

GAMBARAN APLIKASI DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN DI RUMAH SAKIT ORTOPEDI SURAKARTA

Zulfa Fairuz Jannah, Arum Pratiwi

Program Studi Keperawatan, Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Surakarta

Abstrak

Salah satu aspek terpenting dalam bukti asuhan keperawatan adalah dokumentasi keperawatan karena berfungsi sebagai aspek legal dibidang keperawatan. Dokumentasi asuhan keperawatan bisa berupa tulisan manual atau elektronik yang mencakup semua kondisi klien atau layanan yang diberikan sebelumnya. Penelitian ini bertujuan mengetahui gambaran aplikasi dokumentasi asuhan keperawatan di Rumah Sakit Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta dilakukan penelitian dari bulan Desember 2022 – Januari 2023. Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain penelitian Deskriptive narrative. Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta. Responden penelitian ini dilakukan di 4 bangsal dan 47 rekam medis. Strategi sampel yang digunakan yaitu *Accidental Sampling* dengan kriteria mengaplikasikan rekam medis yang saat dilakukan penelitian diisi oleh perawat. Pengumpulan data menggunakan kuesioner data demografi dan lembar observasi asuhan keperawatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dokumentasi keperawatan dengan nilai tertinggi kategori kurang lengkap nilai tertinggi pada pengkajian dengan presentase 9.7% selanjutnya kategori lengkap nilai tertinggi diagnosa dengan presentase 74.2% dan kategori terakhir sangat lengkap nilai tertinggi pada implementasi dengan presentase 33.9%. Penelitian ini menunjukkan bahwa kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di Rumah Sakit Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta yang meliputi pengkajian, diagnose, intervensi, implementasi dan evaluasi masuk dalam kategori lengkap.

Kata Kunci : Aplikasi, Asuhan keperawatan, Dokumentasi

Abstract

One of the most important aspects in the evidence of nursing care is nursing documentation because it serves as a legal aspect in the field of nursing. Nursing care documentation can be manual or electronic writing that includes all the client's conditions or previously provided services. This study aims to find out an overview of the application of nursing care documentation at the Orthopedic Hospital Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta conducted research from December - January. This type of research is quantitative research with a narrative descriptive research design. This research was conducted at Prof. Orthopedic Hospital. Dr. R. Soeharso Surakarta. Respondents in this study were conducted in 4 wards and 47 medical records. The sample strategy used was *Accidental Sampling* with extraction reacting to medical records which were filled out by nurses when the research was carried out. Data collection using demographic data questionnaires and nursing care observation sheets. The results showed that nursing documentation with the highest score in the incomplete category had the highest score in assessment with a percentage of 9.7%, then the complete category had the highest score for Diagnosis with a percentage of 74.2% and the last category Very Complete, the highest score in Implementation with a percentage of 33.9%. This study shows that the completeness of nursing care documentation at Prof. Orthopedic Hospital. Dr. R. Soeharso Surakarta which includes assessment, diagnosis, intervention, implementation and evaluation is included in the complete category.

Keywords : Application, Nursing care, Documentation

1. PENDAHULUAN

Rumah sakit merupakan institusi yang menawarkan pelayanan medis dan meningkatkan kesehatan umum masyarakat. Rumah sakit merupakan pelayanan kesehatan yang menawarkan rawat inap dan rawat jalan, serta layanan darurat. Kualitas tenaga keperawatan merupakan salah satu variabel utama yang mempengaruhi kualitas pelayanan rumah sakit (Suwignjo dkk., 2022).

Kualitas pelayanan keperawatan memiliki dampak yang signifikan terhadap baik atau buruknya suatu rumah sakit karena kegiatan keperawatan tersebut selalu dipantau oleh klien atau keluarga klien selama 24 jam (Arum P., 2010.). Puas atau tidaknya pelayanan keperawatan yang diberikan kepada klien merupakan salah satu tanda kualitas asuhan keperawatan. Kegiatan pelayanan dan asuhan perawat pelaksanaan mulai dari penanganan pasien yang berat sampai pasien yang ringan. Tanggung jawab perawat berhubungan dengan kasus tersebut adalah pemberian asuhan keperawatan yang efektif. Untuk mencapai tujuan tersebut, seorang perawat harus mempunyai ilmu tentang bagaimana merawat pasien dengan self care sampai kritis (Pratiwi dkk., 2010.)

