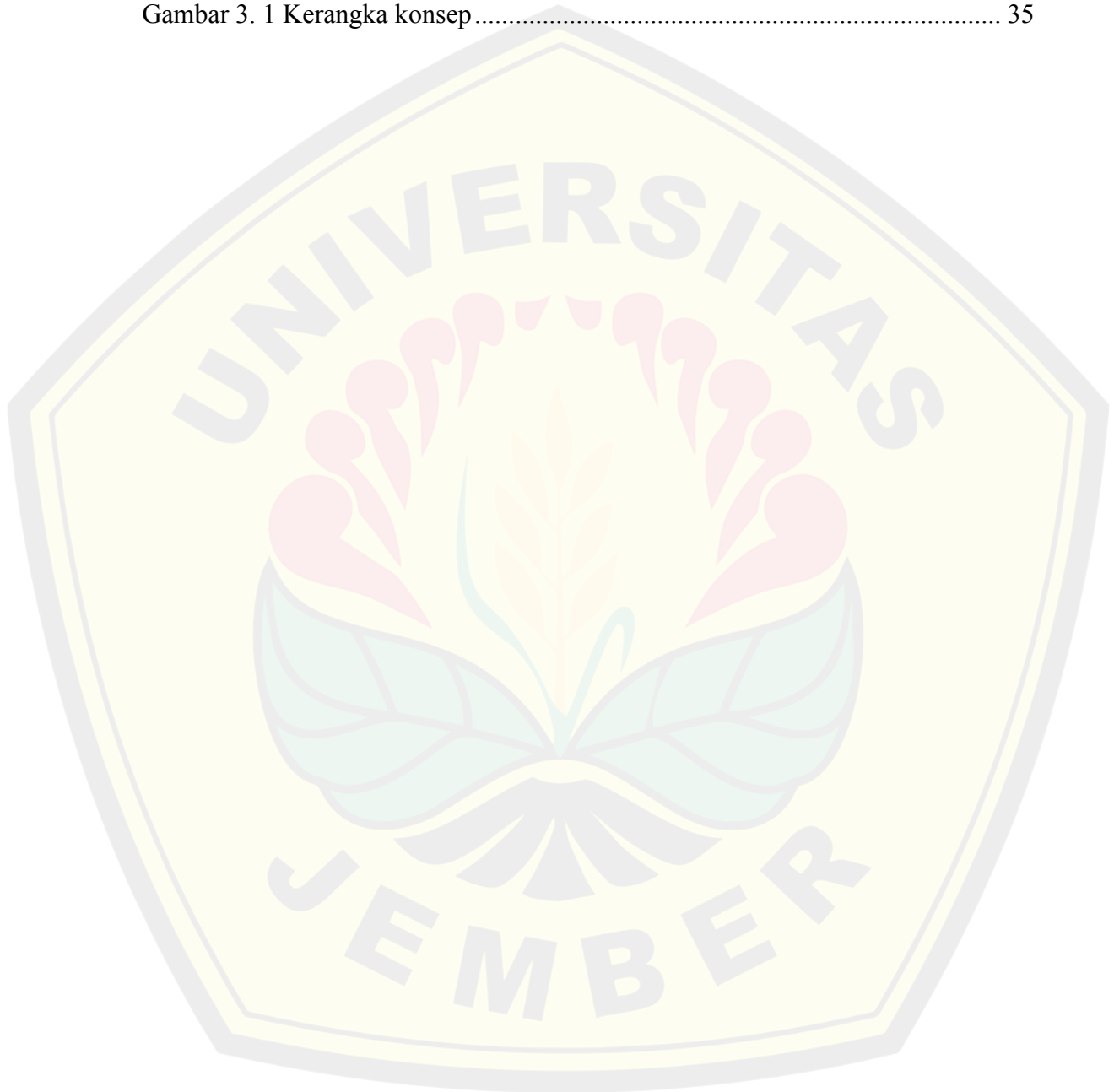
5.2.	Pembahasan	50
5.2.1.	Kelengkapan Keseluruhan Dokumentasi Asuhan Keperawatan.....	50
5.2.2.	Kelengkapan Pendokumentasian Pengkajian Keperawatan.....	51
5.2.3.	Kelengkapan Pendokumentasian Diagnosis Keperawatan	54
5.2.4.	Kelengkapan Pendokumentasian Intervensi Keperawatan	56
5.2.5.	Kelengkapan Pendokumentasian Implementasi Keperawatan.....	58
5.2.6.	Kelengkapan Pendokumentasian Evaluasi Keperawatan.....	60
5.2.7.	Keterbatasan Penelitian	62
5.2.8.	Implikasi keperawatan	62
BAB 6.	KESIMPULAN DAN SARAN.....	63
6.1.	Kesimpulan.....	63
6.2.	Saran	64
6.2.1.	Bagi Peneliti Selanjutnya	64
6.2.2.	Bagi Perawat	64
6.2.3.	Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan	64
6.2.4.	Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan	64
DAFTAR PUSTAKA.....		66
LAMPIRAN.....		71

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Keaslian penelitian.....	6
Tabel 2. 1 Kelebihan dan kekurangan SOR.....	15
Tabel 2. 2 Kelebihan dan kekurangan POR.....	16
Tabel 2. 3 Kelebihan dan kekurangan CBE.....	16
Tabel 2. 4 Kelebihan dan kekurangan PIE.....	17
Tabel 2. 5 Kelebihan dan kekurangan POS.....	18
Tabel 4. 1 Distribusi data.....	37
Tabel 4. 2 Definisi operasional.....	39
Tabel 4. 3 <i>Blueprint</i> instrumen.....	37
Tabel 5. 1 Gambaran kelengkapan pendokumentasian keperawatan.....	46
Tabel 5. 2 Gambaran kelengkapan dokumentasi keperawatan setiap aspek.....	46
Tabel 5. 3 Aspek pengkajian keperawatan yang dinilai.....	47
Tabel 5. 4 Aspek diagnosis keperawatan yang dinilai.....	47
Tabel 5. 5 Aspek intervensi keperawatan yang dinilai.....	48
Tabel 5. 6 Aspek implementasi keperawatan yang dinilai.....	49
Tabel 5. 7 Aspek evaluasi keperawatan yang dinilai.....	49

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2. 1 Tahap penegakan diagnosis keperawatan	24
Gambar 2. 2 Metode diagnosis aktual.....	24
Gambar 2. 3 Metode diagnosis resiko.....	25
Gambar 2. 4 Kerangka teori.....	34
Gambar 3. 1 Kerangka konsep.....	35



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Keperawatan diartikan sebagai salah satu profesi mulia yang bertugas dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada individu, keluarga, komunitas, dan masyarakat yang sakit ataupun sehat secara holistik (bio, psiko, sosio, dan spiritual) yang mencakup seluruh aspek kehidupan manusia. Pelayanan keperawatan dalam bentuk dukungan diberikan ketika seseorang tidak mampu melakukan tugas sehari-hari yang disebabkan oleh kurang mampunya dalam memanajemen pelaksanaan kegiatan sehari – hari karena adanya keterbatasan psikis dan fisiknya (Olfah, 2016). Keperawatan merupakan profesi yang dijalankan langsung oleh seorang perawat. Dalam Undang – Undang Republik Indonesia No. 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan mengartikan perawat sebagai seseorang dengan kemampuan yang telah diakui oleh pemerintah sesuai dengan peraturan perundang – undang dan telah lulus dalam mengemban pendidikan tinggi keperawatan di dalam ataupun luar negeri.

Pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan yang dilakukan oleh seorang perawat dilakukan melalui suatu proses keperawatan. Proses keperawatan sendiri diartikan sebagai suatu prosedur yang sistematis dan terstruktur dalam menjalani hubungan dengan pasien. Hubungan yang dimaksud merupakan hubungan yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan dan kesehjateran melalui proses asuhan keperawatan. Dengan adanya proses keperawatan ini, perawat dapat mengetahui permasalahan kesehatan yang dirasakan ataupun dikeluhkan oleh pasien, sehingga nantinya perawat dapat melaksanakan proses keperawatan secara menyeluruh yaitu dari proses pengkajian, penegakan diagnosis keperawatan, merencanakan tindakan keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan, dan mengevaluasi proses tindakan yang diberikan kepada pasien. Proses asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien akan menggambarkan kualitas pelayanan. Salah satu indikator keberhasilan pelaksanaan proses asuhan keperawatan dapat dilihat melalui pendokumentasian keperawatan (Budiono, 2016). Pendokumentasian keperawatan

bersifat wajib bagi seorang perawat karena mengacu pada tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam menyelesaikan permasalahan kesehatannya.

Dokumentasi keperawatan dilakukan disegala fasilitas kesehatan seperti di rumah sakit, puskesmas, ataupun klinik kesehatan. Salah satu fasilitas kesehatan yang juga melaksanakan pendokumentasian keperawatan yaitu puskesmas. Puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama digunakan sebagai penyelenggara peningkatan kesehatan masyarakat secara holistik meliputi preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif yang harus dapat mencapai derajat kesehatan dan kesejahteraan masyarakat luas. Dalam proses pencapaian tersebut, salah satu upaya puskesmas yang diberikan kepada masyarakat yaitu melalui proses perencanaan hingga pelaporan dalam pendokumentasian keperawatan (Fitriani et al., 2020).

Dokumentasi keperawatan dilakukan secara tertulis ataupun melalui media elektronik yang isinya mengacu pada asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien. Dokumentasi keperawatan ini akan menjadi bukti bagi perawat sesuai dengan aturan hukum yang berlaku (Wulandari & Handiyani, 2019). Pendokumentasian asuhan keperawatan yang efektif dan efisien dapat membuat pasien merasakan kualitas pelayanan keperawatan yang lebih baik. Pendokumentasian keperawatan menjadi tanggung jawab yang besar bagi seorang perawat karena asuhan keperawatan ini menjadi penghubung antara perawat dengan pasien. Oleh karena itulah pentingnya perawat melakukan pendokumentasian keperawatan secara lengkap dan sesuai standar yang telah ditetapkan (Rum, 2019). Perawat yang tidak melakukan pendokumentasian dengan benar dapat didorong oleh beberapa faktor seperti minimnya pengawasan dari atasan, kurangnya konsekuensi berupa *punishment*, dan kecenderungan untuk menganggap remeh terkait dokumentasi keperawatan (Sumarni et al., 2017). Di Indonesia masih banyak perawat yang belum mampu dalam melaksanakan dokumentasi keperawatan dengan baik dan sesuai dengan standar. Hal ini didasari karena perawat beranggapan bahwa lebih penting dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien jika dibandingkan dengan melakukan pencatatan seperti dokumentasi keperawatan atas tindakan yang dilakukan (Khoirunisa & Fadilah, 2018).

Fungsi dari penulisan dokumentasi keperawatan yaitu untuk kepentingan pasien, perawat, serta seluruh tim kesehatan yang bekerja memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien (Fitri, 2019). Dokumentasi keperawatan yang akurat, sesuai standar, dan lengkap akan menciptakan pelayanan asuhan keperawatan yang berkualitas. Kualitas ini juga akan didukung dengan adanya bukti pencatatan tindakan keperawatan sudah dilakukan dengan benar yaitu pendokumentasian keperawatan yang akurat dan lengkap. Dokumentasi keperawatan yang tidak lengkap dapat menyebabkan terputusnya informasi perawatan pasien. Hal lain yang dapat terjadi jika tidak lengkapnya pendokumentasian keperawatan yaitu tertundanya terapi hingga pengulangan tugas keperawatan yang dapat menghambat proses pemulihan dari pasien (Sinlaeloe, 2020). Pengisian dokumentasi keperawatan yang tidak lengkap akan berakibat buruk. Salah satu dampaknya yaitu kurang tepatnya informasi yang akan didapat oleh bagian rekam medis. Dengan hal tersebut, dapat dikatakan data pasien yang didapatkan akan bersifat tidak akurat dan ilegal. Fungsi rekam medis akan terganggu jika pencatatan dokumentasi keperawatan tidak lengkap dan tidak sesuai dengan standar (Natasha, Cockatoo & Lauren, 2019).

Penelitian yang dilakukan Hadinata (2018) menyebutkan bahwa terdapat 56,59% pendokumentasian keperawatan di ruang rawat inap Puskesmas Kadipaten tidak lengkap. Gambaran pendokumentasian keperawatan di puskesmas yang dilakukan oleh Hadinata (2018) mengenai kelengkapan pendokumentasian di ruang rawat inap Puskesmas Kadipaten mendapatkan hasil bahwa kurangnya pelaksanaan pendokumentasian keperawatan dengan baik sehingga berdampak pada perkembangan kondisi pasien. Sejalan dengan penelitian Fitriani dkk. (2020) mengenai gambaran kelengkapan pendokumentasian keperawatan di Puskesmas Haurpanggung menunjukkan hasil bahwasanya masih terdapat kesalahan pengisian data oleh perawat, kesalahan tersebut meliputi pengisian data oleh perawat dan kesalahan peletakan data yang tidak sesuai dengan format yang telah ditetapkan.

Berdasarkan permasalahan di atas, peneliti tertarik untuk melaksanakan penelitian mengenai gambaran kelengkapan pendokumentasian keperawatan di Puskesmas. Hal ini juga didasari dengan hasil studi pendahuluan yang telah

dilakukan oleh peneliti di Puskesmas Cerme Gresik yang mendapatkan hasil yaitu Puskesmas Cerme menggunakan model dokumentasi keperawatan PIE (*Problem Intervention/Implementation Evaluation*) dan masih terdapat bagian yang tidak terisi dalam dokumentasi tersebut. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk dapat melihat gambaran kelengkapan secara menyeluruh dalam pelaksanaan pendokumentasian keperawatan yang dilaksanakan di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik..

1.2. Rumusan Masalah

Bagaimana gambaran kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan yang ada di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan Umum

Untuk dapat mengetahui gambaran kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan.

1.3.2. Tujuan Khusus

Mengidentifikasi kelengkapan dokumentasi keperawatan di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik secara komprehensif, yaitu:

1. Mengidentifikasi dokumentasi pengkajian keperawatan
2. Mengidentifikasi dokumentasi diagnosis keperawatan
3. Mengidentifikasi dokumentasi perencanaan keperawatan
4. Mengidentifikasi dokumentasi implementasi keperawatan
5. Mengidentifikasi dokumentasi evaluasi keperawatan

1.4. Manfaat Penelitian

1.4.1. Bagi Peneliti

Dapat meningkatkan *skill* keterampilan dalam melaksanakan penelitian dan mampu mengetahui standar dokumentasi keperawatan yang lengkap, akurat, dan benar.

1.4.2. Bagi Institusi Pendidikan

Sebagai informasi tambahan dan bahan literatur dalam proses pembelajaran mengenai dokumentasi proses keperawatan.

1.4.3. Bagi Pelayanan Kesehatan

Sebagai sumber informasi dan pertimbangan dalam meningkatkan mutu dokumentasi keperawatan pada perawat yang bekerja pada layanan kesehatan.

1.4.4. Bagi Profesi Keperawatan

Sebagai salah satu bahan rujukan untuk pelaksanaan dokumentasi dalam proses asuhan keperawatan.



1.5. Keaslian Penelitian

Tabel 1.1 Keaslian penelitian

Perbedaan	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Sebelumnya	Penelitian Sekarang
Judul	Hubungan Antara Pengetahuan Tentang Dokumentasi Keperawatan Dengan Pelaksanaan Dokumentasi Keperawatan di Ruang Rawat Inap UPTD Puskesmas Kadipaten Kabupaten Majalengka Tahun 2017	Gambaran Dokumentasi Asuhan Keperawatan Keluarga di Puskesmas	Gambaran Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Kabupaten Gresik Tahun 2022
Tujuan	Untuk mengetahui hubungan antara pengetahuan tentang dokumentasi keperawatan dengan pelaksanaan dokumentasi keperawatan di UPTD Puskesmas Kadipaten Kabupaten Majalengka.	Untuk mengetahui dokumentasi asuhan keperawatan keluarga di Puskesmas mulai dari aspek pengkajian sampai evaluasi.	Untuk mengetahui gambaran kelengkapan dalam pendokumentasian proses keperawatan di Puskesmas Cerme
Tahun	2018	2020	2022
Peneliti	Dian Hadinata	Milda Nurul Fitriani Iwan Shalahuddin Neti juniarti	Raden Dhimas Prayoga
Instrumen Penelitian	Kuesioner untuk variabel pengetahuan perawat tentang pendokumentasian asuhan keperawatan dan observasi untuk variabel pelaksanaan dokumentasi keperawatan	Lembar <i>checklist</i> asuhan keperawatan keluarga dari Depkes, (1995).	Instrumen standar asuhan keperawatan Depkes, (2005) yang di modif oleh Aini, (2018)
Metode Penelitian	Analitik Kuantitatif	Deskriptif kuantitatif	Deskriptif kuantitatif

DIGITAL REPOSITORY UNIVERSITAS JEMBER

Sampel	17 perawat.	250 Dokumen	288 dokumen
Hasil	Rata-rata pengetahuan perawat tentang dokumentasi keperawatan 46,659; rata-rata pelaksanaan dokumentasi keperawatan 42,733. Terdapat hubungan antara pengetahuan tentang dokumentasi keperawatan dengan pelaksanaan dokumentasi keperawatan diperoleh nilai $p = 0,007$.	Hasil dari 250 dokumen bahwa sebagian besar kelengkapan asuhan keperawatan keluarga memiliki kelengkapan yang cukup baik sesuai dengan standar dokumentasi asuhan keperawatan.	

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Konsep Keperawatan

2.1.1. Pengertian Keperawatan

Keperawatan diartikan sebagai salah satu jenis pelayanan profesional yang terdiri dari pemenuhan kebutuhan dasar individu sakit dan sehat yang memiliki permasalahan secara fisik, psikis, dan sosialnya agar dapat mencapai tingkat kesejahteraan dan kesehatan optimal. Pemenuhan kebutuhan dasar dapat dilakukan dengan berbagai cara, termasuk meningkatkan kemampuan pada diri seseorang, menghindari, menyembuhkan, dan menjalani rehabilitasi dari keadaan sakit yang dirasakan oleh individu (Nursalam, 2013). Undang - undang No. 38 Tahun 2014 menyebutkan bahwasanya keperawatan merupakan kegiatan dalam memberikan asuhan baik kepada individu, keluarga, kelompok, komunitas, dan masyarakat baik yang sakit maupun yang sehat.

Berdasarkan pengertian diatas bisa diambil kesimpulan bahwa keperawatan adalah suatu jenis pelayanan kesehatan profesional yang meliputi seluruh proses kehidupan manusia dan berlandaskan ilmu keperawatan berupa pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual secara utuh yang ditujukan kepada orang, keluarga, organisasi, dan masyarakat, baik yang sehat maupun sakit.

2.1.2. Pengertian Perawat

Dalam Undang – Undang Republik Indonesia No. 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan mengartikan perawat sebagai seseorang dengan kemampuan yang telah diakui oleh pemerintah sesuai dengan peraturan perundang – undangan dan telah lulus dalam mengemban pendidikan tinggi keperawatan di dalam ataupun luar negeri. Kemudian, Budiono (2016) mendefinisikan perawat sebagai seseorang yang memiliki peran yang besar dalam memelihara, merawat, dan membantu seseorang yang sakit, terluka, dan dalam proses penuaan. Selain itu, perawat juga dapat diartikan sebagai bagian dari tenaga kesehatan yang memiliki peran dalam pemeliharaan, pemulihan, dan penyembuhan kesehatan berdasarkan pengetahuan

dan keterampilan yang dimiliki melalui proses asuhan keperawatan kepada pasien yang membutuhkan (Olfah, 2016).

Berdasarkan beberapa pengertian perawat di atas, dapat disimpulkan bahwa seseorang dapat dikatakan sebagai perawat dan memiliki tanggung jawab sebagai perawat ketika yang bersangkutan selesai menempuh pendidikan tinggi keperawatan di dalam maupun luar negeri serta memiliki Surat Tanda Registrasi Perawat (STRP).

2.1.3. Tugas Perawat

Tugas seorang perawat dapat dilaksanakan sesuai dengan tahap – tahap yang ada dalam proses keperawatan. Tugas utama dari seorang perawat yaitu sebagai *care giver* atau pemberi pelayanan berupa asuhan keperawatan kepada pasien. Orientasi perawat sebagai *care giver* akan digambarkan sebagai seseorang yang bersikap santun, ramah, dan siap dalam membantu pasien untuk memenuhi derajat kesehatan sehingga pelayanan keperawatan akan terasa nyaman bagi pasien. Berdasarkan Undang – Undang No.38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan menyebutkan beberapa tugas dari seorang perawat, antara lain:;

- a. Sebagai konselor yang membantu klien dalam mengenali permasalahan kesehatan yang dihadapi
- b. Sebagai peneliti yang menemukan temuan baru dalam pengembangan permasalahan kesehatan
- c. Sebagai pelaksana tugas sesuai dengan legimitasi dan kondisi tertentu.

