

GAMBARAN KELENGKAPAN DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN DI INSTALASI RAWAT INAP RSUD KOTA BANDUNG

Purwo Suwignjo¹, Maidartati², Lilis Nurhaeni Asmara³, Anggi Saputra⁴, Umi Khasanah⁵

¹Universitas Adhirajasa Reswara Sanjaya, purwosuwigigno71@gmail.com

²Universitas Adhirajasa Reswara Sanjaya, maidartati@ars.ac.id

³Universitas Adhirajasa Reswara Sanjaya, naslilis67@gmail.com

⁴Universitas Adhirajasa Reswara Sanjaya, anggi@ars.ac.id

⁵Universitas Adhirajasa Reswara Sanjaya, umi@ars.ac.id

ABSTRAK

Kualitas pendokumentasian dikatakan lengkap jika perawat mencatat semua pelayanan kesehatan yang diberikan dan semua format terisi dengan lengkap, dan dikatakan akurat jika perawat menulis catatan selalu dimulai dengan menuliskan tanggal, waktu dan tercantum sesuai dengan kondisi pasien. Ketidakeleengkapan dokumentasi keperawatan menjadi momok besar dalam aspek kualitas dokumentasi, dikarenakan tidak terpenuhinya target keengkapan dokumentasi keperawatan sebesar 100%. Tujuan dalam penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi gambaran keengkapan dokumentasi keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung. Metode penelitian yang digunakan *deskriptif kuantitatif*. Populasi pada penelitian adalah status rekam medik pasien di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung berjumlah 106 dan sampel sebanyak 52 dengan tehnik sampling *Stratified sampling*. Instrumen dalam penelitian ini adalah status rekam medik pasien di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung. Teknik Analisa data univariat menggunakan rumus *prosentase*. Hasil penelitian menunjukkan distribusi frekuensi pada dokumentasi pengkajian hampir seluruhnya lengkap sebanyak 86.54%, pada dokumentasi diagnosa seluruhnya lengkap, pada dokumentasi perencanaan hampir seluruhnya lengkap sebanyak 92.31%, pada dokumentasi pelaksanaan sebanyak hampir seluruhnya lengkap sebanyak 76.92%, dan pada dokumentasi evaluasi hampir seluruhnya lengkap sebanyak 96.15%. Kesimpulan dalam penelitian ini didapatkan sebagian besar dokumentasi keperawatan lengkap sebanyak 71.15% atau 37 rekam medis dan hampir setengah dokumentasi keperawatan tidak lengkap sebanyak 28.85% atau 15 rekam medis. Selanjutnya peneliti menyarankan agar menyusun suatu format pendokumentasian keperawatan yang lebih praktis tanpa mengurangi makna dari format asuhan keperawatan secara keimuan, serta perlu ditingkatkan model pengawasan dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan.

Kata kunci: Dokumentasi Asuhan Keperawatan; Gambaran; Keengkapan

ABSTRACT

The quality of documentation is said to be complete if the nurse records all health services provided and all formats are filled out completely, and it is said to be accurate if the nurse writes notes always starting with writing down the date, time and listed according to the patient's condition. The incompleteness of nursing documentation is a big scourge in the aspect of documentation quality, because the target for completeness of nursing documentation is not fulfilled by 100%. The purpose of this study was to identify a description of the completeness of nursing documentation in the Inpatient Installation of the Bandung City Hospital. The research method used is descriptive quantitative. The population in this study was the medical record status of patients at the Inpatient Installation of the Bandung City Hospital totaling 106 and a sample of 52 using stratified

sampling technique. The instrument in this study was the status of the patient's medical record at the Inpatient Installation of the Bandung City Hospital. Univariate data analysis technique using the percentage formula. The results showed that the frequency distribution in the assessment documentation was almost entirely complete as much as 86.54%, the diagnostic documentation was entirely complete, the planning documentation was almost entirely complete as much as 92.31%, the implementation documentation was almost completely complete as much as 76.92%, and the evaluation documentation was almost completely complete as much as 96.15%. The conclusion in this study was that most of the complete nursing documentation was 71.15% or 37 medical records and almost half of the nursing documentation was incomplete as much as 28.85% or 15 medical records. Furthermore, the researchers suggest that a nursing documentation format is more practical without compromising the meaning of the scientific nursing care format, and it is necessary to improve the supervision model in the implementation of nursing care documentation.