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan dokumen tertulis yang berisi segala aktifitas proses keperawatan yang diberikan kepada klien yang berguna bagi klien, perawat dan tim kesehatan lainnya dan dapat dijadikan bukti hukum jika sewaktu-waktu dibutuhkan (Dewi dkk., 2021). Dokumentasi keperawatan mencakup pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi. Kualitas dokumentasi keperawatan dapat dilihat dari tingkat kepatuhan perawat terhadap aturan pendokumentasian yang ditetapkan oleh profesi atau pemerintah (Karma Maha Wirajaya & Made Umi Kartika Dewi, 2019.) .

Pembuatan dokumentasi asuhan keperawatan merupakan salah satu komponen yang sangat penting dalam pemberian asuhan keperawatan, karena menunjukkan bahwa perawat benar-benar melakukan asuhan keperawatan (Kusumaningrum, 2022). Kelengkapan informasi dalam pengisian dokumentasi dapat menjadi masalah, karena dokumentasi dapat memberikan informasi terinci tentang apa yang sudah terjadi kepada klien selama berada di Rumah Sakit dan mempengaruhi pelayanan yang diberikan terhadap Rumah sakit.(Achmadi dkk., 2015). Dengan demikian dalam pengelolaan asuhan keperawatan terdapat hubungan antara perawat dan klien baik langsung ataupun tidak langsung (Heru Pujiastono W & Arum Pratiwi, 2017.)

Dalam pencatatan dokumentasi keperawatan terbagi menjadi 2 yaitu secara tertulis dan computer. Dokumentasi keperawatan berbasis computer merupakan pencatatan yang

dilakukan dengan menggunakan perangkat computer yang telah disediakan perangkat lunak sesuai kebutuhan. Fitur dokumentasi berbasis computer yaitu catatan keperawatan (tanda-tanda vital, pengkajian keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan), jadwal dinas perawat, integrasi data klinis klien, pendukung dalam pengambilan keputusan (etiologic, factor-faktor, tanda dan gejala) dan hubungan langsung dengan dokter (Rosari et al., 2019).

Dokumentasi berbasis tulisan atau manual yaitu dokumentasi atau catatan tentang layanan kepada klien yang dikerjakan atau dituliskan pada kertas. Sistem pada dokumentasi berbasis tulisan yaitu tersedia format untuk dokumentasi, catatan perawat berbentuk narasi.

Dalam hasil penelitian tentang dokumentasi asuhan keperawatan (Risma et al., 2020) menemukan bahwa hasil dari penelitian dokumentasi yang terisi lengkap ialah 77,24% , dengan proses keperawatan pada pengkajian 81,61%, diagnose 82,17%, Intervensi 61,96%, Implementasi 64,80% dan evaluasi 95,65%. Kesimpulannya yaitu pada RSUD Dr. Slamet Garut dengan akreditasi predikat paripurna atau penuh, bahwa pada aspek evaluasi memperoleh nilai tinggi dan untuk aspek intervensi memperoleh nilai terkecil dibandingkan dengan tahap yang lainnya yaitu pengkajian, diagnose dan implementasi. Diperlukan motivasi yang tinggi untuk perawat dalam mengisi dokumentasi asuhan keperawatan semaksimal mungkin berdasarkan standar asuhan keperawatan yang berlaku.

Di Rumah Sakit Ortopedi Surakarta belum pernah dilakukan penelitian tentang gambaran aplikasi dokumentasi asuhan keperawatan, maka peneliti ingin melakukan tentang penelitian tersebut berdasarkan latar belakang yang sudah dijelaskan sebelumnya. Didapatkan rumusan masalah yaitu “Bagaimanakah Gambaran Aplikasi Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta?”