2.2. Konsep Dokumentasi Keperawatan

2.2.1. Pengertian

Dokumen diartikan sebagai suatu bukti tertulis bernilai hukum yang mencakup sumber data, alat penelitian ilmiah, dan alat bantu bukti keabsahan kegiatan yang tersimpan dalam jangka waktu tertentu. Pelaksanaan dokumentasi berbentuk pengumpulan, pengolahan, analisis dan penyimpanan yang digunakan sebagai informasi penting untuk suatu kegiatan dan dibutuhkan untuk membuat rencana program kerja demi perkembangan suatu organisasi atau pekerjaan tertentu

yang disimpan secara sistematis. Dokumentasi yang akurat merupakan bagian yang penting untuk mencapai kualitas organisasi. Kualitas organisasi yang dimaksudkan yaitu segala bentuk prosedur yang menjelaskan kegiatan yang direncanakan dan telah dilaksanakan dalam pencapaian tujuan, evaluasi manajemen kegiatan, dan pendokumentasian yang mengikutsertakan catatan serta kelengkapan data (Rosmalia & Haryadi, 2019).

Dokumentasi keperawatan merupakan catatan tentang cara perawat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, termasuk ruang lingkup dan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan serta pertanggungjawaban dan tanggung gugatnya (Prabowo, 2016). Nursalam (2013) menyatakan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan sangat penting karena menunjukkan akuntabilitas dan tanggung jawab untuk tugas yang dilakukan. Akan tetapi, peran perawat dalam pendokumentasian keperawatan mulai bergeser akhir-akhir ini, sehingga pendokumentasian keperawatan menjadi tidak lengkap.

Kompleksnya dokumentasi keperawatan menyebabkan perawat tidak terlalu menyukai pelaksanaan pendokumentasian segala tindakan yang telah dilakukan. Selain itu, bentuknya yang bervariasi dan membutuhkan waktu yang cukup banyak juga menjadi beberapa alasan perawat tidak menyukai pendokumentasian keperawatan. Namun, pelaksanaan pendokumentasian yang tidak akurat dan tidak lengkap dapat menurunkan kualitas ataupun mutu pelaksanaan pelayanan asuhan keperawatan. Hal ini akan menjadi salah satu penyebab sulitnya pengidentifikasian keberhasilan pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien. Sulitnya pengidentifikasian ini secara tidak langsung juga akan berdampak pada pertanggungjawaban secara hukum, melemahnya komunikasi dengan tenaga kesehatan lain, referensi pendidikan yang tidak optimal, dan terganggunya proses keuangan, berkas, serta data dalam proses akreditasi (Nursalam, 2013).

2.2.2. Tujuan

Dokumentasi keperawatan bertujuan dalam pembuatan catatan kesehatan pasien yang sesuai dengan pengalaman dan perawatan kesehatannya. Dokumentasi keperawatan akan menggambarkan seluruh tindakan yang dilakukan oleh perawat

kepada pasien. Catatan kesehatan yang dibuat oleh perawat tersebut menjadi alat bukti mengenai perawatan hingga layanan yang diterima oleh pasien. Beberapa tujuan dokumentasi keperawatan lainnya yaitu (Rahmi, 2019):

- a. Alat komunikasi bersama tenaga kesehatan lainnya
Sebagai sarana bagi perawat dalam berkomunikasi bersama dengan tenaga kesehatan lainnya agar perawatan pasien hingga perencanaan pulang dapat terlaksana dengan optimal.
- b. Perawatan yang berkelanjutan
Dalam memastikan perkembangan rencana perawatan komprehensif yang terstruktur, semua anggota tim perawatan kesehatan memerlukan data yang akurat tentang pasien. Dokumentasi yang tidak lengkap atau tidak akurat dapat mengakibatkan pengulangan tugas, dan kelalaian atau penundaan terapi.
- c. Aspek legal keperawatan
Pencatatan segala tindakan yang telah dilaksanakan kepada pasien akan menjadi salah satu aspek legal yang dapat dipertanggungjawabkan secara hukum dan menjadi perisai bagi perawat dalam tuntutan yang mungkin dapat timbul akibat pelayanan yang kurang maksimal.
- d. Bahan penelitian kesehatan dalam menilai proses keperawatan yang efisien.
Hasil pencatatan tindakan dalam dokumentasi keperawatan dapat menjadi salah satu bahan untuk tindak lanjut riset tertentu yang dijalankan sesuai dengan prosedur dalam pengumpulan informasi yang sesuai.
- e. Edukasi
Dokumentasi keperawatan dapat menjadi bahan pembelajaran yang sesuai agar mampu dalam mengidentifikasi perawatan yang optimal sesuai dengan kebutuhan pasien (Putra, 2016).
- f. Audit dan pemantauan

Evaluasi pemberian pelayanan kepada pasien dapat dilihat melalui dokumentasi keperawatan yang dilakukan setelah pemberian tindakan kepada pasien (Putra, 2016).

2.2.3. Manfaat

Menurut Dermawan (2012), Putra (2016), dan Rahmi (2019) dilihat dari beberapa aspek, dokumentasi keperawatan memiliki makna yang penting, diantaranya:

a. Aspek hukum

Informasi yang tertuang di dalam dokumentasi keperawatan menjadi bukti pemberian pelayanan yang diberikan oleh perawat kepada pasien. Data – data yang tertuang secara lengkap, akurat, dan jelas yang telah ditandatangani oleh perawat akan menjadi pertanggungjawaban. Oleh karena itulah pengisian dokumentasi keperawatan harus tertulis tanpa adanya kesalahan dan interpretasinya harus jelas.

b. Kualitas mutu pelayanan

Kualitas mutu pelayanan dapat dilihat melalui lengkapnya dokumentasi keperawatan. Dokumentasi yang lengkap dapat ditinjau melalui pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan. Bagi perawat ataupun tenaga kesehatan lainnya dapat mengetahui sejauh mana permasalahan kesehatan yang dihadapi oleh pasien, begitu juga tingkat keberhasilan tindakan yang diberikan dapat terus dimonitor apakah dapat menyelesaikan permasalahan yang sedang dihadapi oleh pasien.

c. Keuangan

Lengkapya pencatatan dalam dokumentasi keperawatan dapat menjadi acuan dalam pembiayaan perawatan yang dijalankan oleh pasien. Dari pasien ataupun keluarga dapat mengetahui tindakan apa saja yang diberikan kepada pasien, sehingga dari kedua pihak tersebut dapat mengetahui kebutuhan pembiayaan yang dikeluarkan dalam masa perawatan yang telah dijalankan oleh pasien.

d. Pendidikan

Bernilai pendidikan artinya dapat memberikan manfaat dalam bidang pendidikan, terutama pada pemberi asuhan yaitu bagi perawat itu sendiri. Hal ini didasari karena dokumentasi keperawatan dicatat secara kronologis sesuai dengan tindakan yang diberikan saat pemberian asuhan keperawatan kepada pasien. Oleh karena itu, dokumentasi keperawatan dapat menjadi suatu bahan ataupun referensi untuk profesi keperawatan.

e. Penelitian

Data yang tercantum dalam dokumentasi keperawatan yang mengandung beberapa informasi mengenai tinjauan permasalahan kesehatan dapat menjadi pengembangan untuk riset dalam meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan kepada pasien.

f. Akreditasi

Peran dan fungsi perawat dapat ditinjau melalui pendokumentasian keperawatan yang akurat dan lengkap. Penilaian pelayanan yang diberikan oleh seorang perawat kepada klien akan dapat dilihat melalui proses akreditasi. Optimalisasi akreditasi dapat ditingkatkan melalui peninjauan dokumentasi keperawatan yang sesuai oleh seorang perawat.

2.2.4. Prinsip – Prinsip Dokumentasi Keperawatan

Menurut Prabowo (2016), pembuatan dokumentasi keperawatan harus mencakup 3 aspek penting, diantaranya:

a. Data yang akurat (*accuracy*)

Data dikatakan akurat yaitu sesuai dengan kondisi atau keadaan pasien sesungguhnya, baik dari informasi dari pasien secara langsung ataupun melalui keluarga sesuai dengan informasi yang sesungguhnya.

b. Ringkas (*breavity*)

Dokumentasi keperawatan dibuat secara ringkas tanpa menggunakan kata-kata yang berlebihan atau terlalu rumit. Dikatakan rumit yaitu penggunaan kata yang tidak efektif dan terlalu bertele-tele. Walaupun

ringkas, isi dari dokumentasi keperawatan tetap mengandung makna yang jelas.

c. Mudah dibaca (*legibility*)

Mudah dibaca diartikan dengan meminimalisir penggunaan istilah-istilah asing yang sulit untuk dipahami. Hal ini bertujuan agar seluruh tenaga kesehatan dapat memahami isi dari dokumentasi keperawatan yang dibuat.

2.2.5. Model Dokumentasi Keperawatan

Model dokumentasi merupakan suatu catatan, format, serta prosedur yang dapat memberikan gambaran proses asuhan keperawatan secara akurat dan lengkap. Berikut merupakan model dokumentasi menurut Rahmi (2019):

a. *Source Oriented Record* (SOR)

SOR merupakan salah satu model dalam pendokumentasian keperawatan dan berfokus pada sumber informasi. Sumber informasi yang dimaksudkan yaitu seluruh tim kesehatan membuat catatan sendiri terkait hal-hal yang dilakukan kepada pasien. Contohnya, dokter berfokus pada pencacatan kondisi penyakitnya pasien, perawat berfokus pada asuhan pemenuhan kebutuhan sehari-hari, ahli gizi berfokus pada status gizi pasien, dan lain sebagainya. Selanjutnya, seluruh catatan akan dikumpulkan untuk dapat melihat perkembangan dari pasien tersebut. Terdapat beberapa komponen penting dalam model pencatatan ini yaitu:

- 1) Biodata terisi di dalam lembar penerimaan
- 2) Lembar order dari dokter
- 3) Lembar riwayat dan penyakit secara medis
- 4) Catatan dari perawat
- 5) Laporan dan pencatatan secara khusus

Model pencatatan ini memiliki beberapa kekurangan serta kelebihan, diantaranya:

Tabel 2. 1 Kelebihan dan kekurangan SOR

No	Kelebihan	Kekurangan
1	Data tersajikan dengan urut dan mudah untuk diidentifikasi	Data berisiko terfragmentasi karena waktu pencatatan yang tidak urut
2	Perawat lebih bebas dalam pencatatan informasi pasien	Memerlukan waktu yang cukup lama dalam menentukan permasalahan kesehatan yang terjadi karena membutuhkan data pengkajian dari seluruh tim kesehatan
3	Format pencatatan masalah kesehatan, perencanaan tindakan, pelaksanaan implementasi, dan perkembangan pasien lebih sederhana	Waktu pemberian asuhan lebih lama dan akan sulit dalam memonitor perkembangan pasien

b. *Problem Oriented Record* (POR)

POR merupakan model pendokumentasian keperawatan yang berfokus pada permasalahan pasien. Secara sistem, dokumentasi model ini lebih mengintegrasikan seluruh permasalahan yang telah dikumpulkan oleh seluruh tim kesehatan yang memberikan pelayanan pada pasien. Beberapa komponen yang terdapat dalam model ini yaitu:

- 1) Data umum, beberapa komponen umum yaitu pengkajian dasar, riwayat penyakit, pengkajian fisik, dan lain sebagainya.
- 2) Data penunjang (hasil pemeriksaan radiologi dan laboratorium)
- 3) Daftar permasalahan kesehatan pasien yang didasarkan dengan data dasar dan data penunjang

Model pencatatan ini memiliki beberapa kekurangan serta kelebihan, diantaranya:

Tabel 2. 2 Kelebihan dan kekurangan POR

No	Kelebihan	Kekurangan
1	Data disusun berdasarkan masalah yang spesifik	Hanya ditekankan pada permasalahan kesehatan, ketidakstabilan, dan penyakit pasien
2	Berfokus dan berorientasi pada permasalahan pasien	Kesulitan saat terdapat permasalahan atau timbulnya penyakit baru
3	Pencatatan mengenai kesinambungan atau keberlanjutan asuhan keperawatan	Catatan perkembangan yang sama kemungkinan tidak akan ditulis kembali jika tidak terdapat hubungan dengan permasalahan kesehatan
4	Evaluasi dan pemecahan masalah kesehatan didokumentasikan dengan jelas	Teknik evaluasi SOAPIER memungkinkan terjadinya pengulangan observasi yang tidak diperlukan
5	Daftar masalah bertujuan agar dapat mempermudah dalam mencari data saat proses asuhan	Menimbulkan kebingungan saat seluruh kegiatan harus dapat masuk dalam daftar permasalahan kesehatan pasien

c. *Charting By Exception (CBE)*

Model pendokumentasian keperawatan yang berfokus pada pencatatan secara naratif dari seluruh tindakan yang hasilnya memiliki nilai yang menyimpang atau dapat dikatakan tidak sesuai dengan keadaan normalnya. Model pencatatan ini memiliki beberapa kekurangan serta kelebihan, diantaranya:

Tabel 2. 3 Kelebihan dan kekurangan CBE

No	Kelebihan	Kekurangan
1	Pengkajian dan intervensi memiliki standar minimal	Bergantung pada pencatatan secara check list
2	Jelasnya data-data yang tampak tidak normal dan mudah untuk dipahami	Tidak semua pencatatan kejadian didokumentasikan
3	Waktu lebih sedikit karena observasi an cacatan Utin tidak perlu dituliskan	

d. *Problem Intervention Evaluation (PIE)*

Model pendokumentasian keperawatan yang berfokus pada pencatatan proses keperawatan dan diagnosis keperawatan. Pada model pendokumentasian ini akan diawali dengan proses pengkajian saat pasien awal masuk dan setiap pergantian shift jaga (setiap 8 jam). Intervensi yang disusun akan dilaksanakan dan dicatat secara rutin melalui *flow sheet*. Kelebihan dan kekurangan model pencatatan ini yaitu:

Tabel 2. 4 Kelebihan dan kekurangan PIE

No	Kelebihan	Kekurangan
1	Proses keperawatan memungkinkan dapat digunakan	Tidak dapat digunakan untuk pencatatan seluruh disiplin ilmu
2	Catatan perkembangan pasien dan rencana tindakan dapat digabungkan	Dalam beberapa situasi keperawatan, pendokumentasian ini lebih terbatas dalam perencanaan tindakan yang tidak aplikatif
3	Asuhan keperawatan dapat diberikan secara kontinu karena pencatatan dilakukan secara jelas mengenai masalah kesehatan pasien dan intervensi keperawatannya	

e. *Process Oriented System (POS)*

Dikenal juga dengan istilah *FOCUS* yang merupakan pendokumentasian keperawatan yang berfokus pada proses dan orientasi. Dalam model pendokumentasian ini mengenal istilah DAR (*Data, Action, dan Respons*), penjelasan DAR sebagai berikut:

1) *Data*

Berisikan mengenai data-data objektif dan subjektif yang berkaitan dengan pendokumentasian fokus.

2) *Action*

Berisikan mengenai tindakan yang akan dilakukan sesuai dengan pengkajian pasien

3) *Respons*

Berisikan kondisi pasien setelah pemberian tindakan keperawatan

Pendokumentasian model ini memiliki kelebihan dan kekurangannya, yaitu:

Tabel 2. 5 Kelebihan dan kekurangan POS

No	Kelebihan	Kekurangan
1	Penggunaan istilah FOKUS lebih luas artinya daripada penggunaan kata Problem	Pencatatan bagian Action kan membingungkan saat akan melakukan tindakan ataupun mencatat tindakan yang telah dilaksanakan
2	FOKUS juga dapat diistilahkan dengan diagnosis keperawatan	Ketidakkonsistenan penggunaan FOKUS pada kolom intervensi keperawatan
3	Penggunaan DAR dalam pendokumentasian FOKUS akan lebih bersifat fleksibel karena menyediakan pedoman dalam pencatatan tindakan keperawatan	

f. *Coded Nursing Documentation (CND)*

Model pendokumentasian melalui media elektronik seperti komputer dengan berfokus pada kode-kode yang telah disesuaikan dengan standard asuhan keperawatan yang telah dirumuskan. Maksud dari pengkodean tersebut akan lebih memudahkan perawat dalam mencatat proses pengkajian hingga evaluasi pasien dengan hanya menggunakan kode saja. Proses ini akan memudahkan dan menimalisir pelaksanaan aktivitas menulis saat melakukan pendokumentasian.

2.2.6. Standar Dokumentasi Keperawatan

Standar dokumentasi diartikan sebagai salah satu pernyataan yang berisi suatu informasi yang telah dipertimbangkan sehingga dapat terukur secara jelas dalam pelaksanaan kualitas dokumentasi keperawatan yang dilaksanakan. Baiknya

suatu dokumentasi keperawatan ditinjau dari kesesuaian penulisan yang terstandar dan sesuai dengan kebutuhan dalam konteks pelayanan keperawatan yang akan diberikan kepada klien (Olfah, 2016). Potter & Perry (2005) mengatakan bahwa dokumentasi keperawatan yang sesuai dengan standar yaitu penulisannya yang dilakukan sesuai dengan fakta atau dapat dikatakan informasi yang memuat mengenai pasien dicatat sesuai dengan kejadian yang sebenarnya (dilihat, didengar, dan dirasakan oleh seorang perawat) tanpa adanya manipulasi data. Data yang tercantum juga harus akurat, jelas, dan lengkap, sehingga semua anggota dalam tim kesehatan dapat membacanya dengan baik. Selain itu, tim kesehatan lainnya juga dapat memahami detail yang dikomunikasikan dari satu orang ke orang lain dengan kepercayaan dan keyakinan bahwa data tersebut akan dijaga kerahasiaannya. Hal tersebut didukung oleh Rahmi (2019) yang mengatakan bahwa standar dokumentasi asuhan keperawatan sebagai berikut:

- a. Format penulisan sesuai dengan standar yang baku
- b. Hal – hal yang dilakukan didalam tindakan harus tercatat secara runtut
- c. Penggunaan istilah – istilah dalam perencanaan harus ditulis sesuai dengan standar secara jelas, ringkas, dan benar.
- d. Setiap tindakan yang dilakukan ioleh perawat harus tertandatangani dengan jelas (nama dan paraf), tanggal dan waktu pemberian tindakan, serta terbaca dengan jelas.
- e. Penyimpanan dokuemntasi keperawatan harus sesuai dengan aturan yang telah ditetapkan.

2.2.7. Komponen dokumentasi keperawatan

Mulyanti (2017) menjelaskan bahwa proses keperawatan menjadi salah satu metode dalam pemecahan masalah kesehatan yang dihadapi oleh pasien secara sistematis dan pelaksanaannya dilakukan sesuai dengan kaidah dalam keperawatan. Oleh karena itu, proses keperawatan menjadi suatu isi pokok di dalam dokumentasi asuhan keperawatan dan menjadi *core* dalam praktik keperawatan. Dengan begitu, komponen yang teracntum di dalam dokumentasi keperawatan akan mengikuti tahapan dari pelaksanaan proses keperawatan, antara lainnya:

a. Dokumentasi pengkajian keperawatan

1) Definisi

Rahmi (2019) menjelaskan bahwasannya dokumentasi pengkajian keperawatan adalah catatan dari perawat terkait hasil dari pengkajian yang telah dilakukan dalam pengumpulan informasi yang berkaitan dengan pasien. Perawat akan menyusun catatan yang termasuk dalam respon yang dikeluhkan oleh pasien. Identifikasi permasalahan kesehatan yang dialami oleh pasien akan didapatkan melalui pengkajian yang komprehensif yang dilakukan oleh seorang perawat. Permasalahan kesehatan tersebut didapatkan melalui proses pengkajian yang nantinya dapat digunakan sebagai bahan dalam penegakan diagnosis keperawatan.

2) Tujuan

Menurut Mulyanti (2017) terdapat beberapa tujuan dalam pendokumentasian pengkajian dalam keperawatan yaitu:

- a) Pengumpulan, pengorganisasian, dan pencatatan data yang berhubungan dengan respon individu yang dapat mempengaruhi pola kesehatan dari pasien.
- b) Sebagai dasar dalam penulisan dalam perencanaan asuhan keperawatan.
- c) Sebagai informasi dasar terkait status kesehatan dari pasien baik saat ini atau yang lalu.
- d) Sebagai sumber dalam pemberian data yang cukup dalam menentukan perawatan yang akan dilalui oleh pasien dengan penentuannya berdasarkan kebutuhan pasien selama proses perawatan.

3) Tahap pengkajian

Menurut Mulyanti (2017), dalam pendokumentasian keperawatan pada tahap pengkajian, terdapat beberapa jenis dokumentasi, antara lainnya:

- a) *Initial Assessment* (pencatatan pengkajian awal)

Dokumentasi yang dilakukan yaitu saat awal pasien masuk pada fasilitas layanan kesehatan. Data yang didapatkan dari pasien merupakan data umum yang akan digunakan sebagai dasar dalam pemberian asuhan keperawatan.

b) *Ongoing Assessment* (pencatatanengkajian lanjutan)

Data yang digunakan atau didapatkan pada tahapan ini yaitu data pengembangan yang digunakan sebagai pelengkap saat *initial assessment*. Tujuannya sendiri yaitu data diharapkan lebih lengkap dan jelas sehingga menjadi pendukung yang optimal dalam menentukan permasalahan kesehatan yang dialami oleh pasien. Data – data yang tercantum dalam *ongping assessment* ini akan terintegrasi dalam catatan perkembangan dan masuk di dalam lembar data penunjang pasien.

c) *Reassessment* (pencatatan pengkajian ulang)

Data yang tercantum di dalam dokumentasi ini yaitu data yang berasal dari tahapan evaluasi. Nantinya perawat akan melakukan pengkajian ulang berdasarkan respon pasien selama tahapan evaluasi setelah pemberian tindakan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien.