Keywords: *Nursing Care Documentation; Description; Completeness*

PENDAHULUAN

Pembangunan kesehatan merupakan bagian *integral* dalam pembangunan nasional. Sesuai yang tercantum dalam Undang-Undang Kesehatan No.36 Tahun 2009 Pasal 3 bahwa pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif, secara sosial dan ekonomi. Upaya pembangunan kesehatan ditujukan kepada semua individu, kelompok, dan masyarakat. Baik upaya kesehatan dalam fase pencegahan, peningkatan, pengobatan ataupun rehabilitasi. Pada fase mengobati tidak luput peran dari Rumah Sakit sebagai pelaku utama dalam pembangunan kesehatan. Undang Undang Republik Indonesia nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit menyebutkan bahwa Rumah Sakit mempunyai tugas dan fungsi dalam memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Selanjutnya perawat sebagai bagian dari sistem yang ada pada pelayanan di Rumah Sakit mempunyai peran penting dalam mendukung terlaksananya pelayanan kesehatan secara paripurna (UU No. 44 Tahun 2009). Keperawatan adalah kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat. Pelayanan keperawatan

adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok atau masyarakat baik sehat maupun sakit (Nursalam, 2011). Menurut Nursalam (2013) dokumentasi keperawatan merupakan dokumen tertulis berisi segala aktivitas proses keperawatan yang sudah diberikan kepada pasien yang berguna bagi pasien, perawat dan tim kesehatan lainnya dan dapat dijadikan bukti hukum jika sewaktu-waktu dibutuhkan yang 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 (Nursalam, 2011). Pendokumentasian dikatakan lengkap jika perawat mencatat semua pelayanan kesehatan yang diberikan dan semua format terisi dengan lengkap, dan dikatakan akurat jika perawat menulis catatan selalu dimulai dengan menuliskan tanggal, waktu dan tercantum sesuai dengan kondisi pasien (Setiadi, 2012).

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Kasman (2019) dengan judul "Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Buton Utara" didapatkan hasil sebesar 66.7% dokumentasi keperawatan dilakukan kurang optimal.

KAJIAN LITERATUR

Pendokumentasian adalah suatu rangkaian kegiatan mencatat atau merekam peristiwa dari suatu objek atau aktivitas pemberian jasa atau pelayanan yang dianggap berharga dan penting (Potter & Perry dalam Nursalam, 2013). Dokumentasi keperawatan adalah dokumen atau catatan yang berisi data tentang keadaan pasien yang dilihat tidak saja dari tingkat kesakitannya, tetapi juga dilihat dari kualitas, kuantitas, dan jenis dari layanan yang sudah diberikan oleh perawat dalam memenuhi kebutuhan pasien (Ali, 2010). Menurut Nursalam (2013), Dokumentasi keperawatan merupakan dokumen tertulis berisi segala aktivitas proses keperawatan yang sudah diberikan kepada pasien yang berguna bagi pasien, perawat dan tim kesehatan lainnya dan dapat dijadikan bukti hukum jika sewaktu-waktu dibutuhkan yang mencakup pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Menurut Nursalam (2013) tujuan pencatatan merupakan sumber data yang bermanfaat yang digunakan oleh semua anggota tim kesehatan mencakup komunikasi, tagihan finansial, edukasi, pengkajian, riset, audit, dan dokumentasi legal. Menurut Nursalam (2013) tujuan pencatatan merupakan sumber data yang bermanfaat yang digunakan oleh semua anggota tim kesehatan mencakup komunikasi, tagihan finansial, edukasi, pengkajian, riset, audit, dan dokumentasi legal. Ali (2010) mengatakan bahwa standar asuhan keperawatan adalah pedoman terperinci yang menunjukkan perawatan yang diprediksi dan diidentifikasi dalam situasi yang spesifik. Standar asuhan keperawatan harus menunjukkan asuhan yang menjadi tanggung jawab perawat dalam pemberiannya, dan bukan tingkat ideal asuhan. Standar asuhan keperawatan mengacu kepada tahapan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Hasibuan, 2009). Model dokumentasi keperawatan merupakan suatu format, catatan dan prosedur yang berisi data-data pasien yang diisi secara tepat sehingga