2. METODE

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan desain penelitian *Deskriptive Narrative*. Penelitian kuantitatif adalah studi sistematis tentang suatu fenomena dengan mengumpulkan data yang dapat dinilai menggunakan statistik, metode matematika atau komputer. sampel dari penelitian ini berjumlah 47 rekam medis di ruang rawat inap Rumah Sakit Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta dimana jumlah tersebut adalah jumlah perawat yang melakukan dokumentasi keperawatan ketika dilakukan penelitian.

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini yaitu *Accidental sampling* dengan kriteria rekam medis yang saat dilakukan penelitian, selesai diisi oleh perawat.

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner lembar observasi tentang dokumentasi asuhan keperawatan yang diobservasi oleh peneliti.

Pada lembar observasi terdiri dari 19 pernyataan dengan memilih 4 item, Tidak lengkap diberi nilai 1, Kurang lengkap diberi nilai 2, lengkap diberi nilai 3 dan sangat lengkap diberi nilai 4. kesimpulan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan menggunakan statistik dengan nilai kurang dari 39% tingkat kelengkapan dokumentasi tidak lengkap, rentang nilai 40% - 50% tingkat kelengkapan dokumentasi kurang lengkap, rentang nilai 51%-81% tingkat kelengkapan dokumentasi lengkap dan rentang nilai lebih dari 82% tingkat kelengkapan dokumentasi sangat lengkap.

Peneliti mengobservasi 47 sampel rekam medis yang dicatat oleh perawat. Dokumentasi diambil dari 4 bangsal di rumah sakit dengan cara pengambilan melihat perawat tindakan dan mencatat dokumentasi, kemudian peneliti melihat kelengkapan dokumentasi tersebut. Kelengkapan pada pengkajian meliputi data demografi, riwayat kesehatan, pola fungsi kesehatan dan pemeriksaan (fisik dan penunjang). Kelengkapan pada diagnosa yaitu data focus (subyektif dan obyektif), problem dan indicator (etiologic, tanda dan gejala, factor resiko). kelengkapan intervensi yaitu mengurutkan prioritas diagnosa, menentukan tujuan dan kriteria hasil dan menentukan tindakan keperawatan. Kelengkapan implementasi meliputi jenis tindakan, hasil atau respon klien, tanggapan dan jam tindakan serta tanda tangan dan nama perawat. Kelengkapan evaluasi yaitu mencatat SOAP, hasil evaluasi mengacu pada tujuan serta tanda tangan dan nama perawat.

Analisa data yang digunakan pada penelitian ini yaitu Analisa univariat *central tendency* dan uji deskriptif. Data yang sudah terkumpul dianalisis secara analitik. Data dilakukan analisis univariat secara deskriptif dalam bentuk distribusi frekuensi dan hasil analisis ditampilkan dalam bentuk table dan di deskripsikan untuk mengetahui gambaran aplikasi dokumentasi asuhan keperawatan di Rumah Sakit Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

3.1 Hasil

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Gambaran Pengkajian Asuhan Keperawatan di RSO Surakarta (n = 47)

Aspek yang dinilai	Tidak Lengkap		Kurang Lengkap		Lengkap		Sangat Lengkap	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Data Demografi	2	4.3	18	38.3	22	46.8	5	10.6
Riwayat Kesehatan	2	4.3	23	48.9	11	23.4	11	23.4
Pemeriksaan Umum	0	0	22	46.8	7	14.9	18	38.3
Tanda dan Gejala	0	0	16	34	22	46.8	9	19.1
Pemeriksaan Vital Sign	0	0	11	23.4	25	53.2	11	23.4
Pemeriksaan Penunjang	0	0	9	19.1	11	23.4	27	57.4
Pola fungsional	2	4.3	7	14.9	30	63.8	8	17

Berdasarkan tabel 1 didapatkan hasil tertinggi Kategori Kurang Lengkap hasil tertinggi pada riwayat kesehatan dengan presentasi 48.9% selanjutnya kategori Lengkap hasil tertinggi pada pola fungsional dengan presentase 63.8% dan kategori terakhir Sangat Lengkap hasil tertinggi pada pencatatan pemeriksaan penunjang dengan presentase 57.4%.