Pengkajian keperawatan juga bisa dengan pendekatan masing-masing cabang keilmuan dalam keperawatan, antara lain (Kurniawan et al., 2019):

a) Identitas Pasien

Menggambarkan pasien yang sedang dirawat. Perawat perlu menggali beberapa data diantaranya nama lengkap pasien, usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, alamat rumah, nomor rekam medis, dan status status pernikahan.

b) Riwayat Kesehatan Pasien

Pengkajian riwayat kesehatan pasien adalah tahapan anamnesis untuk menggali status dari kesehatan pasien mulai sebelum mencari bantuan sampai riwayat kesehatan keluarganya.

c) Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan kondisi pasien secara umum akibat dari penyakit atau keadaan yang dialami pasien (baik, lemah, sakit akut, sakit kronis, merintih, berkeringat, gemetar), ekspresi wajah, postur dan posisi tubuh, kebersihan diri, tanda-tanda vital, derajat kesadaran.

4) Pedoman umum dokumentasi pengkajian

Terdapat pedoman dalam pencatatan dokumentasi pengkajian, diantaranya (Ali, 2014):

- a) Format yang digunakan harus mudah diisi, jelas, dan terstruktur secara ringkas.
 - b) Penatalaksanaan kesehatan yang dilakukan harus melihat respon pasien yang juga akan dimasukkan dalam pengkajian.
 - c) Pengobatan terdahulu yang pernah dilakukan oleh pasien
 - d) Data yang diperoleh kemudian ditambahkan di dalam format pengkajian yang telah ditentukan.
 - e) Data dikelompokkan sesuai dengan kategori respon yang dikeluarkan oleh pasien. Contohnya yaitu pengkategorian kelompok data mekanisme koping, nutrisi, eliminasi, dan komunikasi. Selain itu, data juga dapat dikategorikan sesuai dengan sistem tubuh seperti sistem pencernaan, pernafasan, dan lain sebagainya.
 - f) Pencatatan dilakukan dengan menggunakan dua data yaitu data objektif yang dikaji langsung oleh perawat dan data subjektif yang disampaikan langsung oleh pasien ataupun pihak lain dari pasien itu sendiri.
 - g) Pencatatan data objektif menyertakan pernyataan yang dapat mendukung hasil interpretasinya.
- b. Dokumentasi diagnosis keperawatan
- 1) Menurut Asprisunadi dkk (2017) dalam SDKI, mengartikan diagnosis keperawatan sebagai suatu penilaian klinis terhadap respon yang dikeluarkan oleh pasien yang muncul akibat adanya permasalahan kesehatan secara aktual ataupun potensial. Diagnosis

keperawatan bertujuan untuk dapat mengidentifikasi respon pasien (individu, keluarga dan komunitas) yang berkaitan dengan permasalahan kesehatan yang dikeluhkan oleh pasien tersebut.

2) Jenis diagnosis keperawatan

Berikut merupakan jenis-jenis diagnosis keperawatan (Carpenito, 2013; Potter & Perry, 2013 dalam Asprisunadi dkk, 2017):

a) Diagnosis aktual

Menggambarkan reaksi pasien terkait proses kehidupan atau kondisi kesehatannya yang dapat menyebabkan pasien tersebut mengalami permasalahan dalam kesehatannya. Pada diagnosis aktual ini akan menemukan tanda dan gejala mayor dan minor yang dapat diidentifikasi sebagai bahan penegakan diagnosis keperawatan.

b) Diagnosis resiko

Menggambarkan reaksi pasien terkait proses kehidupan atau kondisi kesehatannya yang dapat berisiko menyebabkan pasien tersebut mengalami permasalahan dalam kesehatannya. Pada diagnosis resiko tidak terdapat tanda dan gejala mayor dan minor, tetapi akan menemukan beberapa faktor risiko yang mungkin menjadi salah satu permasalahan yang dapat berisiko menyebabkan permasalahan kesehatan tersebut.

c) Diagnosis promosi kesehatan

Menggambarkan kondisi pasien yang memiliki motivasi dan keinginan dalam meningkatkan kesehatannya ke arah yang lebih baik dan optimal.

3) Proses penegakan diagnosis keperawatan

Menurut Asprisunadi dkk (2017) dalam SDKI, penegakan diagnosis keperawatan merupakan salah satu proses dalam penentuan masalah kesehatan yang dihadapi oleh pasien. Terdapat tiga tahapan dalam proses menegakkan diagnosis keperawatan, antara lain:



Gambar 2. 1 Tahapan penegakan diagnosis keperawatan (Aprisunadi, 2017)

Metode dalam menuliskan diagnosis keperawatan terbagi menjadi dua, yaitu (Asprisunadi, dkk., 2017):

a) *Three part* (penulisan diagnosis dengan tiga bagian)

Metode dalam penulisan diagnosis keperawatan ini yaitu meliputi masalah kesehatan, penyebab permasalahan tersebut, serta tanda dan gejala yang muncul. Metode tiga bagian ini hanya dapat digunakan dalam penegakan diagnosis keperawatan aktual. Formula dalam penulisannya yaitu sebagai berikut.

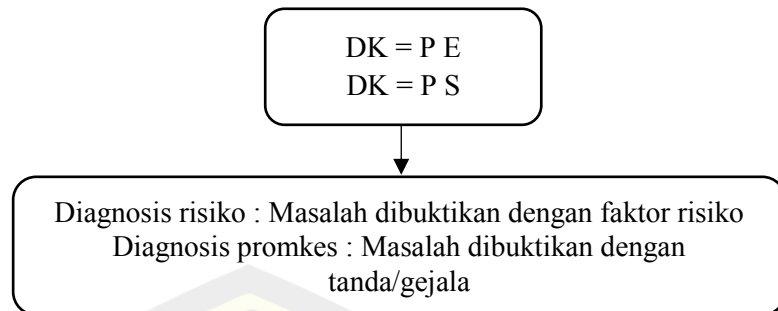


Gambar 2. 2 Metode diagnosis aktual (Aprisunadi, 2017)

B.d merupakan singkatan dari frase berhubungan dengan dan d.d singkatan dari ditandai dengan.

b) *Two part* (penulisan diagnosis dengan dua bagian)

Metode dalam penulisan diagnosis keperawatan ini yaitu masalah kesehatan dan faktor risiko saja, atau dapat digunakan juga dengan masalah kesehatan dan promosi kesehatan yang akan dilakukan. Penulisan dalam metode ini digunakan dalam penegakan diagnosis keperawatan risiko dan promosi. Formula dalam penulisannya sebagai berikut.



Gambar 2. 3 Metode diagnosis resiko (Aprisunadi, 2017)

c. Dokumentasi intervensi keperawatan

1) Definisi

Menurut Asprisunadi dkk (2017) dalam SIKI, perencanaan keperawatan merupakan segala proses yang akan dilakukan (Tindakan Keperawatan) oleh perawat yang berdasarkan pada penilaian klinis dan pengetahuan untuk mencapai *outcome* yang diharapkan. Berikut merupakan beberapa macam tindakan keperawatan yaitu:

a) Tindakan observasi:

Tindakan ini bertujuan untuk menganalisa dan mengumpulkan data status kesehatan dari pasien. Pada umumnya tindakan yang dilakukan pada tahapan ini akan banyak menggunakan kata - kata monitor, periksa, atau identifikasi. Perawat akan direkomendasikan dalam menghindari penggunaan kata – kata kaji karena dapat menyebabkan kerancuan data, hal ini didasari karena kaji hanya dapat digunakan dalam tahapan pengkajian saja. Dengan demikian dapat membedakan antara pengkajian keperawatan yang merupakan tahap prediagnosis dengan tindakan keperawatan yang merupakan tahap pascadiagnosis.

b) Tindakan terapeutik

Tindakan ini bertujuan dalam proses pemulihan dari kondisi pasien yang tidak optimal. Dalam tahapan ini juga akan meminimalisir dan mencegah terjadinya oenurunan status

kesehatan pasien, sehingga beberapa tindakan yang dilakukan menggunakan kata – kata berikan, lakukan dan lain sebagainya.

c) Tindakan edukasi

Tindakan ini bertujuan agar pasien mampu dalam merawat dirinya secara mandiri. Proses dalam tahapan ini yaitu memberikan materi untuk peningkatan pengetahuan pasien dan keluarga dalam proses pemulihan kesehatan. Pada umumnya tindakan ini menggunakan kata ajarkan, anjurkan, atau latih.

d) Tindakan kolaborasi

Tindakan ini bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan pasien dengan peran perawat sebagai kolaborator. Dalam tahapan ini perawat akan berkolaborasi bersama tim kesehatan lainnya dalam mengatasi permasalahan kesehatan yang dialami oleh pasien. Tindakan ini dilakukan ketika perawat membutuhkan profesi lain dalam proses perawatan pasien. Umumnya dalam tahapan ini akan menggunakan kata – kata kolaborasi, rujuk, dan konsultasikan.

2) Tahapan intervensi keperawatan

Dalam proses membuat rencana keperawatan, terdapat beberapa hal yang perlu untuk diperhatikan sebagai berikut (Mulyanti, 2017).

a) Penentuan prioritas masalah kesehatan pasien

Perawat akan menentukan diagnosis prioritas karena perawat tidak dapat menyelesaikan secara bersamaan permasalahan kesehatan. Perawat akan menentukan prioritas diagnosis berdasarkan urgensi permasalahan kesehatan yang dihadapi oleh pasien. Perawat akan menentukan prioritas diagnosis berdasarkan masalah yang dapat mengancam jiwa dan berdampak buruk jika tidak segera ditangani.

b) Menentukan kriteria hasil dan tujuan

Tujuan menjadi salah satu ukuran yang dapat digunakan oleh seorang perawat dalam proses evaluasi yang dilakukan di akhir

tindakan. Tujuan ini akan menjadi gambaran sejauh mana tindakan dapat memberikan dampak dalam peningkatan kesehatan pada masalah kesehatan pasien.

c) Menentukan intervensi

Intervensi disebut juga dengan rencana tindakan keperawatan yang akan diberikan pada pasien. Intervensi harus ditulis secara spesifik sesuai dengan kebutuhan pasien. Intervensi juga ditulis secara jelas dan dapat diukur. Dalam intervensi keperawatan haruslah ditulis secara selaras dengan rencana medis, hal ini bertujuan agar adanya keselarasan dalam peningkatan status kesehatan pasien.

d. Dokumentasi tindakan keperawatan

1) Definisi

Tindakan keperawatan merupakan tindakan yang dilakukan oleh perawat sesuai dengan intervensi yang telah direncanakan sebelumnya. Dokumentasi dilaksanakan dengan cara mencatat proses pelaksanaan perencanaan keperawatan yang meliputi siapa yang melakukan tindakan, tindakan apa yang dilakukan, mengapa tindakan tersebut dilakukan, dimana tindakan tersebut dilakukan, kapan tindakan tersebut dilakukan, dan bagaimana tindakan tersebut dilakukan (Ali, 2014).

2) Jenis tindakan keperawatan

Dalam pelaksanaannya, tindakan keperawatan dibagi menjadi tiga yaitu (Rahmi, 2019):

a) Tindakan keperawatan independen

Tindakan keperawatan independen merupakan tindakan yang dilakukan oleh seorang perawat tanpa adanya perintah ataupun petunjuk dari tim kesehatan lainnya. Contoh dari tindakan keperawatan independen yaitu membantu pasien dalam pemenuhan *Activity Daily Living* (ADL), memberikan motivasi,

memberikan pasien lingkungan yang terapeutik, mengatur posisi tidur pasien, dan lain-lain.

b) Tindakan keperawatan kolaboratif

Tindakan keperawatan kolaboratif merupakan tindakan yang dilakukan oleh seorang perawat dengan dasar kerja sama dalam peningkatan status kesehatan pasien. Contoh dari tindakan keperawatan kolaboratif yaitu pemberian terapi obat, pemasangan NGT, pemasangan kateter, dan lain sebagainya.

c) Tindakan keperawatan dependen

Tindakan keperawatan dependen merupakan tindakan yang dilakukan oleh seorang perawat yang didasarkan karena adanya perintah ataupun rujukan dari tim kesehatan lainnya. Contoh dari tindakan ini yaitu program diet yang harus dilaksanakan oleh pasien sesuai dengan anjuran dari ahli gizi dan peningkatan mobilisasi sesuai dengan anjuran dari fisioterapi.

e. Dokumentasi evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan salah satu proses dalam asuhan keperawatan yang melihat gambaran keberhasilan tindakan keperawatan yang dilakukan kepada pasien. Dalam proses evaluasi ini akan diketahui apakah tujuan di dalam intervensi keperawatan dapat tercapai dengan optimal atau adakan suatu hal yang dapat menyebabkan tujuan tersebut terhambat (Ali, 2014). Terdapat tiga komponen yang penting dalam evaluasi keperawatan, antara lain (Kurniawan et al., 2019):

1) Pengkajian ulang (Pendekatan “S-O”)

Tujuan dari pengkajian ulang adalah untuk mengumpulkan data yang sesuai dengan kriteria hasil. Data yang telah dikumpulkan merupakan data subjektif dan objektif yang sesuai dengan kriteria hasil pada masing-masing diagnosis keperawatan. Proses dalam pengumpulan data dapat menggunakan teknik wawancara, observasi langsung, pemeriksaan fisik, memeriksa dokumen.

2) Penentuan Kesimpulan (Pendekatan “A”)

Penentuan kesimpulan memiliki tujuan untuk mengetahui efektivitas dari perencanaan dan pencapaian tujuan. Jika kriteria hasil tercapai maka tujuan dapat tercapai dan masalah pasien dapat teratasi. Terdapat tiga kesimpulan yang dapat diambil oleh perawat, yaitu:

a) Masalah belum teratasi

Kesimpulan ini bisa diambil jika status kesehatan pasien tidak mengalami perubahan.

b) Masalah masih ada dan perencanaan efektif

Kesimpulan ini bias diambil apabila status kesehatan pasien yang terbaru belum mencapai kriteria hasil namun ditemukan adanya perkembangan kearah yang lebih baik.

c) Masalah teratasi

Kesimpulan ini diambil jika status kesehatan pasien telah mencapai kriteria hasil.

3) Penentuan Rencana Selanjutnya (Pendekatan “P”)

Penentuan rencana keperawatan yang selanjutnya dapat disesuaikan dengan kesimpulan yang diambil perawat. Berikut merupakan pilihan rencana selanjutnya:

a) Ganti perencanaan

Rencana ini diambil apabila masalah pasien tidak teratasi atau tidak ada perubahan.

b) Lanjutkan perencanaan

Rencana ini diambil apabila masalah pasien masih ada dan perencanaan masih efektif atau masalah teratasi.

c) Hentikan perencanaan

Rencana ini diambil apabila masalah pasien teratasi atau pasien dan perawat mengakhiri kontrak perawatan.

2.3. Konsep Puskesmas

2.3.1. Pengertian

Puskesmas merupakan salah satu pengembangan kesehatan dan kesejahteraan masyarakat dalam memberikan pelayanan secara terpadu di wilayah kerja masing – masing puskesmas. Selain itu, puskesmas juga dapat diartikan sebagai suatu kesatuan fungsional dalam bidang kesehatan yang diberikan kepada masyarakat (Satrianegara, 2014). Dalam Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No. 43 Tahun 2019 Tentang Puskesmas menyebutkan bahwa puskesmas menjadi salah satu pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama yang berfokus pada upaya preventif dan promotif dalam optimalisasi kesehatan masyarakat di suatu wilayah kerjanya.

Berdasarkan beberapa pengertian di atas dapat diartikan bahwasannya puskesmas merupakan salah satu fasilitas yang memberikan pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelaksanaan sebagai suatu upaya kesehatan terpadu kepada perseorangan dan masyarakat serta menjadi tingkat pertama dalam pelaksanaannya dengan tujuan untuk tercapainya derajat kesehatan yang optimal di wilayah masing – masing.

2.3.2. Prinsip Penyelenggaraan Puskesmas

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 43 Tahun 2019 prinsip penyelenggaraan Puskesmas meliputi:

a. Paradigma sehat

Puskesmas dapat menjadi salah satu fasilitas pelayanan kesehatan yang berperan aktif dalam menggerakkan partisipasi masyarakat dalam peningkatan kesehatan dan minimalisir terjadinya risiko masalah kesehatan melalui GERMAS (Gerakan Masyarakat Hidup Sehat).

b. Pertanggungjawaban suatu wilayah

Puskesmas dapat mendorong suatu wilayah dalam mengoptimalkan tingkat kesehatan dan kesehjahteraannya melalui pembangunan kesehatan yang baik di setiap wilayah kerja. mendorong dan bertanggung jawab terhadap pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya.

c. Masyarakat yang mandiri

Puskesmas dapat menjadi salah satu penyedia pelayanan kesehatan yang dapat turut serta dalam peningkatan kemandirian masyarakat terutama dalam aspek kesehatan masyarakat.

d. Pelayanan kesehatan yang mudah diakses

Ketersediaan puskesmas di setiap wilayah kerja yang dapat memudahkan masyarakat dalam mengakses fasilitas kesehatan di lingkungan sekitarnya. Dengan adanya puskesmas, masyarakat dapat terbantu dalam pelaksanaan peningkatan kesehatan tanpa memikirkan kondisi perbedaan agama, status sosial, budaya, dan ekonominya

e. Pemanfaatan teknologi yang tepat guna

Sesuai dengan perkembangan zaman, puskesmas menjadi salah satu penyedia pelayanan yang dituntut untuk terus mengembangkan kesehatan sesuai dengan perkembangan teknologi. Teknologi yang dimanfaatkan juga tidak boleh berdampak buruk bagi lingkungan sekitar dan memudahkan masyarakat dalam memanfaatkannya sesuai dengan kebutuhan masing – masing individu.

2.3.3. Fungsi Puskesmas

Puskesmas berperan sebagai penyedia pelayanan yang menyeluruh di lingkungan masyarakat. Puskesmas bersifat terpadu dan dapat diterima di lingkungan masyarakat. Upaya kesehatan yang disediakan oleh puskesmas dititikberatkan untuk optimalisasi kesehatan masyarakat dengan pemanfaatan ilmu pengetahuan dan teknologi serta biaya yang tidak memberatkan masyarakat (Budiarto, 2017).

Puskesmas menjadi pelaksana teknis yang di bawahi langsung oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Pelaksanaan upaya kesehatan yang dilakukan oleh puskesmas bersifat komprehensif yaitu preventif, promotif, kuratif, dan rehabilitatif. Pelaksanaan upaya kesehatan dilakukan melalui program Upaya Kesehatan Perorangan (UKP) dan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM). Selain memberikan pelayanan rawat jalan, puskesmas juga dapat memberikan pelayanan rawat inap. Sebagai upaya pemberian layanan yang terbaik, tentunya puskesmas

selalu mengusahakan untuk selalu memperhatikan mutu pelayanan yang baik demi tercapainya tingkat kesehatan masyarakat yang optimal. Keberadaan puskesmas memiliki nilai penting bagi kondisi masyarakat yang berada di ekonomi menengah kebawah, dengan adanya puskesmas juga dapat bermanfaat dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang mudah diakses oleh masyarakat untuk pemenuhan kebutuhan yang lebih memadai dalam kesehatan (Budiarto, 2017).

2.4. Gambaran Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan di Puskesmas

Lengkap memiliki arti tidak ada kurangnya, lengkap juga bermakna genap. Kelengkapan berarti perihal lengkap, kegenapan, kekompletan (Firadika, 2020). Dokumentasi keperawatan menjadi salah satu sarana dalam berkomunikasi antara perawat dengan tenaga kesehatan lainnya. Komunikasi yang dilakukan bertujuan untuk pemenuhan kebutuhan kesehatan pasien agar segera kembali pulih dari masalah kesehatan yang dihadapi. Tanpa adanya dokumentasi keperawatan yang lengkap, pelaksanaan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat tidak dapat dipertanggungjawabkan sebagai bentuk upaya peningkatan mutu kualitas pelayanan peningkatan kesehatan pasien (Sinlaeloe, 2020).