memberikan gambaran secara lengkap dan akurat (Eriyani, 2020).

Menurut PERMENKES No: 269/MENKES/PER/III/2008 yang dimaksud rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Catatan merupakan tulisan-tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi mengenai tindakan-tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka pelayanan kesehatan.

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif. Metode deskriptif adalah metode yang meneliti satu kelompok, objek, kondisi dan sistem pemikiran. Metode deskriptif merupakan metode pencarian fakta dengan interpretasi yang tepat. Tujuan dari penelitian deskriptif adalah untuk membuat deskripsi, lukisan atau gambaran secara sistematis, factual dan akurat mengenai fakta, sifat serta hubungan antara fenomena yang diteliti (Nazir, 2014). Populasi yang diteliti adalah jumlah pasien berdasarkan status rekam medis di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung pada bulan Desember 2021 dengan jumlah sebanyak 106 pasien. Sampel dalam penelitian ini adalah rekam medik pasien dengan jumlah sebanyak 52 sampel di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung. Teknik pengambilan sampling dalam penelitian ini adalah teknik *Probability sampling* yaitu teknik pengambilan sampling yang memberi peluang atau kesempatan sama bagi setiap unsur atau anggota populasi untuk dipilih menjadi sampel dengan metode *proportionate stratified random sampling*. *Proportionate stratified random sampling* yaitu teknik pengambilan sampling yang digunakan bila populasi mempunyai anggota atau unsur yang tidak *homogen* dan berstrata secara proporsional (Sugiyono, 2017). Teknik tersebut digunakan mengingat perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung memiliki latar belakang pendidikan yang berbeda.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Gambaran kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung.

Tabel 1 Distribusi frekuensi kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung (n=52).

Kategori	Hasil	Persentase (%)
Lengkap	37	71.15
Tidak Lengkap	15	28.85
Total	52	100

Berdasarkan tabel 1 menunjukan sebagian besar sebanyak 37 status rekam medis (71.15%) dokumentasi asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung adalah lengkap. Gambaran kelengkapan dokumentasi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung.

Tabel 2 Distribusi frekuensi kelengkapan dokumentasi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung (n=52).

Kategori	Hasil	Persentase (%)
Pengkajian Keperawatan		
Lengkap	45	86.54
Tidak Lengkap	7	13.46
Total	52	100
Diagnosa Keperawatan		
Lengkap	52	100
Total	52	100
Perencanaan Keperawatan		
Lengkap	48	92.31
Tidak Lengkap	4	7.69
Total	52	100
Pelaksanaan Keperawatan		
Lengkap	40	76.92
Tidak Lengkap	12	23.08
Total	52	100
Evaluasi Keperawatan		
Lengkap	50	96.15
Tidak Lengkap	2	3.85
Total	52	100

Data tabel 2 di atas menunjukan hampir seluruhnya sebanyak 45 status rekam medis (86.54 %) pada dokumentasi pengkajian keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung adalah lengkap. Pada dokumentasi diagnosa keperawatan seluruhnya lengkap. Data pada dokumentasi perencanaan menunjukan hampir seluruhnya sebanyak 48 status rekam medis (92.31%) adalah lengkap. Hampir seluruhnya sebanyak 40 status rekam medis (76.92%) pada dokumentasi implementasi keperawatan adalah lengkap. Terakhir hampir seluruhnya sebanyak 50 status rekam medis (96.15%) pada dokumentasi evaluasi keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung adalah lengkap.