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Gambaran Diagnosa Asuhan Keperawatan di RSO Surakarta (n = 47)

Aspek yang dinilai	Kurang Lengkap		Lengkap		Sangat Lengkap	
	F	%	F	%	F	%
Diagnose berdasarkan masalah yang dirumuskan	8	17	25	53.2	14	29.8
Data Fokus	16	34	19	40.4	12	25.5
Diagnosa mencerminkan PE atau PES	7	14.9	37	78.7	3	6.4

Berdasarkan tabel 2 didapatkan hasil tertinggi kategori Kurang Lengkap hasil tertinggi pada data fokus dengan presentase 34% selanjutnya kategori Lengkap hasil tertinggi pada diagnosa mencerminkan PE atau PES dengan presentase 78.7% dan kategori terakhir Sangat Lengkap hasil tertinggi pada diagnosa berdasarkan masalah yang dirumuskan dengan presentase 29.8%.

Tabel 3. Distribusi Frekuensi Gambaran Intervensi Asuhan Keperawatan di RSO Surakarta (n = 47)

Aspek yang dinilai	Kurang Lengkap		Lengkap		Sangat Lengkap	
	F	%	F	%	F	%
Intervensi keperawatan berdasarkan diagnose	9	19.1	21	44.7	17	36.2
Rencana tindakan mengacu pada ONEC (Observasi, Nursing therapy, Edukasi, Colaborasi)	21	44.7	16	34	10	21.3
Tujuan dan kriteria hasil	11	23.4	25	53.2	11	23.4

Berdasarkan tabel 3 didapatkan hasil tertinggi kategori Kurang Lengkap hasil tertinggi pada pencatatan rencana tindakan yang mengacu pada ONEC (Observasi, Nursing therapy, Edukasi, dan kolaborasi) dengan presentase 44.7%, selanjutnya kategori Lengkap hasil tertinggi pada pencatatan intervensi keperawatan berdasarkan diagnosa dengan presentase 53.2% dan kategori terakhir Sangat Lengkap hasil tertinggi pada pencatatan kriteria hasil yang disesuaikan oleh klien dengan presentase 36.8%

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Gambaran Implementasi Asuhan Keperawatan di RSO Surakarta (n = 47)

Aspek yang dinilai	Kurang Lengkap		Lengkap		Sangat Lengkap	
	F	%	F	%	F	%
Tindakan sesuai waktu tindakan	11	23.4	21	44.7	15	31.9

Semua tindakan yang telah dilaksanakan dengan jelas	5	10.6	20	42.6	22	46.8
Penanggung jawab tindakan (Nama dan Tanda tangan)	9	19.1	24	51.1	14	29.8

Berdasarkan tabel 4 didapatkan hasil tertinggi kategori Kurang Lengkap hasil tertinggi pada tindakan sesuai waktu tindakan dengan presentasi 23.4%, selanjutnya kategori Lengkap hasil tertinggi pada pencatatan penanggung jawab tindakan (nama dan tanda tangan) dengan presentase 51.1% dan kategori terakhir Sangat Lengkap hasil tertinggi pada semua tindakan yang telah dilaksanakan dengan jelas dengan presentase 46.8%

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Gambaran Evaluasi Asuhan Keperawatan di RSO Surakarta (n = 47)

Aspek yang dinilai	Kurang Lengkap		Lengkap		Sangat Lengkap	
	F	%	F	%	F	%
Hasil tindakan berdasarkan SOAP	12	25.5	28	59.6	7	14.9
Evaluasi mengacu pada tujuan	9	19.1	30	63.8	8	17
Penanggung jawab (Nama dan Tanda tangan)	7	14.9	18	38.3	22	46.8

Berdasarkan tabel 5 didapatkan hasil tertinggi kategori Kurang Lengkap hasil tertinggi pada pencatatan hasil tindakan berdasarkan SOAP (subjek, objek, Assesmen, Plan) dengan presentase 30.4% selanjutnya kategori Lengkap hasil tertinggi pada pencatatan evaluasi yang mengacu pada tujuan dengan presentase 67.9% dan kategori terakhir Sangat Lengkap hasil tertinggi pada pencatatan penanggung jawab tindakan (nama dan tanda tangan) dengan presentase 48.2%.