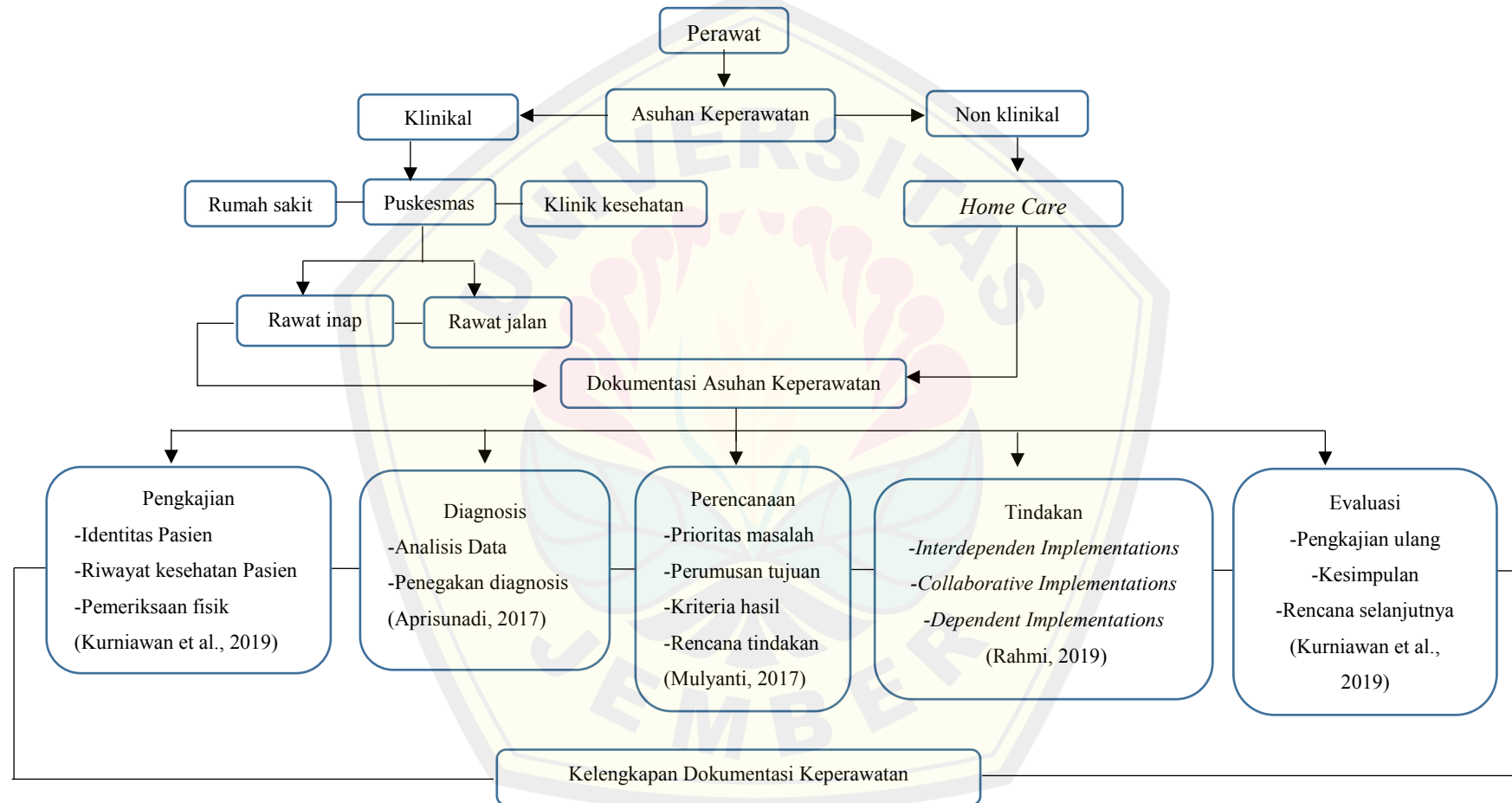
Sinlaeloe (2020) dalam penelitiannya menyatakan bahwasanya kelengkapan dokumentasi keperawatan diartikan dengan pengisian dari pengkajian hingga evaluasi terisi penuh sesuai dengan kondisi pasien yang sebenarnya dan sesuai dengan standar pengisiannya. Tidak lengkapnya dokumentasi keperawatan akan berdampak langsung pada rekam medis pasien. Selain itu, tidak lengkapnya pencatatan dalam dokumentasi keperawatan juga akan berdampak pada aspek administrasi, keuangan, penelitian, dan juga legalitas dokumen.

Penelitian yang dilakukan Mailani (2019) bertempat di Puskesmas Lubuk Buaya mendapatkan hasil bahwasannya ditemui beberapa kesalahan pada saat penegakkan diagnosis diantaranya yaitu pengisian diagnosis keperawatan yang tidak dalam kolom diagnosis atau lebih tepatnya pengisiannya tidak sesuai dengan standar. Begitupun dengan pencatatan pada bagian intervensi keperawatan yang ditulis tidak berdasarkan dengan prioritas diagnosis. Hal ini menyebabkan pemberian pelayanan keperawatan kepada pasien akan terganggu dan tidak sesuai

dengan pelaksanaan asuhan yang benar. Selain itu, pelaksanaan intervensi juga tidak menyertakan kolaborasi bersama dengan tenaga kesehatan lainnya, sehingga pelaksanaan pelayanan yang diberikan tidak menggambarkan keprofesionalan seorang perawat. Dengan adanya hal tersebut, gambaran kelengkapan dokumentasi keperawatan di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik ini dapat menjadi salah satu rujukan yang dapat digunakan bagi Puskesmas di wilayah kerjanya dalam mencatat ataupun mengisi dokumentasi keperawatan yang sesuai dengan format, akurat, dan pengisiannya yang lengkap terstandar sebagai salah satu bentuk upaya peningkatan mutu pelayanan asuhan keperawatan.



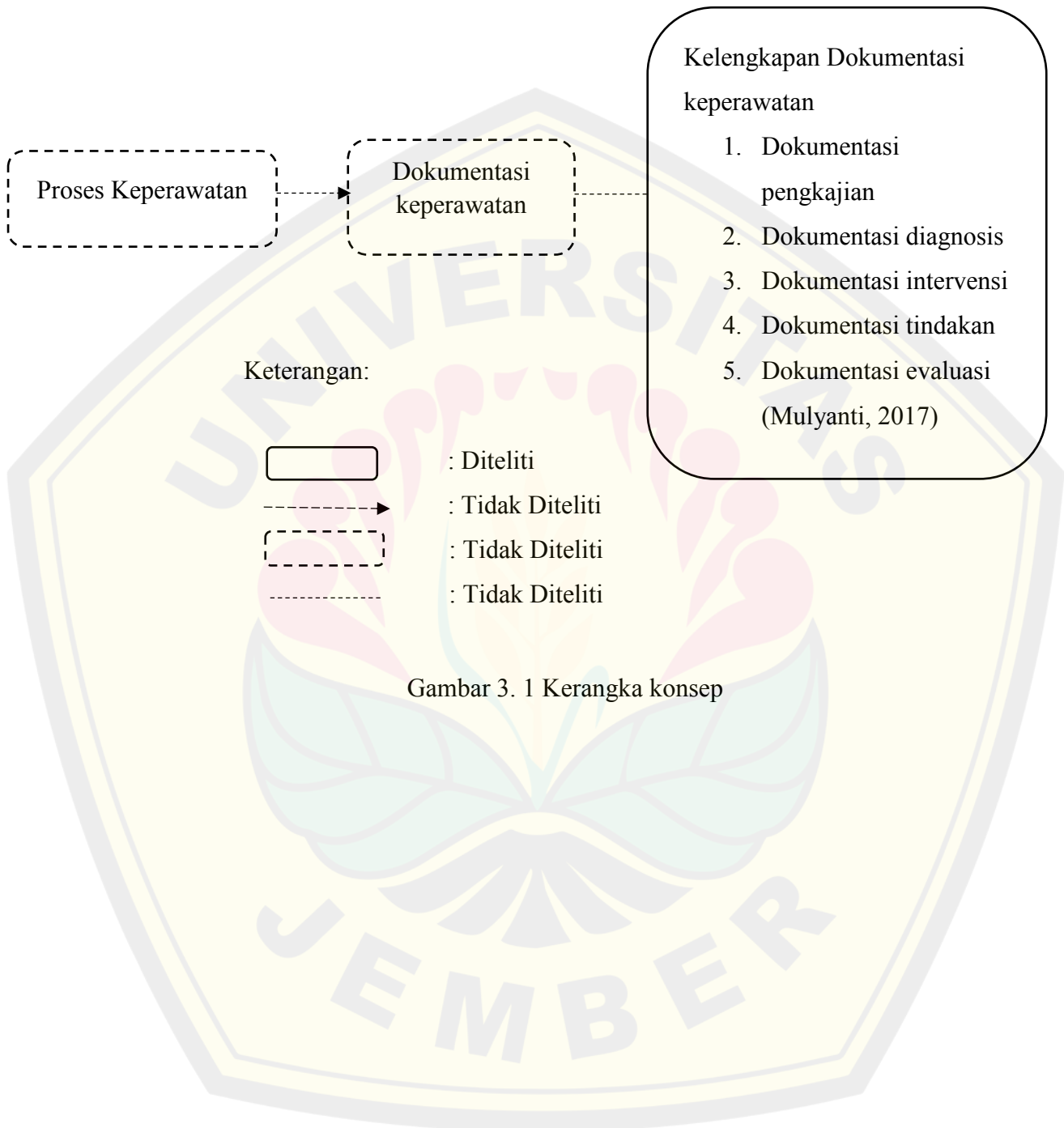
2.5. Kerangka Teori



Gambar 2. 4 Kerangka teori

BAB 3. KERANGKA KONSEP

3.1. Kerangka Konsep



Gambar 3. 1 Kerangka konsep

BAB 4. METODE PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan rancangan suatu penelitian. Desain penelitian merupakan rencana kerja melalui pembuatan konstruksi untuk menjawab setiap pertanyaan (Mulyadi, 2013). Desain penelitian ini adalah deskriptif yang berusaha memberikan deskripsi terkait suatu kejadian, gejala, dan peristiwa yang sedang terjadi (Tabrani, 2016). Penelitian ini memiliki tujuan yaitu mengidentifikasi gambaran kelengkapan pendokumentasian keperawatan di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik.

4.2. Populasi dan Sampel Penelitian

4.2.1. Populasi Penelitian

Populasi merupakan seluruh objek atau subjek yang memiliki suatu kualitas dan karakteristik yang berbeda – beda yang ditetapkan langsung oleh peneliti yang akan digunakan sebagai bahan dalam mempelajari fenomena agar selanjutnya dapat ditarik kesimpulan (Sugiyono, 2016). Populasi dalam penelitian ini yaitu rekam medis berupa dokumentasi asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, tindakan keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Hal ini bertujuan untuk mengetahui gambaran dari kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan. Pada area penelitian, didapatkan jumlah populasi yaitu sebanyak 308 dokumen pasien rawat inap, nilai ini diambil berdasarkan jumlah pasien rawat inap yang masuk sejak bulan Januari 2022 sampai Agustus 2022 di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik. Rincian jumlah pasien rawat inap dengan asuhan kebidanan sejumlah 20 pasien dan asuhan keperawatan sejumlah 288 pasien.

Distribusi frekuensi bulan pada data dokumentasi keperawatan yang terdapat pada Puskesmas Cerme Gresik sebagai berikut.

Tabel 4. 1 Distribusi data

Bulan	Frekuensi dokumen (n)	Persentase (%)
Januari	60	20,8
Februari	20	6,9
Maret	32	11,1
April	31	10,8
Mei	31	10,8
Juni	44	15,3
Juli	36	12,5
Agustus	34	11,8
Total	288	100

Data dokumentasi tertinggi yaitu pada bulan Januari sebesar 60 dokumentasi keperawatan (20,8%). Selanjutnya, untuk data dokumentasi terendah yaitu pada bulan Februari dengan total 20 dokumen (6,9%).

4.2.2. Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari suatu populasi yang akan diukur atau diamati oleh seorang peneliti (Murti, 2015). Sampel harus dapat mewakili populasi. Sampel yang akan digunakan dalam penelitian ini yaitu seluruh dokumentasi asuhan keperawatan yang tercatat sejak Januari 2022 sampai Agustus 2022. Jumlah sampel pada penelitian ini adalah 288 dokumen asuhan keperawatan pasien rawat inap Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik.

4.2.3. Teknik Pengambilan Sampel

Sampel diartikan sebagai satu bagian dari sejumlah populasi yang memiliki karakteristik yang berbeda – beda (Sugiyono, 2016). Penelitian ini menggunakan teknik *total sampling* yaitu suatu teknik yang menggunakan semua populasi sebagai sampel dari penelitian. *Total sampling* pada penelitian ini yaitu berjumlah 288 rekam medis berupa dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien rawat inap Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik.

4.2.4. Kriteria Sampel

Penelitian ini memiliki beberapa kriteria sampel yang meliputi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi, diantaranya:

- a. Kriteria inklusi diartikan sebagai suatu karakteristik umum yang harus dipenuhi oleh subyek penelitian dari populasi untuk dapat dijadikan sampel penelitian (Masturoh & Anggita, 2018). Kriteria inklusi penelitian ini yaitu:
 - 1) Dokumen rekam medis pasien yang melakukan administrasi sejak Januari 2022 sampai Agustus 2022.
- b. Kriteria eksklusi diartikan sebagai suatu karakteristik dari populasi yang tidak dapat dijadikan sebagai sampel dalam penelitian (Masturoh & Anggita, 2018). Kriteria eksklusi penelitian ini yaitu:
 - 1) Dokumen rekam medis pasien yang dalam suatu kondisi tidak diperbolehkan untuk dievaluasi oleh pihak Puskesmas Cerme Gresik.

4.3. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik.

4.4. Waktu Penelitian

Tahap pembuatan proposal penelitian ini dimulai sejak bulan Oktober 2021 untuk pengajuan judul dan penyusunan proposal hingga bulan Oktober 2022. Seminar proposal dilaksanakan pada tanggal 30 September 2022. Pelaksanaan pengambilan data dilakukan pada tanggal 6 Desember - 17 Desember 2022. Analisa data dan penyusunan hasil penelitian dilaksanakan pada bulan Desember 2022 sampai bulan Januari 2023. Waktu penelitian dihitung mulai dari pembuatan proposal hingga nantinya dilakukan publikasi jurnal ilmiah.

4.5. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah makna atau arti dari variabel dalam penelitian dengan tujuan untuk mempermudah proses dalam penelitian, dalam hal ini termasuk proses pengumpulan, pengolahan serta analisa data. (Masturoh &

Anggita, 2018). Definisi operasional pada penelitian yang dilakukan ini menjelaskan tentang kelengkapan dokumentasi keperawatan.

Tabel 4. 2 Definisi operasional

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala	Hasil
Kelengkapan dokumentasi keperawatan	Lengkapya pencatatan dalam pendokumen-tasian asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik.	Terisi lengkap sesuai dengan standar dari tahap pengkajian , diagnosis, intervensi, tindakan, hingga evaluasi.	Modifikasi instrumen dokumentasi asuhan keperawatan oleh Aini, (2018) yang diambil dari Departemen Kesehatan RI (2005) dengan penilaian meliputi 20 aspek.	Rasio	Rata-rata persentase kelengka-pan dari dokumen-tasi pengkaji-an sampai evaluasi keperawat-an.

4.6. Pengumpulan Data

4.6.1. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang akan dilaksanakan dalam penelitian ini yaitu dengan melakukan observasi terhadap rekam medis dokumentasi asuhan keperawatan dengan menggunakan lembar observasi kelengkapan pendokumentasian keperawatan. Langkah – langkah dalam pengumpulan data yang dilakukan oleh peneliti sebagai berikut.

a. Tahap pertama

Peneliti mengajukan permohonan pelaksanaan studi pendahuluan kepada Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Jember yang dilakukan melalui laman SIKEPO Fakultas Keperawatan Universitas Jember. Setelah permohonan disetujui dan mendapatkan surat ijin melaksanakan studi pendahuluan dengan nomor 2592/UN25.1.14/SP/2022, peneliti menghubungi dan menemui bagian TU Puskesmas Cerme kemudian dari bagian TU diarahkan ke bagian Rawat Inap Puskesmas Cerme untuk

pengambilan data studi pendahuluan. Data yang diperoleh yaitu jumlah pasien yang di rawat di ruang rawat inap selama bulan Januari 2022 sampai Agustus 2022. Setelah itu peneliti mengajukan surat permohonan selesai melaksanakan studi pendahuluan dengan nomor surat 800/183/437.52.16/2022.

b. Tahap kedua

Peneliti melakukan uji etik yang dilakukan melalui Komisi Etik Penelitian Kesehatan (KEPK) Fakultas Keperawatan Universitas Jember dengan mengirimkan protokol etik. Setelah hasil telaah etik telah terbit dengan nomor 169/UN25.1.14/KEPK/2022, peneliti melakukan pengajuan surat permohonan penelitian melalui laman SIKEPO. Selanjutnya peneliti mengajukan surat permohonan izin penelitian kepada Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember dengan nomor surat 8123/UN25.1.14/LT/2022 .

c. Tahap ketiga

Pada tahapan ini peneliti mulai melaksanakan penelitian. Peneliti menghubungi Kepala Ruang Rawat Inap Puskesmas Cerme untuk memohon izin mengambil data penelitian yaitu berupa dokumentasi keperawatan yang masuk pada pasien rawat inap mulai dari bulan Januari 2022 sampai Agustus 2022 untuk kemudian di observasi terkait kelengkapan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. Pada tahap ini peneliti juga menyerahkan lembar *inform consent* kepada kepala ruang rawat inap dan kepala rekam medik Puskesmas Cerme. Setelah selesai mengambil data, peneliti mendapatkan surat keterangan selesai melakukan penelitian dari Puskesmas Cerme dengan nomor surat 800/278.16/437.5216/2022.

4.6.2. Alat atau Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian merupakan alat dalam pengukuran suatu fenomena alam ataupun sosial yang akan diteliti oleh peneliti (Sugiyono, 2016). Lembar observasi merupakan instrumen penelitian yang akan digunakan oleh peneliti.

Berdasarkan penjelasan Notoatmodjo (2018), lembar observasi adalah salah satu alat ukur berupa daftar pertanyaan yang mengacu pada variabel penelitian dan akan diobservasi oleh peneliti. Lembar observasi yang akan digunakan oleh peneliti menggunakan lembar observasi tertutup yaitu peneliti akan menilai jawaban yang sesuai akan diberikan tanda *checklist*.

Lembar observasi yang akan digunakan dalam penelitian ini menggunakan modifikasi instrumen studi dokumentasi penerapan standar asuhan keperawatan oleh Aini (2018) yang sebelumnya telah disusun oleh Tim Departemen Kesehatan RI cetakan kelima yang diterbitkan tahun 2005.

Tabel 4. 3 *Blueprint* kelengkapan dokumentasi keperawatan

Variabel	Indikator	Nomor Item	Jumlah Butir
Kelengkapan dokumentasi keperawatan	Pengkajian	1,2,3,4	4
	Diagnosis	5,6,7	3
	Perencanaan	8,9,10,11,12,13	6
	Tindakan	14,15,16,17	4
	Evaluasi	18,19,20	4
Total		20	20

4.6.3. Uji Validitas dan Uji Reliabelitas

Penegakan prinsip validitas dan reabilitas dilakukan pada instrumen penelitian atau alat ukur yang akan digunakan oleh peneliti. Uji validitas dilakukan dengan tujuan untuk dapat mengetahui kelayakan alat ukur yang digunakan apakah sudah sepatasnya digunakan untuk mengukur. Nantinya, hasil penelitian yang valid akan ditinjau melalui nilai kesamaan antara data yang dikumpulkan dengan data yang terdapat di lapangan (Sugiyono, 2016).

Instrumen yang digunakan peneliti adalah standar asuhan keperawatan yang merupakan hasil modifikasi dari kuesioner penelitian Aini (2018), sehingga peneliti melakukan uji validitas ulang.

Peneliti melaksanakan uji validitas pada instrument standar asuhan keperawatan menggunakan uji validitas konten(CVI) pada 4 ahli. CVI dikatakan valid apabila $CVI > 0,8$ (Polit dan Beck, 2008). Untuk ahli/penilai 1 yaitu dengan Ns. Retno Purwandari S.Kep., M.Kep., ahli/penilai 2 yaitu Ns. Dicky Endrian Kurniawan, S.Kep., M.Kep., ahli/penilai 3 yaitu Ns. Anisah Ardiana., M. Kep.,

Ph.D., ahli/penilai 4 yaitu Ns. Alfid Tri Afandi, S.Kep., M.Kep. Hasil uji validitas yang dilakukan oleh peneliti yaitu +1 yang berarti instrumen valid.

Uji reliabilitas digunakan untuk mengetahui keandalan dari suatu instrumen penelitian. Uji ini dilakukan untuk mengetahui konsistensi suatu kuesioner atau alat ukur penelitian jika dilakukan pengukuran ulang (Yusup, 2018). Pada penelitian ini menggunakan *interrater reliability* atau uji kappa, uji kappa adalah ukuran yang digunakan untuk menguji kesepakatan dari dua penilai atau lebih (Hendryadi, 2017). Hasil uji kappa yang dilakukan antara peneliti dengan dua penilai lain (Ns. Retno Purwandari, M.Kep., Ns. Dicky Endrian Kurniawan, M.Kep.) yaitu sebesar 0,689 yang berarti konsistensi penilaian dengan instrumen baik.