Pembahasan

Gambaran Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung.

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan bahwa hampir seluruh dokumentasi asuhan keperawatan sebanyak 71.15% yaitu 37 rekam medis terisi lengkap. Selanjutnya hampir setengah dokumentasi asuhan keperawatan sebanyak 28.85% yaitu 15 rekam medis terisi tidak lengkap.

Menurut Nursalam (2013), Dokumentasi keperawatan merupakan dokumen tertulis berisi segala aktivitas proses keperawatan yang sudah diberikan kepada pasien yang berguna bagi pasien, perawat dan tim kesehatan lainnya dan dapat dijadikan bukti hukum jika sewaktu-waktu dibutuhkan yang mencakup pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Pada penelitian ini peneliti melakukan telaah dokumen rekam medis di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung. Dimana peneliti melakukan penggabungan hasil telaah dokumentasi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan. Hasil temuan di lapangan menunjukan bahwa hampir setengah dokumentasi asuhan keperawatan tidak terisi dengan lengkap. Temuan tersebut tidak dapat dianggap sebagai hal yang dapat

diabaikan, mengingat pentingnya pelaksanaan dokumentasi dalam asuhan keperawatan.

Selanjutnya dari hasil temuan tersebut tidak sesuai dengan target internal RSUD Kota Bandung dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan, dimana kelengkapan dokumen haruslah memenuhi target keterselesaian atau kelengkapan sebanyak 100 %.

Gambaran Kelengkapan Dokumentasi Pengkajian Keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung.

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan bahwa hampir seluruh dokumentasi pengkajian keperawatan sebanyak 86.5% yaitu 45 rekam medis terisi lengkap. Selanjutnya sebagian kecil dokumentasi pengkajian keperawatan sebanyak 13.5% yaitu 7 rekam medis terisi tidak lengkap.

Menurut Ali (2010) pengkajian merupakan tahapan pengumpulan data tentang status kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan. Data dapat diperoleh melalui anamnesa, observasi, dan pemeriksaan penunjang dan kemudian di dokumentasikan. Hasil temuan di lapangan menunjukkan Sebagian kecil dokumentasi tidak terisi lengkap. Adapun Kode rekam medis pada dokumentasi pengkajian keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung adalah RM 2.1 mengenai assessment awal pasien rawat inap, RM 2.16 mengenai formulir derajat nyeri dan RM 30.2 tentang Early Warning Scoring System. Adapun format pengisian pada dokumentasi pengkajian tersebut adalah dengan metode uraian dan metode checklist. Hasil temuan menunjukkan pada metode uraian seperti riwayat kesehatan dahulu, dan riwayat kesehatan keluarga tidak terisi dengan lengkap sesuai standar asuhan pengkajian keperawatan.

Gambaran Kelengkapan Dokumentasi Diagnosa Keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung.

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan bahwa seluruh dokumentasi diagnosa keperawatan terisi lengkap, dan

tidak satupun ditemui diagnosa keperawatan tidak terisi.

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan yang aktual atau potensial (Carpenito, 2009). Adapun temuan di lapangan rekam medis diagnosa keperawatan terdapat pada RM 3 mengenai proses keperawatan. Hasil temuan menunjukan perawat melakukan pengisian dokumentasi diagnosa keperawatan secara lengkap dengan format PES (Problem, etiologic, symptom).

Gambaran Kelengkapan Dokumentasi Perencanaan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung.

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan bahwa hampir seluruh dokumentasi perencanaan keperawatan sebanyak 92.3% yaitu 48 rekam medis terisi lengkap. Selanjutnya sebagian kecil dokumentasi perencanaan keperawatan sebanyak 7.7 % yaitu 4 rekam medis terisi tidak lengkap.

Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah-langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisa data dan diagnosa keperawatan. Adapun rekam medis mengenai perencanaan keperawatan terdapat pada RM 3 mengenai proses keperawatan. Sebagian kecil perawat tidak mengisi dokumentasi perencanaan secara lengkap. Dimana dalam perencanaan keperawatan terdapat kriteria hasil. Telaah yang dilakukan peneliti menunjukkan seluruh rekam medis dokumentasi perencanaan keperawatan tidak lengkap terdapat pada pengisian kriteria hasil yang tidak memenuhi kriteria (SMART) (Arikunto, 2010). Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Risma tahun 2020 dengan judul “Gambaran Kualitas Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang rawat Inap RSUD Dr Slamet Garut menunjukkan bahwa sebanyak 38.04% dokumentasi

perencanaan keperawatan terisi tidak lengkap.

Gambaran Kelengkapan Dokumentasi Implementasi Keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung.

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan bahwa hampir seluruh dokumentasi implementasi keperawatan sebanyak 76.9% yaitu 40 rekam medis terisi lengkap. Selanjutnya sebagian kecil dokumentasi implementasi keperawatan sebanyak 23.1 % yaitu 12 rekam medis terisi tidak lengkap.

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi menuju status kesehatan sesuai kriteria hasil yang ditetapkan. Hasil temuan di lapangan menunjukkan perawat melakukan pengisian implementasi keperawatan pada rekam medis, namun dikategorikan tidak lengkap karena hampir seluruh rekam medis implementasi keperawatan yang tidak lengkap, tidak dibubuhi tandatangan dan nama lengkap dari perawat.

Gambaran Kelengkapan Dokumentasi Evaluasi Keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung.

Berdasarkan hasil penelitian ditemukan bahwa hampir seluruh dokumentasi evaluasi keperawatan sebanyak 96.1% yaitu 50 rekam medis terisi lengkap. Selanjutnya sebagian kecil dokumentasi evaluasi keperawatan sebanyak 3.9% yaitu 2 rekam medis terisi tidak lengkap. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari proses asuhan keperawatan yang menjelaskan bahwa tujuan dari tindakan keperawatan telah tercapai atau memerlukan pendekatan lain.

Hasil temuan di lapangan menunjukkan bahwa sebagian kecil evaluasi keperawatan dokumentasi keperawatan tidak diisi dengan lengkap. Adapun pencatatan dokumentasi evaluasi keperawatan terdapat pada RM 3 mengenai proses keperawatan, dalam RM 3 perawat dapat melakukan evaluasi sumatif. Selanjutnya pada RM 9 mengenai catatan perkembangan pasien terintegrasi

perawat dapat mengisi evaluasi formatif. Hasil temuan didapatkan bahwa perawat melakukan pengisian pada rekam medis tersebut, namun dikategorikan tidak lengkap dikarenakan perawat tidak membubuhi tandatangan dan nama lengkap pada rekam medis tersebut. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Nopan pada tahun 2018 dengan judul “Gambaran Kelengkapan Pendokumentasian Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi di Rumah Sakit X Kota Padang” didapatkan hasil bahwa sebanyak 73.7% pengisian CPPT tidak lengkap.

Implikasi Keperawatan

Hasil penelitian mengenai kelengkapan dokumentasi keperawatan memiliki implikasi kuat dalam proses monitoring kinerja perawat dalam tugasnya memberikan asuhan keperawatan. Komite keperawatan sebagai unit yang bertugas dalam peningkatan kinerja perawat dapat menjadikan hasil penelitian ini sebagai acuan dalam melaksanakan fungsinya. Komite keperawatan dapat melakukan sosialisasi terhadap perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung agar lebih mampu meningkatkan kepatuhan dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan.

PENUTUP

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan maka dapat disimpulkan bahwa:

Gambaran dokumentasi asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung menunjukkan sebagian besar terisi lengkap sebanyak 71.15% dan hampir setengah tidak terisi lengkap sebanyak 28.85%.