Tabel 6. Distribusi Frekuensi Gambaran Dokumentasi Asuhan Keperawatan di RSO Surakarta (n = 47)

Aspek yang dinilai	Tidak Lengkap		Kurang Lengkap		Lengkap		Sangat Lengkap	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Pengkajian	2	3.2	6	9.7	38	61.3	1	1.6
Diagnosa	0	0	1	1.6	46	74.2	0	0
Intervensi	0	0	2	3.2	33	53.2	12	19.4
Implementasi	0	0	0	0	26	41.9	21	33.9
Evaluasi	0	0	0	0	28	45.2	19	30.6

Berdasarkan tabel 6 didapatkan hasil tertinggi Kategori Kurang Lengkap hasil tertinggi pada Pengkajian dengan presentase 5.4% selanjutnya Kategori Lengkap hasil tertinggi Diagnosa dengan presentase 74.2% dan kategori terakhir Sangat Lengkap hasil tertinggi pada Implementasi dengan presentase 33.9%.

3.2 Pembahasan

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan di Rumah Sakit Ortopedi Surakarta didapatkan hasil tertinggi untuk kategori kurang lengkap yaitu riwayat kesehatan terdapat 23 rekam medis dengan presentasi 48.9%. Pada riwayat kesehatan, seringkali perawat tidak mencantumkan riwayat kesehatan keluarga atau riwayat kesehatan klien terdahulu.

Tetapi menurut penelitian yang dilakukan (Kurnia et al., 2021) menjelaskan bahwa pencatatan riwayat kesehatan klien pada format anamnesis dan pemeriksaan fisik harus dicatat lengkap, tujuannya untuk merencanakan perawatan atau pengobatan yang diberikan pada klien. Dalam penelitian yang dilakukan (Kemenkes, 2018) rekam medis klien rawat inap harus memuat adanya hasil anamnesa yang mencakup keluhan riwayat kesehatan, hasil pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang.

Berdasarkan hasil tertinggi pada kategori lengkap yaitu pola fungsional terdapat 30 rekam medis dengan presentasi 63.8%. Pada pola fungsional, seringkali perawat tidak menanyakan lebih lanjut tentang pola-pola fungsional tersebut, contohnya seperti urine klien sedikit, perawat harus menanyakan seperti intake makanan dan minuman, apakah nyeri saat berkemih dan tuntas tidaknya saat berkemih.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Alif et al., 2019) menjelaskan bahwa pola fungsional sangat penting untuk dilihat kelengkapan catatan dokumentasi, contohnya

seperti pola nutrisi dan metabolik, dari pengkajian tersebut kita mengkaji berat badan, IMT (Indeks Masa Tubuh) dengan tinggi badan, perhitungan mempengaruhi komponen perhitungan berat badan ideal sebagai tanda mayor obyektif pada diagnosa defisit nutrisi. Menurut (Aprilia Nuryanti, 2020) ketidaklengkapan dalam pengkajian pola fungsional dapat menimbulkan kemungkinan kurangnya data focus untuk merumuskan diagnosis keperawatan.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Ortopedi Surakarta, pada kategori kurang lengkap hasil tertinggi yaitu data focus terdapat 16 rekam medis dengan presentasi 34%. Perawat seringkali tidak mencatat subyektif pada rekam medis, tetapi klien mengatakan keluhannya tersebut, dan perawat seringkali hanya menyampaikan kepada tenaga kesehatan lain tetapi tidak mencatat pada rekam medis untuk data subyektif.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Annisa et al., 2018) penyebab dari kurangnya data focus dikarenakan kurangnya pengetahuan dan pemahaman dari perawat dan perawat lebih memprioritaskan tindakan langsung dari dokumentasi diperkual dengan penelitian yang dilakukan (Maya et al., 2022) menjelaskan bahwa kurang lengkap nya dokumentasi asuhan keperawatan pada pencatatan data focus, dikarenakan kurangnya pengawasan, pengontrolan terhadap dokumentasi asuhan keperawatan.