4.7. Pengelolaan Data

4.7.1. Editing

Editing merupakan suatu proses pemeriksaan data yang telah terkumpul dalam proses penelitian menggunakan instrumen penelitian. Proses *editing* dilakukan dengan menjumlahkan dan mengoreksi data yang telah diperoleh peneliti. Kegiatan *editing* dapat dilakukan dengan menjumlah dan menghitung lembaran daftar pertanyaan yang sudah terisi. Hal ini bertujuan untuk dapat mengetahui data yang diperoleh sudah sesuai dengan jumlah yang telah ditentukan sebelumnya (Budiarto, 2012). Peneliti memeriksa kembali dari keseluruhan dokumen asuhan keperawatan yang telah diobservasi agar dapat mengetahui kesesuaian data yang telah diperoleh selama penelitian dan yang telah ditentukan.

4.7.2. Coding

Coding diartikan sebagai pemberian kode pada variabel yang akan diteliti dengan tujuan untuk mempermudah dalam pengelolaan data. Pemberian kode dapat dilakukan sebelum atau sesudah pengumpulan data dilaksanakan. Setelah proses *coding* selesai, selanjutnya kode-kode – kode tersebut dikembalikan seperti variabel aslinya kembali (Budiarto, 2012). Pemberian kode dalam penelitian ini yaitu untuk isi dari instrumen penelitian:

- a. Diisi = 1
- b. Tidak diisi = 0

4.7.3. *Entry data*

Entry data diartikan sebagai proses pemasukan data secara tepat, cepat, mudah, dan terjamin kemanannya (Swarjana, 2016). Dalam penelitian yang dilakukan oleh peneliti, data yang telah terkumpul akan dilakukan *entry data* atau memasukkan data kedalam komputer untuk selanjutnya dapat dilakukan penganalisisan data.

4.7.1. *Cleaning data*

Cleaning data merupakan suatu proses pembersihan data yang dilakukan setelah pemasukan data (Sumantri, 2015). *Clening data* ini bertujuan untuk pengecekan apakah terdapat kesalahan pengkodean. Jika terdapat kesalahan kode, data akan dilakukan pembetulan dan pemasukan ulang data. Dalam tahapan *clenaning data* akan dapat mengetahui *missing data* dan mengetahui *input data* yang dilakukan sudah benar atau belum (Lusiana, 2015). Dalam penelitian ini, peneliti akan mengoreksi ulang data – data yang telah masuk dan mengecek kembali apakah terdapat kesalahan dalam pengkodean data yang tekah dimasukkan.

4.8. Analisis Data

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan analisis univariat. Analisis univariat memiliki tujuan untuk dapat menjelaskan atau mendiskripsikan karakteristik variabel penelitian yang digunakan. Variabel dalam penelitian ini adalah kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan yang akan disajikan dalam bentuk presentase dan frekuensi yang terbagi menjadi pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, tindakan keperawatan, dan evaluasi keperawatan serta dokumentasi keperawatan secara keseluruhan.

4.9. Etika Penelitian

Terdapat beberapa prinsip yang harus terpenuhi dalam pelaksanaan penelitian yang dilakukan oleh peneliti, hal ini didasarkan karena mengingat pentingnya etika dalam pelaksanaan penelitian. Beberapa prinsip yang dimaksud yaitu:

4.9.1. *Autonomy*

Peneliti memiliki kewajiban dalam melindungi responden baik dari harga diri dan juga kebebasan dalam memilih untuk ikut serta tidaknya dalam penelitian yang akan dilakukan (Swarjana, 2016). Pada penelitian ini, peneliti memberikan lembar *informed* kepada kepala ruang rawat inap dan kepala rekam medis dan menjelaskan tentang tujuan pelaksanaan penelitian ini. Peneliti juga memberikan lembar *consent* sebagai bentuk persetujuan sebagai bahan untuk mengevaluasi dokumen asuhan keperawatan pasien rawat inap Puskesmas Cerme Gresik dengan menandatangani lembar tersebut.

4.9.2. Prinsip Kebaikan

Prinsip ini dapat diartikan bahwa penelitian ini dapat membawa manfaat dan tidak merugikan pihak Puskesmas Cerme Gresik dalam penelitian. Responden dilibatkan dalam penelitian dengan maksud untuk membantu tercapainya tujuan penelitian dan dapat diaplikasikan dalam kehidupan nyata (Komisi Etik Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Nasional, 2017). Pada penelitian ini, peneliti menjelaskan tujuan dan manfaat dari penelitian kepada kepala ruang rawat inap dan kepala rekam medis agar tidak terjadi kesalahpahaman antara peneliti dengan pihak Puskesmas Cerme Gresik. Manfaat yang diperoleh dari penelitian ini yaitu Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik dapat mengetahui gambaran kelengkapan dokumentasi keperawatan yang selama ini sudah terlaksana sehingga kedepannya dapat lebih mengoptimalkan dokumentasi keperawatan dalam setiap aspek. Sedangkan manfaat bagi perawat yaitu untuk memotivasi agar tidak menyepelekan dokumentasi keperawatan karena dokumenetasi keperawatan dapat menggambarkan kualitas pelayanan kepada pasien sekaligus sebagai aspek legal untuk tanggung jawab dan tanggung gugat dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

4.9.3. Prinsip Kerahasiaan

Peneliti wajib untuk menjaga kerahasiaan informasi responden agar dapat menerapkan prinsip kerahasiaan dalam penelitian. Data tentang responden hanya dapat diperoleh oleh peneliti (Purnama, 2016). Peneliti harus menjaga informasi atau kerahasiaan atas segala bentuk data yang diperoleh dari Puskesmas Cerme Gresik dengan cara tidak mengambil gambar saat pengambilan data, menjaga berkas data hasil evaluasi dengan baik, dan tidak menyebarkan rekam medis pasien.



BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN

5.1. Hasil Penelitian

5.1.1. Gambaran Kelengkapan Pendokumentasian Keperawatan

Gambaran dokumentasi keperawatan pada Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik didapatkan hasil yaitu dari keseluruhan dokumen asuhan keperawatan sejumlah 288 dokumen memiliki nilai kelengkapan sebesar 59,1%.

Tabel 5. 1 Gambaran nilai rata-rata kelengkapan dokumentasi keperawatan di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik (n = 288)

Indikator	Persentase kelengkapan %
Asuhan Keperawatan	59,1

Berdasarkan tabel 5.1 menunjukkan bahwasannya dari 288 dokumen asuhan keperawatan yang dievaluasi menggunakan 20 poin penilaian dari Depkes (2005) mendapatkan nilai yang belum optimal yaitu 59,1%. Nilai tersebut didapatkan dari rata-rata pada aspek dokumentasi keperawatan mulai dari pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan. Jumlah dokumen tersebut selanjutnya dikelompokkan sesuai dengan lima aspek pada asuhan keperawatan seperti pada Tabel 5.2

Tabel 5. 2 Gambaran rata-rata kelengkapan dokumentasi keperawatan pada masing-masing aspek di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik(n = 288)

Aspek dokumentasi	Persentase (%)
Pengkajian Keperawatan	73,4
Diagnosis Keperawatan	65,0
Intervensi Keperawatan	51,0
Implementasi Keperawatan	73,4
Evaluasi Keperawatan	31,3

Aspek pengkajian dan implementasi keperawatan memiliki kelengkapan tertinggi yaitu sekitar 73,4%. Selanjutnya, aspek evaluasi keperawatan memiliki kelengkapan terendah yaitu 31,3%. Hasil tersebut didapatkan dari beberapa aspek yang disesuaikan dengan masing – masing standar asuhan keperawatan diantaranya yaitu:

a. Pengkajian Keperawatan

Aspek pengkajian yang dilakukan mendapatkan hasil bahwa kelengkapan standar pengkajian keperawatan yaitu 73,4%.

Tabel 5. 3 Aspek pengkajian keperawatan yang dinilai di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik(n = 288)

No.	Aspek yang dinilai	Diisi n(%)	Tidak diisi n (%)
1	Mencatat data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian	288 (100)	0
2	Data dikelompokkan (bio-psiko-sosio-spiritual) ke dalam format dokumentasi yang berlaku	287 (99,7)	1 (0,3)
3	Data di kaji sejak pasien masuk sampai pulang	270 (93,8)	18 (6,3)
4	Masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi hidup	0	288 (100)

Berdasarkan tabel 5.3 menunjukkan bahwa dokumentasi pengkajian keperawatan yang ada di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik sudah melaksanakan pengkajian sesuai pedoman yang berlaku dengan 100% terisi namun untuk poin nomor 4 mendapatkan nilai 100% tidak terisi. Nilai tersebut didapatkan karena format yang tersedia pada pengkajian keperawatan di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik tidak terdapat pengkajian pola fungsi hidup pasien.

b. Diagnosis Keperawatan

Aspek diagnosis yang dilakukan mendapatkan hasil bahwa kelengkapan standar diagnosis keperawatan yaitu 65,0%.

Tabel 5. 4 Aspek diagnosis keperawatan yang dinilai di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik (n = 288)

No.	Aspek yang dinilai	Diisi n (%)	Tidak diisi n (%)
1	Diagnosis Keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan	0	288 (100)
2	Diagnosis Keperawatan mencerminkan PE/PES	281 (97,6)	7 (2,4)
3	Merumuskan diagnosis keperawatan aktual/resiko/potensial	281 (97,6)	7 (2,4)

Berdasarkan tabel 5.4 menunjukkan bahwasannya perawat sudah mampu dalam menegakkan diagnosis keperawatan yang mencerminkan PE/PES sebanyak 97,6% terisi namun dalam penegakan diagnosis keperawatan tersebut belum berdasarkan masalah yang telah dirumuskan sebelumnya dengan nilai 100% tidak terisi.

c. Intervensi Keperawatan

Aspek intervensi yang dilakukan mendapatkan hasil bahwa kelengkapan standar intervensi keperawatan yaitu 51,0%.

Tabel 5. 5 Aspek intervensi keperawatan yang dinilai di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik(n= 288)

No.	Aspek yang dinilai	Diisi n (%)	Tidak diisi n (%)
1	Rencana tindakan berdasarkan diagnosa keperawatan	282 (97,9)	6 (2,1)
2	Rencana tindakan disusun menurut urutan prioritas	288 (100)	0
3	Rumusan tujuan berdasarkan SMART	0	288 (100)
4	Rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas	12 (4,2)	276 (95,8)
5	Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien dan keluarga	12 (4,2)	276 (95,8)
6	Rencana tindakan menggambarkan kerja sama dengan tim kesehatan lain, pendidikan kesehatan, tindakan mandiri perawat, dan observasi perawat.	288 (100)	0

Berdasarkan tabel 5.5 menunjukkan bahwasannya intervensi keperawatan yang disusun sesuai dengan prioritas dan sudah menggambarkan kerja sama dengan tim kesehatan lain sejumlah 100% terisi. Akan tetapi dalam menuliskan intervensi perawat belum menentukan tujuan berdasarkan SMART dengan nilai 100% tidak terisi.

d. Implementasi Keperawatan

Aspek implementasi yang dilakukan mendapatkan hasil bahwa kelengkapan standar implementasi keperawatan yaitu 73,4%.

Tabel 5. 6 Aspek implementasi keperawatan yang dinilai di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik(n = 288)

No.	Aspek yang dinilai	Diisi n (%)	Tidak diisi n (%)
1	Tindakan dilaksanakan mengacu pada rencana keperawatan	0	288 (100)
2	Semua tindakan yang telah dilaksanakan dicatat ringkas dan jelas	288 (100)	0
3	Perawat menulis waktu dilaksanakan tindakan dan paraf	280 (97,2)	8 (2,8)
4	Perawat mengobservasi respons pasien terhadap tindakan keperawatan	278 (96,5)	10 (3,5)

Berdasarkan tabel 5.6 menunjukkan bahwasannya perawat sudah mendokumentasikan tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien sejumlah 100% terisi. Namun perawat dalam melaksanakan tindakan belum mengacu pada intervensi keperawatan dengan 100% tidak terisi dikarenakan pada kolom dokumentasi implementasi perawat menuliskan beberapa tindakan yang tidak ditulis sebelumnya pada intervensi keperawatan.

e. Evaluasi Keperawatan

Aspek evaluasi yang dilakukan mendapatkan hasil bahwa kelengkapan standar implementasi keperawatan yaitu 31,3%.

Tabel 5. 7 Aspek evaluasi keperawatan yang dinilai di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik(n = 288)

No.	Aspek yang dinilai	Diisi n (%)	Tidak diisi n (%)
1	Evaluasi mengacu pada tujuan	0	288 (100)
2	Hasil evaluasi dicatat	270 (93,8)	18 (6,3)
3	Revisi tindakan berdasarkan hasil evaluasi	0	288 (100)

Berdasarkan tabel 5.7 menunjukkan bahwasannya perawat mencatat hasil evaluasi sejumlah 93,8%. Kemudian poin evaluasi mengacu pada tujuan dan revisi tindakan 100% tidak terisi karena sebelumnya perawat tidak mencantumkan tujuan dan tidak terdapat revisi tindakan kepada pasien.

5.2. Pembahasan

5.2.1. Kelengkapan Keseluruhan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Hasil penelitian yang dilakukan di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik mendapatkan gambaran kelengkapan pendokumentasian keperawatan yaitu rata-rata persentase kelengkapannya dari 288 dokumen asuhan keperawatan terdapat sebesar 59,1%. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Damanik, Fahmy, & Merdawati (2020) terkait gambaran kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan yang mendapatkan hasil sebesar 53,5% lengkap. Hasil penelitian ini menyatakan bahwa dokumentasi asuhan keperawatan yang dilakukan tidak mencapai target kelengkapan yang ditetapkan yaitu 85%. Kemudian pada penelitian Juniarti, Somantri, & Nurhakim (2020) mengenai gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan yang mendapatkan hasil rerata yaitu 77,24% lengkap. Hasil penelitian ini juga belum mencapai target pencapaian kelengkapan aspek asuhan keperawatan yang dilakukan, peneliti menyatakan bahwa hasil gambaran kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan yang dilakukan belum mencapai 100% yang artinya pelayanan dan asuhan keperawatan yang diberikan masih tergolong kurang.

Peneliti juga mendapatkan hasil kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik pada setiap aspek asuhan keperawatan. Aspek pengkajian keperawatan dan implementasi keperawatan memiliki nilai rata-rata kelengkapan tertinggi yaitu 73,4% kemudian selanjutnya aspek diagnosis keperawatan rata-rata kelengkapannya sebesar 65%, lalu pada aspek intervensi keperawatan didapatkan rata-rata kelengkapannya sebesar 51%, sedangkan aspek evaluasi keperawatan mendapatkan nilai yang paling rendah yaitu rata-rata kelengkapannya sebesar 31,3%. Dokumentasi asuhan keperawatan menjadi kewajiban yang harus dilakukan oleh seorang perawat. Kelengkapan dokumentasi keperawatan akan menjadi gambaran kualitas dan kuantitas pemberian layanan keperawatan pada pasien. Pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan menjadi alat bukti mengenai perawatan hingga layanan yang diterima oleh pasien. Dokumentasi keperawatan yang baik yaitu dokumentasi keperawatan yang akurat dan lengkap. Kelengkapan dokumentasian keperawatan

disebabkan oleh beberapa faktor diantaranya yaitu motivasi perawat, masa kerja, tingkat pendidikan, dan beban kerja (Amalia & Herawati, 2018).

Peneliti berpendapat bahwa rendahnya kelengkapan pendokumentasian keperawatan yang dilakukan di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik diakibatkan oleh format pendokumentasian keperawatan yang berbeda, format pendokumentasian yang terdapat pada Puskesmas Cerme Gresik yaitu menggunakan format *Problem, Intervention/Implementation, Evaluation* (PIE) dan pada format pengkajian tidak terdapat pengkajian pola fungsi hidup pasien. Sehingga hal tersebut berakibat kepada pencatatan yang dilakukan oleh perawat hanya menggambarkan keluhan utama yang dirasakan oleh pasien. Selain itu, peneliti juga berpendapat bahwa jumlah perawat yang terdapat di ruang rawat inap Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik terlalu sedikit dibandingkan dengan jumlah pasien yang tercatat, sehingga mungkin beban kerja yang ditanggung oleh perawat semakin besar.

5.2.2. Kelengkapan Pendokumentasian Pengkajian Keperawatan

Hasil penelitian yang dilakukan di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik menunjukkan kelengkapan pendokumentasian pengkajian keperawatan yaitu rata-rata persentase kelengkapannya sebesar 73,4%. Sejalan dengan Juniarti et al. (2020) mengenai gambaran kelengkapan pendokumentasian pengkajian keperawatan didapatkan hasil 81,61% lengkap. Kemudian didukung oleh penelitian Fitriani, Shalahuddin, & Juniarti (2020) dengan hasil penelitian kelengkapan pengkajian keperawatan yaitu 92,2% terisi lengkap. Pengkajian keperawatan merupakan langkah awal untuk mengetahui permasalahan kesehatan yang dialami oleh pasien sehingga perawat dapat mengetahui hal – hal apa saja yang dibutuhkan oleh pasien untuk dapat mengatasi masalah kesehatannya. Komponen yang terdapat dalam pengkajian keperawatan meliputi riwayat kesehatan pasien, pola hidup pasien, dan pemeriksaan fisik (Jaya et al., 2019). Pengkajian keperawatan haruslah dilakukan secara holistik sehingga pencatatan dalam aspek pengkajian dapat menjadi pengantar dalam pemberian asuhan keperawatan. Penelitian yang dilakukan oleh Sadiq, Wahid, & Hafifah (2019) menyatakan bahwa komponen pengkajian

keperawatan yang dilakukan tidak boleh terlewat dan harus terlaksana secara menyeluruh yaitu dikaji pada pasien dan keluarga, dikelompokkan sesuai dengan biologis, psikologis, sosiokultural, dan spiritual, serta dikaji hingga keadaan pasien membaik dan diperbolehkan pulang dari perawatan yang dilakukan.

Hasil temuan peneliti mendapatkan nilai tertinggi yaitu pada poin mencatat data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian diisi sebanyak 288 dokumen (100%), hasil tersebut peneliti dapatkan dengan mengevaluasi pada seluruh dokumentasi keperawatan dan didapatkan bahwasannya perawat sudah melakukan pengkajian sesuai dengan pedoman yang berlaku di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Juniarti et al. (2020) yaitu 85% terisi lengkap pada mencatat data sesuai dengan pedoman pengkajian dan didukung juga oleh penelitian yang dilakukan oleh Fitriani, Shalahuddin, & Juniarti (2020) yaitu 93,6% terisi lengkap pada data yang dikaji sesuai dengan pedoman.

Hasil temuan selanjutnya yaitu nilai terendah didapatkan pada poin masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi hidup yaitu sebanyak 288 dokumen (100%) tidak diisi, hasil tersebut peneliti dapatkan karena pada format pengkajian yang berlaku di Puskesmas Cerme tidak ada pengkajian pola fungsi hidup pasien. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Yanti & Warsito (2013) yang menunjukkan bahwa aspek masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi hidup tidak diisi sehingga berdampak pada sulitnya perawat dalam menentukan garis dasar dalam menentukan permasalahan yang terjadi pada pasien. Menurut Nursalam (2014) pengkajian yang legal, lengkap, akurat, relevan dan baru memuat beberapa kriteria diantaranya yaitu 1) Data biologis yang terdiri dari tanda – tanda vital, pemeriksaan fisik secara komprehensif yaitu inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi, serta pemeriksaan penunjang diagnostik seperti pemeriksaan laboratorium ataupun radiologi; 2) Data psikologis, sosial, dan spiritual yang didapatkan melalui anamnesa dengan pasien dan keluarga pasien; 3) Format pengkajian yang sesuai dengan kondisi *review of system* (ROS) yang meliputi demografi pasien atau identitas lengkap, riwayat kesehatan, hasil observasi pemeriksaan fisik pasien, dan pemeriksaan penunjang.

Hasil temuan peneliti selanjutnya yang didapatkan di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik yaitu pada poin data dikelompokkan (bio-psiko-sosio-spiritual) mendapatkan hasil bahwa 287 dokumen (99,7%) terisi, artinya pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan yang dilakukan sudah mampu dalam mengidentifikasi seluruh respon dan kondisi kesehatan pada pasien sehingga meminimalisir terjadinya kesalahan dalam penegakkan diagnosis keperawatan. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fitriani, Shalahuddin, & Juniarti (2020) yaitu 89,6% terisi lengkap pada data dikelompokkan (bio-psiko-sosio-spiritual). Kemudian hasil penelitian di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik pada poin data dikaji sejak pasien masuk hingga pulang didapatkan hasil 270 dokumen (93,8%) terisi, tetapi terdapat sekitar 18 dokumen (6,3%) tidak diisi, artinya masih terdapat beberapa perawat yang tidak melakukan pendokumentasian keperawatan selama pasien di rawat, hal ini dapat berdampak pada ketidakcukupannya informasi kesehatan tambahan yang dapat digunakan untuk memenuhi kebutuhan pasien selama masa perawatan. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Juniarti et al. (2020) yaitu 92% terisi lengkap pada data dikaji sejak pasien masuk hingga pulang. Pengkajian keperawatan haruslah dilakukan secara holistik sehingga pencatatan dalam aspek pengkajian dapat menjadi pengantar dalam pemberian asuhan keperawatan. Penelitian yang dilakukan oleh Sadiq, Wahid, & Hafifah (2019) menyatakan bahwa komponen pengkajian keperawatan yang dilakukan tidak boleh terlewat dan harus terlaksana secara menyeluruh yaitu dikaji pada pasien dan keluarga, dikelompokkan sesuai dengan biologis, psikologis, sosiokultural, dan spiritual, serta dikaji hingga keadaan pasien membaik dan diperbolehkan pulang dari perawatan yang dilakukan.