Gambaran kelengkapan dokumentasi pengkajian keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung hampir seluruhnya terisi lengkap sebanyak 86.5% dan sebagian kecil tidak terisi lengkap sebanyak 13.5%.

Gambaran kelengkapan dokumentasi diagnosa keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota

Bandung adalah seluruhnya lengkap sebanyak 100%.

Gambaran kelengkapan dokumentasi perencanaan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung hampir seluruhnya terisi lengkap sebanyak 92.3% dan sebagian kecil tidak terisi lengkap sebanyak 7.7%.

Gambaran kelengkapan dokumentasi implementasi keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung hampir seluruhnya terisi lengkap sebanyak 76.9% dan sebagian kecil tidak terisi lengkap sebanyak 23.1%.

Gambaran kelengkapan dokumentasi evaluasi keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung hampir seluruhnya terisi lengkap sebanyak 96.1% lengkap dan sebagian kecil tidak terisi lengkap sebanyak 3.9%.

Saran

Saran yang bisa diberikan berkaitan dengan hasil penelitian yaitu sebagai berikut:

1. Bagi Perawat

Hasil penelitian ini diharapkan mampu mengoptimalkan pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan secara sistematis, komprehensif dan lengkap.

2. Bagi Tempat Penelitian

Diharapkan kepada kepala Instalasi Rawat Inap RSUD Kota Bandung maupun pihak terkait, mampu menyusun suatu format pendokumentasian keperawatan yang lebih praktis tanpa mengurangi makna dari format asuhan keperawatan secara keimuan.

3. Bagi peneliti selanjutnya

Peneliti berharap peneliti selanjutnya dapat melakukan suatu penelitian yang lebih komprehensif mengenai kelengkapan dokumentasi keperawatan

REFERENSI

- Ali. (2010). *Dasar-dasar Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Azwar. (2011). *Sikap dan Perilaku dalam: Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar
- Carpenito. (2009). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Eriyani, (2020). *Buku Ajar Dokumentasi*

Keperawatan. Medan: Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Binalita Sudama. ISBN 978-623-92851-3-5

Hasibuan. (2009). *Manajemen Dasar, Pengertian dan Masalah*. Jakarta: PT Bumi Aksara

Kasman, (2019). *Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Buton Utara*. *Jurnal Penelitian Disiplin Ilmu Keperawatan* Vol 02 No 03.

Nazir. (2014). *Metode Penelitian*. Bogor: Ghalia Indonesia

Nursalam. (2011). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan, Konsep dan Praktik*. Jakarta: Salemba Medika

Nursalam. (2013). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan, Konsep dan Praktik*. Jakarta: Salemba Medika

Setiadi. (2012). *Konsep dan Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan*. Yogyakarta: Graha Ilmu

BIODATA PENULIS

Purwo Suwignjo

Lulusan Sarjana Program Studi Keperawatan Universitas Padjajaran Lulus Tahun 2001 Lulusan Magister Keperawatan Program Studi Universitas Indonesia Lulus Tahun 2008

Maidartati

Lulusan Program Studi Sarjana Keperawatan Universitas Ars Internasional Lulus Tahun 2007 Lulusan Program Studi Magister Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Jendral Achmad Yani Lulus Tahun 2013

Lilis Nurhaeni Asmara

Mahasiswa Keperawatan Universitas Adhirajasa Reswara Sanjaya

Anggi Saputra

Lulusan Program Studi Sarjana Keperawatan BSI Bandung Lulus Tahun 2017 Lulusan Program Studi Profesi Ners BSI Bandung Lulus Tahun 2018 Lulusan Program Studi Magister Manajemen Universitas Adhirajasa Reswara Sanjaya

Lulus Tahun 2020

Umi Khasanah

Lulusan Universitas BSI Bandung
Program Studi Sarjana Keperawatan
Lulus Tahun 2014. Lulusan Universitas
Adhirajasa Reswara Sanjaya Program
Studi Magister Manajemen Lulus Tahun
2021