Selanjutnya pada kategori Lengkap hasil tertinggi yaitu diagnosa mencerminkan PE atau PES terdapat 37 rekam medis dengan presentase 78.7%. Beberapa perawat seringkali lupa untuk mencantumkan penyebab atau masalah pada rekam medis, jadi untuk membuat diagnosa pada rekam medis perawat bingung. Tetapi beberapa perawat juga banyak mencantumkan penyebab dan masalah untuk lebih mempermudah pembuatan diagnosa.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Dewi et al., 2021) diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon penyakit yang dialami, dikarenakan masalah kesehatan yang dialami termasuk actual maupun potensial. Metode penulisan ini terdiri dari P E S (*Problem, Etiologi dan Symptom*). Menurut penelitian yang dilakukan oleh (Fitriani et al., 2020) respon klien dalam masalah kesehatan secara aktual maupun potensial yang harus mencerminkan *problem, etiologic dan symptom* serta sesuai dengan masalah yang telah dirumuskan.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti di Rumah Sakit Ortopedi Surakarta pada kategori kurang lengkap memiliki hasil tertinggi yaitu intervensi mengacu pada ONEC (*Observasi, Nursing therapy, Education, Colaboration*) terdapat 21 rekam medis dengan

presentase 44.7%. Pada penelitian, seringkali perawat tidak mencantumkan edukasi untuk klien atau keluarganya dan dalam tindakan, perawat hanya melakukan tindakan saja tanpa memberitahu kegunaan atau fungsi dari tindakan tersebut serta perawat tidak menjelaskan tentang terapi contohnya seperti terapi nafas dalam untuk mengurangi rasa nyeri.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Supprati et al., 2018) menjelaskan bahwa rencana asuhan keperawatan harus mencantumkan terapi keperawatan, Pendidikan kesehatan, kolaborasi dengan tim kesehatan lain, observasi, edukasi dan monitoring. Menurut (Kusnadi, 2017) menjelaskan bahwa ketidaklengkapan pada rencana keperawatan diakibatkan tidak adanya program pelatihan perawat dalam melakukan dokumentasi keperawatan dibidang perencanaan, tidak dilakukannya supervise.

Pada kategori lengkap hasil tertinggi yaitu tujuan dan kriteria hasil, terdapat 25 rekam medis dengan presentasi 53.2%. seringkali perawat mencantumkan tujuan dan kriteria hasil ketika klien sudah dilakukan tindakan dan klien sudah merasa jauh lebih baik.

Sejalan penelitian yang dilakukan oleh (Marisih et al., 2019) mengatakan bahwa kriteria hasil sangat penting, karena dapat menjadi tonggak pengukur keberhasilan asuhan keperawatan yang diberikan, menjadi arahan untuk pelaksanaan intervensi dan menjadi factor pemicu dan kerangka waktu untuk mencapai tujuan. Menurut (Noorkasiani et al., 2018) tujuan dan kriteria hasil pada intervensi akan berdampak pada implementasi keperawatan.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan hasil tertinggi pada kategori kurang lengkap yaitu tindakan sesuai waktu tindakan terdapat 11 rekam medis dengan presentasi 23.4%. Perawat dalam mencatat di rekam medis seringkali tidak mencatat waktu tindakan, dan seringkali tindakan nya tidak sesuai waktu yang sudah ditentukan di rekam medis.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Joko et al., 2017) kualitas pendokumentasian dikatakan lengkap jika perawat mencatat semua pelayanan kesehatan yang diberikan sesuai format dan semua format terisi dan dikatakan akurat jika perawat menulis catatan selalu dimulai dengan menuliskan tanggal, waktu dan kondisi pasien. (Suwignjo et al., 2022) menjelaskan bahwa ketidaklengkapan dikarenakan perugas kurang patuh dan tidak memperhatikan pentingnya pencatatan waktu akibatnya tidak diketahui kapan klien melakukan persetujuan tindakan apakah sesuai dengan waktu atau tidak.