Peneliti berpendapat bahwa hal-hal di atas terjadi karena perbedaan format dalam setiap pendokumentasian keperawatan yang dilakukan pada setiap instansi pelayanan kesehatan. Format pengkajian yang dilakukan di Puskesmas Cerme Gresik berisikan keluhan utama, riwayat penyakit, dan pemeriksaan fisik. Masalah yang dicatat dalam pengkajian keperawatan yang dilakukan oleh perawat hanya menggambarkan keluhan utama dan tidak didasarkan dengan analisis data yang digunakan dalam merumuskan kesenjangan status kesehatan pasien dengan kondisi

pola fungsi hidupnya. Selain itu, dalam melaksanakan pencatatan pada pengkajian asuhan keperawatan, beberapa perawat di Puskesmas Cerme Gresik melakukan pencatatan pengkajian pasien yang satu dengan pasien lainnya sama. Menurut peneliti hal tersebut disebabkan oleh terbatasnya format pengkajian yang ada pada Puskesmas Cerme Gresik sehingga perawat melakukan pengkajian sesuai format yang tersedia. Oleh karena itu peneliti berpendapat perlunya pembaharuan format untuk pengkajian keperawatan agar lebih lengkap nantinya.

5.2.3. Kelengkapan Pendokumentasian Diagnosis Keperawatan

Hasil penelitian yang dilakukan di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik yaitu nilai rata-rata kelengkapan pendokumentasian diagnosis keperawatan sebesar 65,0%. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Jaya, Mien, Rasmiati, & Suramadhan (2019) yaitu sejumlah 28 dokumen (77,8%) dalam kategori baik. Kemudian penelitian terkait aspek dokumentasi diagnosis yang dilakukan oleh Putra, Wijaya, Suryatno, & Mursilawati (2019) mendapatkan hasil kelengkapan dokumentasi diagnosis keperawatan merupakan kategori baik yang paling banyak dibandingkan dengan aspek lain yaitu sebesar 48,6%. Diagnosis keperawatan menjadi salah satu aspek asuhan keperawatan yang penting bagi perawat dalam pelaksanaan praktik keperawatan. Dalam penegakkan diagnosis keperawatan harus disesuaikan dengan kondisi pasien dengan tujuan segala bentuk pelayanan yang akan diberikan nantinya mampu memberikan dampak yang efektif dan positif untuk pemulihan pasien (Meidianta & Milkhatun, 2020).

Hasil temuan peneliti menggambarkan pada aspek dokumentasi diagnosis keperawatan terdapat tiga poin penilaian. Poin diagnosis keperawatan mencerminkan PE/PES dan poin merumuskan diagnosis keperawatan aktual/risiko/potensial memiliki hasil yang sama yaitu terisi pada 281 dokumen (97,6), hanya terdapat 7 dokumen (2,4%) yang tidak terisi, artinya perawat sudah bisa menegakkan diagnosis keperawatan dengan baik dan benar namun masih terdapat sebagian kecil dokumen yang didalamnya tidak terisi dokumentasi diagnosis keperawatan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Suwignjo, Maidartati, Asmara, Saputra, & Khasanah (2022) yang mendapatkan

hasil 100% lengkap pada dokumentasi diagnosis keperawatan, kelengkapan yang ditemukan yaitu diagnosis keperawatan sudah mencantumkan secara lengkap format PE/PES. Kemudian penelitian serupa juga dilakukan Jaya, Mien, Rasmiati, & Suramadhan (2019) yang mendapatkan hasil yaitu 8 dokumen (22,2%) dalam kategori kurang karena dalam menegakkan diagnosis keperawatan tidak merumuskan dengan benar yaitu tidak terdapat PE/PES dan sisanya sejumlah 28 (77,8%) dokumen dalam kategori baik. Diagnosis keperawatan merupakan hal yang penting karena menggambarkan proses penganalisisan dari data subjektif dan objektif yang dilakukan saat pengkajian keperawatan. Beberapa aspek yang harus ada di dalam diagnosis keperawatan yaitu 1) Diagnosis ditegakkan berdasarkan rumusan masalah; 2) Diagnosis memuat *problem and etiology* (PE) atau *problem, etiology, and symptoms* (PES); 3) Diagnosis yang ditentukan merupakan diagnosis aktual, risiko, atau potensial (Jaya et al., 2019).

Peneliti juga mendapatkan hasil bahwa pada poin diagnosis keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan yaitu 100% tidak terisi. Artinya dalam 288 dokumen, tidak ada satupun dokumen asuhan keperawatan yang terisi mengenai penegakkan diagnosis keperawatan berdasarkan masalah yang dirumuskan. Sejalan dengan penelitian Amalia & Herawati (2018) yang menyatakan bahwa 51% diagnosis yang digunakan sama dan tidak mengacu pada masalah yang dirumuskan. Diagnosis keperawatan menjadi salah satu aspek asuhan keperawatan yang penting bagi perawat dalam pelaksanaan praktik keperawatan. Dalam penegakkan diagnosis keperawatan harus disesuaikan dengan kondisi pasien dengan tujuan segala bentuk pelayanan yang akan diberikan nantinya mampu memberikan dampak yang efektif dan positif untuk pemulihan pasien (Meidianta & Milkhatun, 2020). Diagnosis keperawatan merupakan penilaian yang dilakukan oleh seorang perawat terhadap respon (bio-psiko-sosio-spiritual) yang muncul pada setiap pasien. Kosongnya atau tidak terisinya aspek pada diagnosis keperawatan dapat berdampak pada kurang optimalnya penegakkan permasalahan sehingga dapat berdampak pada pemenuhan kebutuhan pasien yang tidak sesuai (Koerniawan et al., 2020).

Pengamatan peneliti menemukan bahwasanya pencatatan diagnosis keperawatan yang dilakukan di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik seluruhnya yaitu terdapat diagnosis tetapi tidak terdapat rumusan masalah. Peneliti berpendapat bahwa hal ini terjadi karena pada diagnosis keperawatan, dalam penentuan masalah kesehatan tidak melalui perumusan yang disesuaikan dengan kesenjangan status kesehatan pasien karena pada kolom masalah langsung diisi dengan diagnosis keperawatan. Selain itu, beberapa dokumen terdapat diagnosis keperawatan yang mengandung diagnosis yang sama, hal inilah yang dapat berpengaruh terhadap pelaksanaan penyusunan intervensi keperawatan nantinya.

5.2.4. Kelengkapan Pendokumentasian Intervensi Keperawatan

Hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik mendapatkan hasil yaitu nilai rata-rata persentase kelengkapan pendokumentasian keperawatan pada aspek intervensi keperawatan mencapai 51,0%. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan Juniarti et al. (2020) bahwasannya kelengkapan dokumentasi aspek perencanaan keperawatan didapatkan hasil 61,96%. Intervensi keperawatan yang lengkap dapat menjadi pengantar dalam pelaksanaan tindakan keperawatan. Perawat yang profesional akan melakukan penyusunan tindakan yang akan diberikan kepada pasien secara efektif dan efisien sesuai dengan kebutuhan pasien (Limbong & Nugroho, 2022). Pada aspek intervensi keperawatan terdapat enam poin penilaian. Poin rencana tindakan disusun menurut urutan prioritas didapatkan hasil 288 dokumen terisi (100%), artinya perawat yang bertugas sudah mampu dalam menentukan perencanaan keperawatan yang disesuaikan dengan prioritas kebutuhan pasien. Sejalan dengan penelitian Fitriani, Shalahuddin, & Juniarti (2020) yaitu perencanaan disusun menurut urutan prioritas data diisi sebanyak 82,4%.

Poin selanjutnya yaitu rencana tindakan menggambarkan kerja sama dengan tim kesehatan lain, pendidikan kesehatan, dan tindakan mandiri perawat juga mendapatkan nilai tertinggi yaitu 288 dokumen (100%). Hal ini menunjukkan dalam pelaksanaan tugasnya, seorang perawat mampu melaksanakan tindakan kolaboratif dengan tenaga kesehatan lainnya. Sejalan dengan penelitian yang

dilakukan oleh Juniarti et al. (2020) bahwasannya rencana tindakan menggambarkan kerjasama dengan tim kesehatan lain sebanyak 98 berkas (98%) terisi. Kemudian didukung juga oleh penelitian Fitriani, Shalahuddin, & Juniarti (2020) yang mendapatkan rencana intervensi menggambarkan kerja sama dengan tim kesehatan lain didapatkan 214 dokumen (85,6%) terisi. Selanjutnya yaitu pada poin rencana tindakan keperawatan berdasarkan diagnosis keperawatan didapatkan hasil 282 dokumen (97,9%) terisi lengkap, tetapi terdapat 6 dokumen (2,1%) tidak terisi. Artinya, masih terdapat perawat yang belum mampu dalam mengisikan rumusan intervensi keperawatan sesuai dengan diagnosis keperawatan. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Juniarti et al. (2020) yang mendapatkan hasil 2% pada aspek tersebut data tidak terisi.

Hasil temuan peneliti selanjutnya yaitu pada poin rumusan tujuan berdasarkan SMART didapatkan hasil 100% tidak terisi. Artinya, 288 dokumen tidak sesuai dengan pedoman SMART yaitu *Spesific, Measurable, Achievable, Realistic, Time*. Hasil tersebut didapatkan karena perawat yang ada di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik tidak ada yang menuliskan rumusan tujuan. Hal ini bertentangan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fitriani, Shalahuddin, & Juniarti (2020) rumusan tujuan mengandung komponen klien, perubahan, perilaku, dan kondisi klien mendapatkan 236 dokumen (94,4%) diisi. Koerniawan et al. (2020) menjelaskan bahwasannya intervensi keperawatan bukan hanya memuat mengenai rencana tindakan yang akan dilakukan, melainkan juga menentukan *outcome* atau tujuan akhir yang akan dicapai untuk memulihkan kondisi pasien. *Outcome* akan menjadikan perawat lebih fokus terhadap masalah kesehatan yang dialami pasien sehingga nantinya mampu dalam menilai perkembangan pasien sesuai dengan intervensi yang telah diberikan. Hal yang paling penting yaitu *outcome* yang ditetapkan harus dapat terukur agar dapat memudahkan dalam proses evaluasi keperawatan.

Poin yang selanjutnya yaitu rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien dan keluarga dan poin rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci, dan jelas mendapatkan hasil yang rendah yaitu hanya sejumlah 12 dokumen (4,2%) terisi. Hasil tersebut peneliti dapatkan karena

sebagian besar intervensi keperawatan yang belum menggunakan kalimat perintah, terinci, dan jelas serta tidak menggambarkan keterlibatan pasien dan keluarga. Hal ini sejalan dengan penelitian Juniarti et al. (2020) yang mendapatkan hasil rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien dan keluarga hanya 10 dokumen (10%).

Berdasarkan pengamatan peneliti, intervensi keperawatan yang dilakukan oleh perawat di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik lebih berfokus pada perencanaan tindakan keperawatan saja, tidak terdapat tujuan, kriteria hasil, waktu yang terukur dalam perencanaannya, dan belum menggunakan kalimat perintah. Selanjutnya, peneliti juga mendapatkan hasil bahwa ketidaklengkapan dokumentasi intervensi keperawatan yang dilakukan sebagai besar karena tidak memenuhi kriteria SMART. Seharusnya perawat harus lebih sadar bahwasannya intervensi keperawatan bukan hanya berisi rencana tindakan melainkan berisi luaran atau tujuan dari tindakan yang akan diberikan kepada pasien. Hal tersebut dapat berpengaruh terhadap pemberian layanan, karena intervensi keperawatan merupakan aspek pengantar untuk keberlanjutan tindakan keperawatan yang akan diberikan.

5.2.5. Kelengkapan Pendokumentasian Implementasi Keperawatan

Hasil penelitian yang dilakukan di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik didapatkan nilai rata-rata kelengkapan pendokumentasian aspek implementasi keperawatan yaitu sebesar 73,4%. Sejalan dengan penelitian Jaya et al. (2019) yaitu gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek implementasi didapatkan sebanyak 26 rekam medik (72,2%) dalam kategori baik. Kemudian didukung oleh penelitian Suwignjo et al. (2022) mendapatkan hasil gambaran kelengkapan pendokumentasian implementasi keperawatan yaitu 76,9%. Dalam penelitian ini, beberapa dokumen tidak lengkap disebabkan oleh pelaksanaan implementasi keperawatan yang tidak disertai dengan tanda tangan dan nama terang dari perawat yang memberikan tindakan keperawatan.. Implementasi keperawatan Menurut Limbong & Nugroho, (2022) merupakan pelaksanaan tindakan yang telah dirumuskan melalui intervensi keperawatan. Komponen penting dalam pelaksanaan

implementasi keperawatan tindakan yang diberikan kepada pasien dapat membantu pasien untuk mencapai tujuan yang sebelumnya telah ditetapkan pada *outcome*. Dalam mencapai tujuan yang ditetapkan juga harus mencakup peningkatan kesehatan, mencegah terjadinya penyakit, memulihkan kesehatan, dan memfasilitasi coping.

Temuan peneliti pada poin selanjutnya yaitu tindakan dilaksanakan mengacu pada rencana keperawatan didapatkan hasil 288 dokumen (100%) tidak terisi. Hasil tersebut peneliti dapatkan dari dokumen asuhan keperawatan yang telah dievaluasi yaitu perawat menuliskan beberapa hal yang tidak termasuk ke tindakan keperawatan seperti operan jaga, dan anamnesa pasien baru. Hal ini bertentangan dengan penelitian yang dilakukan oleh Juniarti et al. (2020) yaitu tindakan dilaksanakan mengacu pada rencana keperawatan sejumlah 91 dokumen (91%) terisi. Selanjutnya pada poin semua tindakan yang telah dilaksanakan dicatat ringkas dan jelas yaitu 288 dokumen (100%) terisi, artinya perawat selalu mencatat semua tindakan yang dilakukan untuk pemenuhan kebutuhan pasien. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fitriani, Shalahuddin, & Juniarti (2020) bahwasannya perawat mengobservasi respon pasien sejumlah 230 (92%) terisi.

Hasil penelitian pada poin perawat menuliskan waktu dilaksanakan tindakan dan paraf dihasilkan 280 dokumen (97,2%) terisi, hal ini menunjukkan masih terdapat perawat yang tidak menuliskan waktu, dan paraf saat pelaksanaan implementasi. Kondisi demikian menggambarkan melanggar aspek legal pendokumentasian keperawatan yang dapat berdampak pada kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan.. Sesuai dengan penelitian Hariyati, Malawat, Purwandari, & Afifah (2019) menyebutkan bahwasanya tanda tangan atau paraf merupakan hal yang penting dan termasuk dalam aspek legal dalam dokumentasi keperawatan. Selanjutnya, pada poin perawat mengobservasi respons pasien terhadap tindakan keperawatan yaitu 278 dokumen (96,5%) terisi. Sejalan dengan penelitian Fitriani, Shalahuddin, & Juniarti (2020) yang mendapatkan hasil perawat mengobservasi respon pasien sejumlah 222 (88,8%) terisi.

Berdasarkan pengamatan peneliti, dokumentasi implementasi keperawatan yang terlaksana masih bisa dioptimalkan lagi. Hal yang bisa menjadi bahan evaluasi

bagi pihak Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik yaitu terkait tindakan keperawatan yang tidak dicantumkan pada kolom intervensi keperawatan harus lebih diperhatikan. Kemudian untuk tindakan yang tidak termasuk kedalam pelayanan keperawatan seperti operan jaga perawat dari pergantian shift seharusnya tidak ditulis pada bagian tindakan keperawatan. Selanjutnya untuk waktu pelaksanaan, paraf, dan respon pasien atas tindakan keperawatan yang diberikan juga merupakan hal yang tidak boleh dilewatkan oleh perawat. Pencatatan dalam pelaksanaan tindakan keperawatan merupakan hal sangat esensial karena tindakan keperawatan akan menggambarkan pelayanan yang diberikan oleh perawat kepada pasiennya. Sudah menjadi tanggung jawab perawat dalam melaksanakan pendokumentasian dengan baik dan lengkap.

5.2.6. Kelengkapan Pendokumentasian Evaluasi Keperawatan

Hasil penelitian yang dilakukan di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik didapatkan gambaran nilai rata-rata kelengkapan pendokumentasian aspek evaluasi keperawatan yaitu 31,3%. Hal tersebut sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Jaya et al. (2019) yaitu pada aspek evaluasi sebanyak 31 dokumen (86,1%) dalam kategori kurang baik. Nursalam (2013) mengatakan bahwa evaluasi keperawatan menjadi efektivitas pelaksanaan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien dan mencegah terjadinya respons pasien yang tidak sesuai, sehingga dapat segera diberikan penanganan melalui perawatan yang baik. Pencatatan pendokumentasian evaluasi keperawatan menjadi bahan dalam pelaksanaan proses keperawatan yang menggambarkan seberapa jauh proses diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, dan implementasi keperawatan sudah berhasil dicapai (Limbong & Nugroho, 2022). Konsep dalam pelaksanaan pendokumentasian evaluasi keperawatan yaitu 1) Menilai efektivitas pelaksanaan tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien; 2) Menjadi bahan komunikasi mengenai status kesehatan pasien; 3) Menjadi pusat informasi yang dapat menjadi bahan referensi apabila terdapat revisi perawatan yang disesuaikan dengan kondisi dan kebutuhan pasien (Tokan & Sekunda, 2020).

Temuan peneliti pada poin evaluasi mengacu pada tujuan mendapatkan hasil 288 dokumen (100%) tidak terisi, artinya seluruh dokumen tidak terdapat evaluasi yang berdasarkan dengan tujuan. Tujuan yang dituliskan perawat akan menggambarkan *outcome* yang akan dicapai saat masa perawatan. Hal ini menggambarkan bahwa gambaran tidak ada tujuan sebagai bentuk capaian akhir dalam masa perawatan pasien dapat berdampak pada kontinuitas perawatan yang diberikan kepada pasien. Evaluasi yang dituliskan tidak berdasar dengan tujuan dapat berdampak pada pengetahuan perawat terkait hasil dari perencanaan dan tindakan yang telah disusun (Juniarti et al., 2020). Hal ini bertentangan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fitriani, Shalahuddin, & Juniarti (2020) yaitu evaluasi mengacu pada tujuan yaitu terdapat sejumlah 213 dokumen (85,2%) terisi. Poin selanjutnya yaitu hasil evaluasi dicatat mendapatkan hasil 270 dokumen (93,8%), terdapat sekitar 18 dokumen (6,3%) tidak dilakukan pencatatan atau pendokumentasian. Hal ini menunjukkan bahwa evaluasi yang dilakukan mampu menggambarkan seberapa jauh proses asuhan keperawatan yang tercapai. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fitriani et al. (2020) yang mendapatkan hasil 227 dokumen (90,8%) terisi lengkap pada aspek evaluasi didokumentasikan.

Poin revisi tindakan berdasarkan hasil evaluasi didapatkan 288 dokumen (100%) tidak terisi. Artinya, di dalam evaluasi yang dilakukan oleh perawat menggambarkan pencatatan SOAP dalam pelaksanaannya sudah benar yaitu melihat respons dan kondisi kebutuhan pasien, tetapi tidak terdapat revisi tindakan yang harus dilakukan sesuai dengan kebutuhan pasien, sehingga perawat hanya melanjutkan tindakan keperawatan yang sebelumnya sudah tercatat dalam intervensi keperawatan. Berdasarkan penelitian Damanik, Fahmy, & Merdawati (2020) menyatakan bahwa dengan mengamati hasil respons pasien melalui evaluasi keperawatan artinya perawat mampu mengidentifikasi kebutuhan pasien karena tindakan keperawatan tidak mungkin dapat dilaksanakan melalui 1 kali pelaksanaan asuhan keperawatan, yang baik yaitu asuhan keperawatan dilaksanakan secara bertahap disesuaikan dengan kebutuhan dan respons pasien.

Berdasarkan pengamatan peneliti terkait pendokumentasian evaluasi keperawatan yang dilakukan di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik yaitu evaluasi

formatif didokumentasikan pada bagian tindakan, beberapa diantaranya yaitu hasil tanda – tanda vital dan keluhan tambahan yang dirasakan oleh pasien. Selanjutnya, untuk evaluasi sumatif diisikan pada kolom evaluasi dengan format SOAP. Pencatatan indikasi kemajuan kesehatan pasien merupakan proses pelaksanaan evaluasi keperawatan. Indikasi kemajuan yang dimaksud yaitu proses perubahan kondisi pasien sesuai dengan tujuan atau kriteria hasil yang telah ditetapkan di dalam intervensi keperawatan.

5.2.7. Keterbatasan Penelitian

Penelitian yang telah saya laksanakan tidak terlepas dari beberapa keterbatasan dalam penelitian. Keterbatasan dalam penelitian ini yaitu instrumen yang digunakan dalam penelitian merupakan instrumen standar asuhan keperawatan di rumah sakit dari Depkes tahun 2005. Meskipun standar asuhan keperawatan di puskesmas dan rumah sakit sama akan tetapi hal ini memungkinkan ada beberapa hal yang tidak diterapkan di puskesmas seperti yang ada di rumah sakit. Kemudian penelitian ini menggunakan data yang sudah ada (*retrospektif*) sehingga mungkin ada perbedaan hasil dengan penelitian yang menggunakan data yang sedang berlangsung.

5.2.8. Implikasi keperawatan

Implikasi dalam penelitian ini yaitu dapat memberikan evaluasi bagi pihak puskesmas terkait pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan yang selama ini sudah terlaksana agar dapat lebih lengkap lagi sehingga hal tersebut dapat berdampak pada kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien, selain itu juga sebagai pengingat untuk profesi perawat agar lebih disiplin lagi dalam melaksanakan proses dokumentasi keperawatan sehingga tidak menyepelekan dokumentasi keperawatan dari berbagai aspek mulai dari pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

BAB 6. KESIMPULAN DAN SARAN**6.1. Kesimpulan**

Dokumentasi keperawatan merupakan catatan tentang cara perawat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien, termasuk ruang lingkup dan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan serta pertanggungjawaban dan tanggung gugatnya. Dokumentasi keperawatan harus dilakukan oleh seorang perawat dengan akurat dan lengkap. Hasil penelitian yang berjudul “Gambaran Kelengkapan Pendokumentasian Keperawatan di Puskesmas Cerme Gresik” mendapatkan hasil penelitian sebagai berikut.

- a. Gambaran kelengkapan pendokumentasi keperawatan pada Puskesmas Cerme Gresik didapatkan hasil dari 288 dokumen untuk persentase kelengkapannya yaitu sebesar 59,1%.
- b. Aspek pengkajian dan implementasi keperawatan memiliki kelengkapan tertinggi yaitu sekitar 73,4%. Selanjutnya, aspek evaluasi keperawatan memiliki kelengkapan terendah yaitu 31,3%.
- c. Aspek pengkajian keperawatan mendapatkan hasil yaitu 73,4% lengkap. Poin dengan nilai tertinggi yaitu poin mencatat data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian dengan hasil 288 dokumen (100%) terisi.
- d. Aspek diagnosis keperawatan mendapatkan hasil kelengkapannya yaitu 65,0%. Pada poin diagnosis keperawatan mencerminkan PE/PES dan poin merumuskan diagnosis keperawatan aktual/risiko/potensial mendapatkan nilai yang sama yaitu 281 dokumen (97,6%) terisi.
- e. Aspek intervensi keperawatan mendapatkan hasil yaitu 51,0% lengkap. Poin rencana tindakan disusun menurut urutan prioritas dan poin rencana tindakan menggambarkan kerjasama dengan tim kesehatan lain, pendidikan eksehatan, observasi keperawatan, dan tindakan mandiri perawat mendapat nilai yang sama yaitu 288 dokumen (100%) terisi.
- f. Aspek implementasi keperawatan mendapatkan hasil kelengkapannya yaitu 73,4%. Pada poin semua tindakan yang telah dilaksanakan dicatat dengan ringkas dan jelas mendapat nilai tertinggi yaitu 288 dokumen (100%) terisi.

- g. Aspek evaluasi keperawatan mendapatkan hasil yaitu persentase kelengkapannya 31,3%. Aspek hasil evaluasi dicatat mendapatkan nilai tertinggi yaitu 270 dokumen (93,8%) terisi.

6.2. Saran

Tindak lanjut dari penelitian yang penulis lakukan dengan judul “Gambaran Kelengkapan Pendokumentasian Keperawatan di Puskesmas Cerme Gresik”, telah disusun beberapa saran diantaranya yaitu:

6.2.1. Bagi Peneliti Selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat memberikan kebaruan terkait hubungan tingkat pengetahuan perawat dengan kelengkapan pendokumentasian keperawatan. Hal ini didasari karena hasil penelitian penulis mendapatkan kelengkapan pendokumentasian keperawatan dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan perawat terkait pendokumentasian.

6.2.2. Bagi Perawat

Diharapkan perawat dapat mengoptimalkan tanggung jawab dan tanggung gugat sebagai pemberi pelayanan kepada pasien. Pentingnya melakukan pendokumentasian keperawatan yang sesuai dengan standar oleh seorang perawat karena dokumentasi keperawatan bukan hanya menjadi pencatatan saja, melainkan juga menjadi bukti tertulis mengenai asuhan keperawatan yang dilakukan oleh seorang perawat.

6.2.3. Bagi Institusi Pendidikan Keperawatan

Diharapkan seluruh institusi pendidikan keperawatan di Indonesia dapat memberikan sosialisasi terkait pentingnya pelaksanaan pendokumentasian keperawatan. Selain itu, perlunya kurikulum mengenai pencatatan atau pendokumentasian yang sesuai dengan SDKI, SLKI, dan SIKI sesuai dengan aspek asuhan keperawatan terbaru di Indonesia.

6.2.4. Bagi Institusi Pelayanan Kesehatan

Diharapkan institusi pelayanan kesehatan dapat memberikan peninjauan kembali mengenai pelaksanaan pendokumentasian keperawatan yang sesuai sehingga dapat mempermudah perawat dalam melakukan pendokumentasian dengan benar. Selain

itu, diharapkan juga institusi pelayanan kesehatan dapat memberikan kesempatan pelatihan kepada seluruh perawat dalam melakukan pendokumentasian keperawatan yang sesuai dengan standar.



DAFTAR PUSTAKA

- Aini, Z. 2018. Hubungan Persepsi Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Dengan Kualitas Dokumentasi Asuhan Keperawatan Mahasiswa Profesi Keperawatan Universitas Jember. *Skripsi*. Jember: Universitas Jember
- Ali, Z. 2014. *Dasar-Dasar Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta:EGC.
- Aprisunadi, dan Tim Pokja SDKI. 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. Jakarta: PPNI
- Amalia, E., & Herawati, L. (2018). Faktor-Faktor Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap Rsud Lubuk Sikaping. *Prosiding Seminar Kesehatan Perintis E*, 1(1), 2622–2256.
- Artanti, E., Handian, F. I., & Firdaus, A. D. (2020). Hubungan Motivasi Perawat Dengan Kelengkapan Dokumentasi Pengkajian Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap Rs Baptis Batu. *Jurnal Penelitian Keperawatan*, 6(2), 70–80. <https://doi.org/10.32660/jpk.v6i2.485>
- Budiarto. 2017. Kualitas Pelayanan Kesehatan Puskesmas Di Kecamatan Enrekang Kabupaten Enrekang. *Skripsi*. Makassar: Universitas Hasanuddin
- Budiarto, E. 2012. *Biostatistika Untuk Kedokteran Dan Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: EGC.
- Budiono. 2016. *Konsep Dasar Keperawatan*. Pusdik SDM Kesehatan. <https://doi.org/10.1016/j.geb.2007.09.001>
- Damanik, M., Fahmy, R., & Merdawati, L. (2020). Gambaran Keakuratan Dokumentasi Asuhan Keperawatan. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 8(4), 138–144. <https://doi.org/10.25077/jka.v8i4.1131>
- Dermawan, D. 2012. *Proses Keperawatan Penerapan Konsep & Kerangka Kerja* 1st ed. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Firadika, A. N. R. (2020). Hubungan Pengetahuan Perawat Tentang Dokumentasi Asuhan Keperawatan Dengan Kelengkapan Pengisian Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Rs Islam Faisal Makassar.
- Fitri, Togubu. 2019. Faktor-faktor yang berhubungan dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Daerah Kota Tidore Kepulauan. *Jurnal Kesmas* Vol. 8. <https://ejournal.unsrat.ac.id/index.php/kesmas/index>
- Fitriani, M. N., Shalahuddin, I., & Juniarti, N. (2020). Gambaran Dokumentasi Asuhan Keperawatan Keluarga di Puskesmas. *Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Indonesia*, 10(04), 133–140. <https://doi.org/10.33221/jiiki.v10i04.828>
- Hadinata, D. 2018. *Relationship Between the Knowledge of Documentation of Nursing Nursing Documentation in Hospitalization Room Uptd Kadipaten*

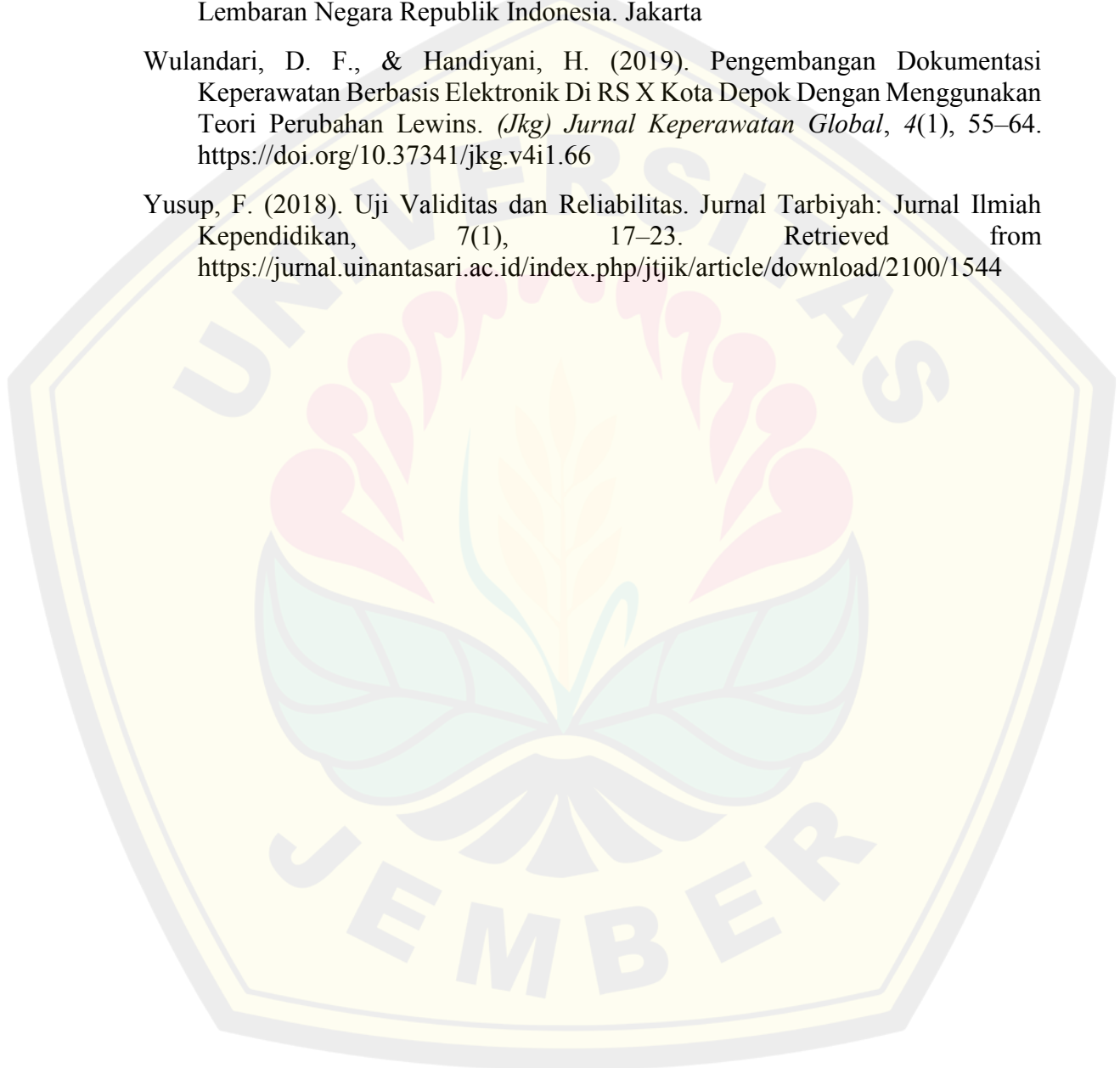
Health Centers Majalengka District in 2017. IV.

- Hariyati, R. T. S., Malawat, K. Y., Purwandari, R., & Afifah, E. (2019). Improvement Legal Aspects and Completeness of Documentation using Electronic Nursing Record: A Report Study. *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, 1(2), 32–39. <https://doi.org/10.35654/ijnhs.v1i2.46>
- Hendryadi. 2017. Validitas isi: tahap awal pengembangan kuesioner. *Jurnal Riset Manajemen dan Bisnis (JRMB)*. 2(2):169-178.
- Jaya, K., Mien, Rasmiati, K., & Suramadhan. (2019). Gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap Rsud Buton Utara. *Jurnal Keperawatan*, 02(03), 27–36. <https://stikesks-kendari.e-journal.id/JK/article/download/299/275>
- Juniarti, R., Somantri, I., & Nurhakim, F. (2020). Gambaran Kualitas Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Dr.Slamet Garut. *Jurnal Keperawatan BSI, vol 8 no 2(2)*, 163–172.
- Khoirunisa & Fadilah. (2018). Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang Dokumentasi Keperawatan Dengan Sikap Perawat Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Rsud Dr.Loekmono Hadi Kudus. *Sereal Untuk*, 51(1), 51.
- 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>
- Kotimah, S. K. 2019. Kualitas Dokumentasi Asuhan Keperawatan Pada Rumah Sakit Terakreditasi Paripurna Di RS Tingkat III Baladhika Husada Jember. *Skripsi*. Jember:Universitas Jember
- Komisi Etik Penelitian Dan Pengembangan Kesehatan Nasional Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Kemenkes RI. 2017. Pedoman dan Standar Etik Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Nasional. Kementerian Kesehatan RI, 1–158. Retrieved from <http://www.depkes.go.id/article/view/17070700004/program-indonesiasehat-dengan-pendekatan-keluarga.html>
- Kurniawan, D. E., Afandi, A. T., Purwandari, R., Rifai, A., Ardiana, A., & Nur, K. R. M. (2019). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Pendekatan Konsep dan Praktik*. KHD Production.
- Limbong, K., & Nugroho, F. C. (2022). Gambaran Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Ruang Perawatan Covid-19 Se-Kota Kupang. *Jurnal Cakrawala Ilmiah*, 2(3), 1055–1064.
- Lusiana, N., R. Andriyani, dan M. Megasari. 2015. *Buku Ajar Metodologi Penelitian Kebidanan*. Yogyakarta: deepublish.

- Mailani, F., & Ramadini, I. 2019. Pedampingan Dan Pelatihan Pendokumentasian Keperawatan Di Puskesmas Lubuk Buaya Padang. *Jurnal Abdimas Sainatika*, 1(1), 1–8.
- Masturoh, I., & Anggita, N. 2018. Metodologi Penelitian Kesehatan.
- Meidianta, A. C., & Milkhatun. (2020). Hubungan antara Pelatihan Proses Keperawatan dengan Pengetahuan Perawat tentang Penerapan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia di RSUD Samarinda. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat (JPKM) - Aphelion*, 1(2), 647–651. <https://journals.umkt.ac.id/index.php/bsr/article/view/1020/377>
- Mulyadi, M. (2013). Riset Desain Dalam Metodologi Penelitian. *Jurnal Studi Komunikasi Dan Media*, 16(1), 71. <https://doi.org/10.31445/jskm.2012.160106>
- Mulyanti, Yuli & Dinarti. 2017. *Bahan Ajar Keperawatan Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Murti, B. 2015. Populasi, Sampel, Dan Pemilihan Subyek. Naskah Tutorial Pengembangan Bahan Pengajaran, 1–26
- Natasha, B., Cockatoo, & Lauren, B. (2019). Hospital Clinical Guideline. Nursing Clinical Effectiveness Committee. The Royal Children's Hospital Melbourne. https://www.rch.org.au/rchcpg/hospital_clinical_guideline_index/nursing_documentation-principles
- Notoatmodjo, S. 2018. Metodologi Penelitian Kesehatan: Cetakan Ketiga. Jakarta: PT. Rineka Cipta
- Nursalam. 2013. *Konsep Penerapan Metode Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam. 2014. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- Olfah, Y. 2016. Dokumentasi Keperawatan. In *Kementrian kesehatan republik indonesia* (Vol. 66).
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 43 Tahun 2019. Pusat Kesehatan Masyarakat. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2019 Nomor 1335.
- Potter, P., & Perry, A., G., P. *Buku Ajar fundamental Keperawatan Konsep, proses dan praktik*, Edisi 4. Volume 1., Jakarta: EGC, 2005.
- Prabowo, T. 2016. *Dokumentasi Keperawatan*. Yogyakarta: Pustaka Baru Press.
- Purnama, S. G. 2016. *Prinsip-Prinsip Etika Kesehatan*. Bali: Universitas Udayana

- Putra, A.A., Wijaya, A., Suryatno, H., & Mursilawati, I. (2019). Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Dengan Kinerja Perawat Klinis. *Jurnal Ilmiah Ilmu Kesehatan*, 6(2), 80–88.
- Putra, C. S. 2016. Buku Ajar Manajemen Keperawatan: *Teori dan Aplikasi Praktek dilengkapi dengan Kuisisioner Pengkajian Praktek Manajemen Keperawatan*. IN MEDIA.
- Rahmi, U. (2019). *Dokumentasi Keperawatan* (B. S. Fatmawati (ed.)). Bumi Medika.
- Rosmalia D & Haryadi 2019. *Dokumentasi Keperawatan pada Klinik Gigi: Kajian Manual dan Komputerisasi*. Yogyakarta: Deepublish
- Rum, M. R. (2019). *Faktor-Faktor yang mempengaruhi Kepatuhan Perawat dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan*. 18, 4–9.
- Sadiq, K., Wahid, A., & Hafifah, I. (2019). Deskripsi Pelaksanaan Pengkajian Keperawatan Holistik Di Igd Rsud Ulin Banjarmasin. *Dunia Keperawatan*, 7(2), 82. <https://doi.org/10.20527/dk.v7i2.4396>
- Sari, D. P., & Siwi, G. R. (2019). Hubungan Antara Pengetahuan Perawat Tentang Rekam Medis Dan Dokumentasi Keperawatan Dengan Kelengkapan Pencatatan Dokumentasikeperawatan Di Klinik Mta Surakarta 2019. *Jurnal Ilmiah Rekam Medis Dan Informatika Kesehatan*, 9(1), 45–49. <http://ojs.u-db.ac.id/index.php/infokes/article/view/717/643>
- Satrianegara, F.M. 2014. *Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan: Teori dan Aplikasi dalam Pelayanan Puskesmas dan Rumah Sakit*. Jakarta: Salemba Medika.
- Sinlaeloe, R. (2020). *Chmk nursing scientific journal volume 4 nomor 3, september 2020*. 4(September).
- Sugiyono. 2016. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif Dan R&D*. Bandung: Alfabeta.
- Sumantri, A. 2015. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.
- Sumarni, E. E. S., Gamy, T. U., & Elita, V. (2017). *Hubungan Tingkat Pengetahuan Dan Sikap Perawat Tentang Pemberian Obat Terhadap Tindakan Pendokumentasian Keperawatan*.
- Suwignjo, P., Maidartati, Asmara, L. N., Saputra, A., & Khasanah, U. (2022). Gambaran Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap Rsud Kota Bandung. *Jurnal Keperawatan BSI*, 10(2), 226–233. <http://ejournal.ars.ac.id/index.php/keperawatan/article/view/893>
- Swarjana, I. K. 2016. *Statistik Kesehatan*. Yogyakarta: ANDI.