Selanjutnya hasil tertinggi pada kategori lengkap yaitu tanda tangan dan nama terdapat 24 rekam medis dengan presentase 51.1%. Pada rekam medis perawat mencantumkan tanda tangan dan nama, tetapi sering kali juga beberapa perawat hanya mencantumkan nama atau tanda tangan saja.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Novita et al., 2020) menjelaskan bahwa tanda tangan dan nama pada rekam medis sifatnya sangat penting karena merupakan legalitas dan bentuk tanggung jawab terhadap pasien. Setiap pencatatan rekam medis harus mencantumkan nama, waktu dan tanda tangan yang memberikan pelayanan kesehatan secara langsung.

Hasil penelitian pada evaluasi keperawatan dengan hasil tertinggi pada kategori lengkap yaitu hasil tindakan berdasarkan SOAP (Subyektif, Obyektif, Analisis dan Perencanaan) terdapat 12 rekam medis dengan presentasi 25.5%. pada rekam medis perawat sering kali tidak mencantumkan subyektif dan obyektif, hanya analisis dan perencanaan tersebut lanjut atau tidak.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh (Juliana, 2020) perawat kebingungan dalam pengisian catatan perkembangan klien, terlihat dari pengisian subyektif, obyektif, analisa dan perencanaan yang masih salah, perawat hanya menulis tanggal tidak menulis jam dilakukan tindakan.

Selanjutnya pada kategori lengkap hasil tertinggi yaitu evaluasi mengacu pada tujuan terdapat 30 rekam medis dengan presentasi 63.8%. Perawat sering kali mencatat evaluasi pada rekam medis tidak melihat pada tujuan yang sudah ditentukan, beberapa perawat mencatat evaluasi terlebih dahulu baru tujuan yang akan dihasilkan nantinya.

Menurut (Juwita Swari et al., 2019) menjelaskan bahwa rendahnya dokumentasi evaluasi proses asuhan keperawatan tentang mengacu pada tujuan dimungkinkan karena evaluasi selama ini hanya dilakukan pada evaluasi proses tidak sampai dengan mengevaluasi hasil akhir. Dalam penelitian yang dilakukan oleh (Jaya et al., 2019) menjelaskan bahwa evaluasi mengkaji respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat dengan mengacu pada standa atau kriteria hasil yang telah ditetapkan pada rumusan tujuan.

4. PENUTUP

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, diperoleh kesimpulan sebagai berikut :

1. Terdapat 5 proses keperawatan yaitu, pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan
2. Pada kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di Rumah Sakit Ortopedi Surakarta masuk kategori lengkap
3. Kelengkapan pada dokumentasi keperawatan meliputi :
 - a. Pada kategori kurang lengkap terdapat dokumentasi pengkajian keperawatan
 - b. Pada kategori lengkap terdapat dokumentasi diagnosa keperawatan
 - c. Pada kategori sangat lengkap terdapat dokumentasi implementasi keperawatan