- Tabrani. (2016). Sekilas Tentang Desain Penelitian. *Education Zone*, (March), 1–10. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.13077.01764>
- Tokan, P. K., & Sekunda, M. S. (2020). Penerapan Format Baru Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Poli Rawat Jalan Puskesmas. *Jurnal Kesehatan Primer*, 5(1), 61–69. <https://jurnal.poltekeskupang.ac.id/index.php/jkp/article/view/459/274>
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014. Keperawatan. Lembaran Negara Republik Indonesia. Jakarta
- Wulandari, D. F., & Handiyani, H. (2019). Pengembangan Dokumentasi Keperawatan Berbasis Elektronik Di RS X Kota Depok Dengan Menggunakan Teori Perubahan Lewins. (*Jkg*) *Jurnal Keperawatan Global*, 4(1), 55–64. <https://doi.org/10.37341/jkg.v4i1.66>
- Yusup, F. (2018). Uji Validitas dan Reliabilitas. *Jurnal Tarbiyah: Jurnal Ilmiah Kependidikan*, 7(1), 17–23. Retrieved from <https://jurnal.uinantasari.ac.id/index.php/jtijk/article/download/2100/1544>



LAMPIRAN



Lampiran 1 Lembar Observasi

Instrument Standar Asuhan Keperawatan

Beri tanda (√) bila aspek yang dinilai ditemukan

Beri tanda (0) bila aspek yang dinilai tidak ditemukan

No.	Aspek yang Dinilai	Diisi	
		Ya	Tidak
A.	Pengkajian:		
	1. Mencatat data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian		
	2. Data dikelompokkan (bio-psiko-sosio-spiritual) ke dalam format dokumentasi yang berlaku		
	3. Data di kaji sejak pasien masuk sampai pulang		
B.	4. Masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi hidup		
	Diagnosis		
	5. Diagnosis Keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan		
	6. Diagnosis Keperawatan mencerminkan PE/PES		
C.	7. Merumuskan diagnosis keperawatan aktual/resiko/potensial		
	Intervensi		
	8. Rencana tindakan berdasarkan diagnosis keperawatan		
	9. Rencana tindakan disusun menurut urutan prioritas		
	10. Rumusan tujuan berdasarkan SMART		
	11. Rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas		
	12. Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien dan keluarga		
D.	13. Rencana tindakan menggambarkan kerja sama dengan Tim Kesehatan lain, pendidikan kesehatan, tindakan mandiri perawat, dan observasi perawat.		
	Implementasi		
	14. Tindakan dilaksanakan mengacu pada rencana keperawatan		
	15. Semua tindakan yang telah dilaksanakan dicatat ringkas dan jelas		
	16. Perawat menulis waktu melaksanakan tindakan dan paraf		
E.	17. Perawat mengobservasi respons pasien terhadap tindakan keperawatan		
	Evaluasi		
	18. Evaluasi mengacu pada tujuan		
	19. Hasil evaluasi dicatat		
	20. Revisi tindakan berdasarkan hasil evaluasi		

(Aini, 2018) modifikasi dari (Depkes, 2005)

Lampiran 2 Lembar *Informed*

Assalamualaikum Wr.Wb Sehubungan dengan penyelesaian tugas akhir Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Keperawatan Universitas Jember, maka saya:

Nama : Raden Dhimas Prayoga
NIM : 182310101126
Alamat : Dukuh Langkir Gang Masjid No. 30
No. HP : 089616747181
Email : yogiek42@gmail.com

Bermaksud melakukan penelitian yang berjudul “Gambaran Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik Tahun 2022”. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan yang dilakukan di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik. Penelitian ini tidak akan membahayakan dan tidak akan menimbulkan kerugian bagi pihak Puskesmas. Hasil data yang diperoleh hanya digunakan untuk kepentingan ini saja, sehingga data dari pasien yang Anda berikan dijamin kerahasiaannya.

Saya memohon kesediaan Saudara/i secara sukarela untuk mengizinkan saya melaksanakan penelitian ini. Demikian penjelasan lembar persetujuan penelitian yang dapat saya sampaikan, terimakasih atas perhatian dan kesediaannya.

Hormat saya

Raden Dhimas Prayoga
NIM 182310101126

Lampiran 3 Lembar *Consent* Kuesioner

SURAT PERSETUJUAN

Setelah mendapat penjelasan pada lembar Permohonan, maka saya bersedia mengizinkan pengambilan data dokumen asuhan keperawatan Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik dalam penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember yaitu:

Nama : Raden Dhimas Prayoga

NIM : 182310101126

Judul Skripsi : Gambaran Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik Tahun 2022

Saya memahami bahwa penelitian ini dapat memberikan manfaat dan tidak membahayakan serta merugikan saya sehingga saya atas kemauan sendiri tanpa adanya paksaan bersedia/tidak bersedia*) menjadi responden dalam penelitian ini.

Gresik, Oktober 2022
Kepala Ruang Rawat Inap

(.....)
Nama terang dan tanda tangan

SURAT PERSETUJUAN

Setelah mendapat penjelasan pada lembar Permohonan, maka saya bersedia mengizinkan pengambilan data dokumen asuhan keperawatan Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik dalam penelitian yang akan dilakukan oleh mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember yaitu:

Nama : Raden Dhimas Prayoga

NIM : 182310101126

Judul Skripsi : Gambaran Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik Tahun 2022

Saya memahami bahwa penelitian ini dapat memberikan manfaat dan tidak membahayakan serta merugikan saya sehingga saya atas kemauan sendiri tanpa adanya paksaan bersedia/tidak bersedia*) menjadi responden dalam penelitian ini.

Gresik, Oktober 2022

Rekam Medik

(.....)

Nama terang dan tanda tangan

Lampiran 4 Perijinan Melaksanakan Penelitian



KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN, RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS JEMBER
FAKULTAS KEPERAWATAN
Alamat : Jl. Kalimantan 37 Telp/ Fax. (0331) 323450 Jember

Nomor : 8123/UN25.1.14/LT/2022 Jember, 09 November 2022
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian

Yth. Ketua LP2M
Universitas Jember

Dengan hormat,

Sehubungan dengan penyusunan tugas akhir/skripsi mahasiswa Fakultas Keperawatan Universitas Jember berikut :

Nama : Raden Dhimas Prayoga
N I M : 182310101126
keperluan : Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian
judul penelitian : Gambaran Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik
lokasi : Wilayah Kerja Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik
waktu : satu bulan
mohon diterbitkan surat pengantar ke instansi terkait atas nama yang bersangkutan untuk pelaksanaannya.
Demikian, atas bantuan dan kerjasamanya kami sampaikan terimakasih,



Ns. Lantip Sulistyorini, S.Kep., M.Kes.
NIP. 19780323 200501 2 002





KEMENTERIAN PENDIDIKAN, KEBUDAYAAN,
RISET, DAN TEKNOLOGI
UNIVERSITAS JEMBER
LEMBAGA PENELITIAN DAN PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT
Jl. Kalimantan 37 Jember, Telp (0331) 337818, 339385 Fax (0331) 337818
Laman : lp2m.unej.ac.id - Email : lp2m@unej.ac.id

Nomor : 7375 /UN25.3.1/LT/2022
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian Mahasiswa

17 November 2022

Yth. Kepala
Dinas Penanaman Modal dan Pelayanan Terpadu Satu Pintu
Kabupaten Gresik
Di
Gresik

Memperhatikan surat dari Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember nomor 8123/UN25.1.14/LT/2022 tanggal 9 November 2022 perihal Permohonan Ijin Melaksanakan Penelitian,

Nama : Raden Dhimas Prayoga
NIM : 182310101126
Fakultas : Keperawatan
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Alamat : Dukuh Langkir Gg.Masjid No.30 RT/RW 05/05 Pakal, Babat Jerawat-Surabaya
Judul Penelitian : "Gambaran Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Puskesmas Cermee Kabupaten Gresik Tahun 2022"
Lokasi Penelitian: Puskesmas Cermee Kabupaten Gresik
Pelaksanaan : Bulan November-Desember 2022

maka kami mohon dengan hormat bantuan Saudara untuk memberikan ijin kepada mahasiswa yang bersangkutan untuk melaksanakan kegiatan penelitian sesuai dengan judul tersebut diatas.

Demikian atas perhatian dan perkenanya disampaikan terima kasih.

an. Ketua
Setas II.

Dr. Tendi Setyawan, S.H., M.H.
NIP. 197202171998021001

Tembusan Yth
1. Kepala Dinkes Kab. Gresik;
2. Kepala Puskesmas Cermee;
3. Dekan FKPEP Universitas Jember;
4. Mahasiswa ybs;
5. Arsip.





PEMERINTAH KABUPATEN GRESIK
DINAS KESEHATAN
Jl. Dr. Wahidin Sudirohusodo Nomor 245 Gresik
Telp. 3951395, 3952263, 3951234, 3951247 Fax : 3950292, 3951234
GRESIK

Gresik, 13 Desember 2022

Nomor : 070/6626/437.52/2022
Sifat : Biasa
Lampiran :-
Perihal : Rekomendasi Izin Penelitian/
Survey/Riset/KKN/PKL

Kepada
Yth. Kepala Puskesmas Cerme
di Gresik

Merindaklanjuti surat dari Badan Perencanaan Pembangunan, Penelitian dan Pengembangan Daerah Kabupaten, Gresik nomor 070/559/437.71/2022 tanggal 30 November 2022 tentang pengantar rekomendasi izin pengambilan data yang dilakukan oleh:

Nama : Raden Dhimas Prayoga

NIM : 3578300408000001

Judul Penelitian : Gambaran Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan
Di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik Tahun 2022

Sehubungan dengan hal tersebut kami mohon Bapak/Ibu untuk memfasilitasi data-data yang diperlukan oleh Mahasiswa tersebut. Dalam melakukan kegiatan Penelitian agar memperhatikan hal – hal sebagai berikut:

1. Mematuhi peraturan yang berlaku
2. Menerapkan protokol kesehatan

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih

Kepala Dinas Kesehatan
KABUPATEN GRESIK



dr. MUKHIBATUL KHUSNAH, MM.
Pembina Tingkat I
NIP. : 196807072002122007

Lampiran 5. Dokumentasi Penelitian



Lampiran 6 Bukti Telah Melaksanakan Penelitian



PEMERINTAH KABUPATEN GRESIK
DINAS KESEHATAN
PUSKESMAS CERME

Jalan Raya Cerme Kidul No. 52 Tlp. 031 7990007
email: cermekm@yahoo.co.id - 61171
GRESIK



SURAT KETERANGAN

Nomor : 800/278-16/437.52.16/2022

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : dr. ENINGSIH FITRIANI
NIP. : 19830217 2014122002
Pangkat / Golongan : Penata Tk. I / III-D
Jabatan : Kepala Puskesmas Cerme


Menerangkan bahwa :

Nama : Raden Dhimas Prayoga
NIM : 182310101126
Fakultas : Keperawatan Universitas Jember

Telah melaksanakan penelitian tentang Gambaran Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik Tahun 2022.

Demikian Surat keterangan ini dibuat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Gresik, 26 Desember 2022
Kepala Puskesmas Cerme


dr. ENINGSIH FITRIANI
NIP. 19830217 2014122002

Lampiran 7 Sertifikat Etik



**KOMITE ETIK PENELITIAN KESEHATAN
UNIVERSITAS JEMBER, FAKULTAS KEPERAWATAN
HEALTH RESEARCH ETHICS COMMITTEE
UNIVERSITY OF JEMBER, FACULTY OF NURSING**

**KETERANGAN LAIK ETIK
DESCRIPTION OF ETHICAL APPROVAL
No. 169/UN25.1.14/KEPK/2022**

Protokol penelitian yang diusulkan oleh :
The research protocol proposed by

Peneliti utama : Raden Dhimas Prayoga
Principal Investigator

Anggota Peneliti : Ns. Remo Purwandari, M.Kep
Member of Research Ns. Dicky Endriani Kurniawan, M.Kep

Tempat Penelitian : Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik
Place of Research

Dengan judul : Gambaran Kelengkapan Dokumentasi Asuhan
Keperawatan di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik
Tahun 2022

Title : Overview Of The Completeness of Nursing
Documentation at The Cerme Health Center Gresik in
2022

Dinyatakan laik etik sesuai 7 (tujuh) Standar WHO 2011, yaitu 1) Nilai Sosial, 2) Nilai Ilmiah, 3) Pemerataan Beban dan Manfaat, 4) Risiko, 5) Bujukan/Eksploitasi, 6) Kerahasiaan dan Privacy, dan 7) Persetujuan Setelah Penjelasan, yang merujuk pada Pedoman CIOMS 2016. Hal ini seperti yang ditunjukkan oleh terpenuhinya indikator setiap standar.

Declared to be ethically appropriate in accordance to 7 (seven) WHO 2011 Standards, 1) Social Values, 2) Scientific Values, 3) Equitable Assessment and Benefits, 4) Risks, 5) Persuasion/Exploitation, 6) Confidentiality and Privacy, and 7) Informed Consent, referring to the 2016 CIOMS Guidelines. This is as indicated by the fulfillment of the indicators of each standard.

Pernyataan Laik Etik ini berlaku selama kurun waktu tanggal 3 November 2022 sampai dengan tanggal 3 Januari 2023.



This declaration of ethics applies during the period November 3, 2022 until January 3, 2023.






Ketua Komite Etik Penelitian Kesehatan
Chairperson of Health Research Ethics Committee
Ns. Dimi Kurniawan, M.Psi., M.Kep., Sp.Kep.Mat.


Lampiran 8 Lembar Bimbingan DPU

**LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER**

Nama : Raden Dhimas Prayoga
 NIM : 182310101126
 Dosen Pembimbing Utama : Ns. Retno Purwandari, S.Kep., M.Kep.
 Judul : "Gambaran Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik"

No.	Hari/Tanggal	Perihal	Rekomendasi	Bukti	TTD
1.	23 Oktober 2021	Konsultasi BAB I	-Alur belum jelas -Fenomena puskesmas belum ada -Penulisan referensi, kata sambung, kata asing		

2.	24 Februari 2022	Konsultasi BAB 1	-fenomena belum ada -penulisan referensi -kaidah paragraf		f
3.	1 Maret 2022	Konsultasi BAB 1	-mengganti variabel sikap		f
4.	13 Maret 2022	Konsultasi BAB 1	-boleh sambil membuat draft selanjutnya dan upload sister -berikan gambaran di puskesmas		f
5.	11 Mei 2022	Konsultasi Online Bab 1-4	-Typing error, kata asing, kata sambung. -Referensi -Penjabaran materi -Kerangka teori -Sampel penelitian tidak memenuhi -Mengganti variabel penelitian		f

6.	17 Juni 2022	Konsultasi Online bab 1-4	<ul style="list-style-type: none"> -Typing error, penulisan referensi, kata asing -Permasalahan belum akurat -Tambahkan referensi -Judul Gambar -Gambaran dokumentasi di Puskesmas belum ada -Sub bab kelengkapan dokumentasi belum ada di Bab 2 -Perbaiki kerangka teori dan kerangka konsep 		f
7.	18 Juli 2022	Konsultasi Bab 1-3	<ul style="list-style-type: none"> -Typing error, kata asing, kata sambung -Tambahkan penjelasan Puskesmas di latar belakang -Tujuan penelitian lebih dijabarkan -Mengganti referensi -Tambahkan kelengkapan dokumentasi di Puskesmas pada penelitian sebelumnya 	OFFLINE	f
8.	25 Juli 2022	Konsultasi Bab 1-3	<ul style="list-style-type: none"> -Typing error, kata sambung -Diurutkan tahun referensi pada bab 1 	OFFLINE	f


			<ul style="list-style-type: none"> -Ditambah referensi sub bab tujuan dokumentasi -Dijabarkan lagi untuk sub bab prinsip dokumentasi -Perbaiki kerangka teori dan kerangka konsep 		
9.	4 Agustus	Konsultasi bab 1-3	<ul style="list-style-type: none"> -Typing error -Menambahkan di latar belakang terkait Puskesmas -Perbaiki bab 2 -Menambahkan judul di tabel -Penulisan Referensi -Perbaiki kerangka teori 	OFFLINE	f
10.	18 Agustus 2022	Konsultasi bab 1-4	<ul style="list-style-type: none"> -Typing error, spasi paragraf -Perbaiki bab 2 -Perbaiki kerangka teori -Tambahkan kriteria inklusi dan eksklusi bab 4 -Mengganti instrumen penelitian 	OFFLINE	f
11.	26 Agustus 2022	Konsultasi bab 1-4	<ul style="list-style-type: none"> -Perbaiki penulisan kalimat -Menambahkan aspek 	OFFLINE	f

			SIKI -Perbaikan kerangka teori		
12.	31 Agustus 2022	Konsultasi bab 1-4	lanjut ke DPA sudah menunggu fi instrumen	OFFLINE	f

No.	Hari/Tanggal	Perihal	Rekomendasi	Bukti	TTD
	21/9		Acc Sempro		f

Lembar bimbingan setelah sempro

No.	Hari/Tanggal	Perihal	Rekomendasi	Bukti	TTD
1.	Rabu/ 12 Oktober 2022	Konsultasi Revisi sempro	-Perbaikan Bab 2 & Bab 3	OFFLINE	f
2.	Senin/ 7 November 2022	Konsultasi revisi sempro	-Perbaikan Bab 2 & Bab 3	OFFLINE	f
3.	Senin/ 21 November 2022	Konsultasi instrumen penelitian	-Modifikasi instrumen	OFFLINE	f
4.	Jumat/ 25 November 2022	Konsultasi instrumen	-Penilaian instrumen	OFFLINE	f

5.	Kamis/ Desember 2022	1	Konsultasi instrumen	- Penjelasan indikator untuk menilai pada instrumen		
6.	Kamis/ 29 Desember 2022		Konsultasi bab 1-6	- Perbaikan bab 4, 5	OFFLINE	
7.	Kamis/ 5 Januari 2023		Konsultasi bab 1-6	- Perbaikan bab 4, 5	OFFLINE	
8.	Senin/ 9 Januari 2023		Konsultasi bab 5	-Perbaikan bab 5	OFFLINE	


9.	Selasa/10 Januari 2023		Abstract, Rangkuman	- Tambah Kiri: K Abstract - Lengkapi lampiran - Acc Sidang		
----	---------------------------	--	------------------------	---	--	--




Lampiran 9 Lembar Bimbingan DPA



LEMBAR BIMBINGAN SKRIPSI
 FAKULTAS KEPERAWATAN
 UNIVERSITAS JEMBER

Nama : Raden Dhimas Prayoga
 NIM : 182310101126
 Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Dicky Endrian Kurniawan, S,Kep., M.Kep.
 Judul : "Gambaran Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan di Puskesmas Cerme Kabupaten Gresik"






No	Hari/Tanggal	Perihal	Rekomendasi	Bukti	TTD
1.	25 Oktober 2021	Konsultasi BAB 1	-Typing error, spasi, kerapian penulisan, kata baku -Fenomena belum ada		
2.	14 Maret 2022	Konsultasi Bab 1	-justifikasi ilmiah terkait lokasi penelitian -lanjutkan ke bab selanjutnya jika sudah ace topik dengan DPU		








3.	11 April 2022	Konsultasi Bab 1 & 2	<ul style="list-style-type: none"> -Typing error -Penulisan referensi -Deskripsikan tempat penelitian -Penulisan tabel -Penulisan referensi -Perbaiki Bab 2 -Perbaiki kerangka teori 		
4.	12 Mei 2022	Konsultasi Bab 1-4	<ul style="list-style-type: none"> -Typing error, spasi -Perbaiki bab 2 -Sampel penelitian kurang -Mengganti variabel penelitian 		




5.	19 Juni 2022	Konsultasi bab 1-4	-Rekomendasi konsul luring -Typing error, spasi, -Perbaiki latar belakang -Perbaiki kerangka teori -Perbaiki bab 4 -Penulisan identitas daftar pustaka belum sesuai PPKI		
6.	25 Juli 2022	Konsultasi Bab 1-4	-Typing error, spasi -Tambahkan standar dokumentasi keperawatan di Bab 2 -Perbaiki kerangka teori -Perbaiki kerangka konsep -Gunakan total sampling -Lengkapi tahapan pengumpulan data -Perbaiki penulisan daftar pustaka	OFFLINE	
7.	02 Agustus 2022	Konsultasi Bab 1-4	-Perbaiki kerangka teori -Lengkapi tahap pengumpulan data	OFFLINE	
8.	01 September 2022	Konsultasi Bab 1-4	Finaling kuesioner dan awal data yang	OFFLINE	

No	Hari/Tanggal	Perihal	Rekomendasi	Bukti	TTD
	12/22 /9		L	-cek turnitin -cek typing error -ACC Sempro jika turnitin < 30%	
	21/22 /9		ACC Sempro → Turnitin 18%		

Lembar bimbingan setelah sempro

No.	Hari/Tanggal	Perihal	Rekomendasi	Bukti	TTD
1.	Rabu/ Oktober 2022 12	Konsultasi Revisi sempro	-Perbaikan Bab 2 & Bab 3	OFFLINE	
2.	Rabu/ Oktober 2022 19	Konsultasi revisi sempro	-Cek kembali instrumen	OFFLINE	
3.	Senin/ November 2022 7	Konsultasi instrumen penelitian	-Modifikasi instrumen	OFFLINE	
4.	Senin/ November 2022 21	Konsultasi instrumen	-Penilaian instrumen		

5.	Jumat/ 25 November 2022	Konsultasi bab 4	-Perbaikan bab 4	OFFLINE	
6.	Kamis/ 28 November 2022	Konsultasi indikator penilaian	- penilaian instrumen		
7.	Jumat/ 2 Desember 2022	Konsultasi indikator penilaian	- Penilaian instrumen		
8.	Rabu/ 21 Desember 2022	Konsultasi hasil penelitian	-Perbaikan hasil penelitian		

9.	Jumat/ 23 Desember 2022	Konsultasi hasil penelitian	-Perbaikan hasil penelitian	OFFLINE	
10	Kamis/ 29 Desember 2022	Konsultasi Bab 1-6	- Typing error - Perbaikan pembahasan - Perbaikan kesimpulan dan saran	OFFLINE	
11	Rabu/ 4 Januari 2023	Konsultasi Bab 1-6	- Tambahkan abstrak dan ringkasan - Perbaikan bab 5	OFFLINE	
	11/ 2023 /01		Acc Sidang		