DAFTAR PUSTAKA

- Pratiwi, A., & Utami, Y. W. (2010). Pembinaan dan pendampingan pimpinan keperawatan dalam melaksanakan peran dan fungsi manajemen pada kepala ruang di RS PKU Muhammadiyah Surakarta. Achmadi, L. D. L., Pondaag, L., Babakal, A., Studi, P., Keperawatan, I., & Kedokteran, F. (2015). *DIRUANGAN RAWAT INAP INTERNA RSUD DATOE BHINANGKANG* (Vol. 3).
- Alif, A. M. (n.d.). *Prosiding Seminar Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan Analisis Kuantitatif Dan Kualitatif Medis Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Pasien Asphyxia Neonatorum di Rumah Sakit Daerah Kalisat Periode Januari-Juni Tahun 2018*.
- Wiryatmo, H. P., & Pratiwi, A. (2009). Analisis perbedaan kepuasan pasien terhadap asuhan keperawatan antara metode fungsional dan alokasi pasien di Rumah Sakit Islam Surakarta.
- Dewi, N. H., Suryati, E., Mulyanasari, F., & Yupartini, L. (2021). Pengembangan Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Gawat Darurat Berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 4(2), 554–565. <https://doi.org/10.31539/jks.v4i2.1817>
- Dwi Fibriansari, R., Astuti, A., Maisyaroh, A., & Widyanto, E. P. (2022.). *Perceptions Of Applications Of Standard Nursing Language In Nursing Care Documentations*.
- Hussein, R. A., Mahmoud, R. A., Al-Hamadi, N. Q., Majeed, A. A., & Saihoud, S. A. (2022.). *THE MEDICAL JOURNAL OF BASRAH UNIVERSITY Assessment of the documentation completeness level of the medical records in Basrah General Hospital*.
- Joko Sulisty, D., Sri Wariyanti, A., & Mitra Husada Karanganyar, S. (2020.). *Prosiding Seminar Rekam Medis Dan Manajemen Informasi Kesehatan 52 ISBN: 9786021433218 Analisis Kelengkapan Pelaporan Penting Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Pada Pasien Chronic Kidney Disease Di RSUD DR. Soehadi Prijonegoro Sragen*.
- Juwita Swari, S., Alfiansyah, G., Adi Wijayanti, R., Dwi Kurniawati, R., Studi Rekam Medik, P., Kesehatan, J., & Negeri Jember, P. (2019). Analisis Kelengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis Pasien Rawat Inap RSUP Dr. Kariadi Semarang. In *Jurnal Ilmu Kesehatan* (Vol. 1, Issue 1).
- Karma Maha Wirajaya, M., & Made Umi Kartika Dewi, N. (2019.). *Analisis Ketidaklengkapan Rekam Medis Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Dharma Kerti Tabanan Analysis of Incompleteness Inpatients Medical Records at Dharma Kerti Tabanan Hospital*.
- Koerniawan, D., Daeli, N. E., & Srimiyati, S. (2020). Aplikasi Standar Proses Keperawatan: Diagnosis, Outcome, dan Intervensi pada Asuhan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(2), 739–751. <https://doi.org/10.31539/jks.v3i2.1198>
- Kusumaningrum, P. R. (2022). Penerapan 3S (SDKI, SLKI, SIKI) dalam Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit. *Jurnal Abdi Masyarakat Indonesia*, 2(2), 577–582. <https://doi.org/10.54082/jamsi.293>
- Pratiwi, A., Abi, D., Program, M., Keperawatan, S., Ilmu, F., Ums, K., Yani, J. A., Pos, T., & Surakarta, P. (2010.). *Kajian Penerapan Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) Dalam Pemberian Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit*.

- Pratiwi, A., Arif, M. N., Wisardoyo, W., Muhlisin, A., & Hudiawati, D. (2022). A Time-Motion Study in Intensive Care Unit Using Direct Care Nursing Tool. *Indonesian Journal of Global Health Research*, 4(2), 353–360. <https://doi.org/10.37287/ijghr.v4i2.1160>
- Suwignjo, P., Nurhaeni Asmara, L., Saputra, A., & Khasanah, U. (2022). GAMBARAN KELENGKAPAN DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN DI INSTALASI RAWAT INAP RSUD KOTA BANDUNG. *Jurnal Keperawatan BSI*, 10(2).
- Wang, Y. Y., Wan, Q. Q., Lin, F., Zhou, W. J., & Shang, S. M. (2018). Interventions to improve communication between nurses and physicians in the intensive care unit: An integrative literature review. In *International Journal of Nursing Sciences* (Vol. 5, Issue 1, pp. 81–88). Chinese Nursing Association. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2017.09.007>
- Rezkiki, F., & Ilfa, A. (2018). Pengaruh Supervisi Terhadap Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Ruang Non Bedah. *Real in Nursing Journal*, 1(2), 67-76.
- Fitriani, M. N., Shalahuddin, I., & Juniarti, N. (2020). Gambaran Dokumentasi Asuhan Keperawatan Keluarga di Puskesmas. *Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan Indonesia*, 10(04), 133-140.
- Zaifuddin, A. (2022). Hubungan Antara Motivasi Perawat Dengan Pendokumentasian Diagnosis Keperawatan Di Rumah Sakit Anna Medika Madura (*Studi di Rumah Sakit Anna Medika Madura*) (Doctoral dissertation, Stikes Ngudia Husada Madura).
- Juliana, L. (2020). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kelengkapan Dokumen Rekam Medis di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Cut Meutia Langsa. In *Jurnal Edukes* (Vol. 3, Issue 1).