

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dokumentasi Keperawatan**

##### **2.1.1 Pengertian Dokumentasi Keperawatan**

Perawat terlibat dalam banyak kegiatan di rumah sakit mulai dari penerimaan hingga pemulangan pasien. Perawat menyediakan perawatan pasien 24 jam terus menerus, yang dibagi menjadi beberapa shift (Moen et al., 2020). Pelayanan keperawatan yang diberikan dalam bentuk asuhan keperawatan terdiri dari beberapa tahapan dimulai dengan melakukan pengkajian, menegakkan diagnosis keperawatan, menyusun intervensi keperawatan, melakukan tindakan keperawatan dan melakukan evaluasi untuk memodifikasi atau menghentikan perawatan (Asmirajanti et al., 2019).

Dokumentasi keperawatan merupakan suatu bukti laporan dan catatan yang memuat semua data yang diperlukan untuk menentukan diagnosis keperawatan yang valid sehingga berguna untuk kepentingan klien, perawat, dan tim kesehatan sebagai tanggung jawab perawat (Iqbal et.al, 2021). Dokumentasi keperawatan merupakan salah satu bentuk upaya membina dan mempertahankan akuntabilitas perawatan dan pelayanan keperawatan dimana kualitas asuhan keperawatan tergantung pada akuntabilitas dari individu perawat dalam hal menggunakan proses keperawatan pada pelaksanaan asuhan keperawatan (McCarthy et al., 2019).

Dalam Eriyani (2020) dokumentasi didefinisikan sebagai segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang. Dokumentasi keperawatan merupakan suatu catatan tertulis atau pelaporan tentang apa yang dilakukan perawat terhadap pasien, siapa yang melakukan dan kapan tindakan keperawatan dilakukan dan apa hasil dari tindakan yang telah dilakukan bagi pasien. Dokumentasi mencakup setiap bentuk data dan informasi pasien yang dapat direkam, mulai dari melakukan pengkajian, menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan

keperawatan, dan penilaian keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan hukum (Herman et al., 2021).

Dokumentasi keperawatan adalah praktik keperawatan profesional integral dan vital yang mengacu pada proses pencatatan kegiatan keperawatan yang bersangkutan dengan perawatan yang diberikan kepada klien individu untuk memastikan perawatan yang efektif, aman, berkualitas, berbasis bukti, dan individual secara berkelanjutan (Tamir et al., 2021). Menurut Nursalam (2017) dokumentasi keperawatan merupakan penerapan manajemen asuhan keperawatan profesional dalam bentuk catatan otentik/tertulis. Dokumentasi asuhan keperawatan adalah data tentang keadaan pasien yang dilihat tidak saja dari tingkat kesakitan akan tetapi juga dilihat dari jenis, kualitas dan kuantitas dari layanan yang telah diberikan perawat dalam memenuhi kebutuhan pasien yang dituangkan dalam suatu dokumen atau catatan (Mastini et al., 2015).

Dokumentasi perawatan klinis memfasilitasi arus informasi antara penyedia layanan kesehatan interdisipliner, mendukung kontinuitas perawatan untuk pasien dan memberikan bukti dan memori tentang perawatan yang diberikan (Dalianis, 2018). Dokumentasi keperawatan bertujuan untuk memfasilitasi proses pencatatan tindakan yang dilakukan perawat, menjadi dokumen legal formal asuhan keperawatan yang diberikan, menjadi catatan asuhan keperawatan yang bisa digunakan untuk proses edukasi, dan menyediakan data untuk peningkatan kualitas layanan dan penelitian (Muinga et al., 2021). Berdasarkan beberapa pendapat di atas maka dokumentasi keperawatan didefinisikan sebagai suatu proses keperawatan profesional yang diberikan kepada pasien untuk memenuhi kebutuhan pasien dalam bentuk dokumen yang berisikan pencatatan tindakan asuhan keperawatan secara lengkap dan tepat.

### 2.1.2 Tujuan Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan mempunyai tujuan yang sangat penting dalam bidang keperawatan. Menurut Eriyani (2020) tujuan dokumentasi keperawatan adalah:

#### 2.1.2.1 Membantu pelaksanaan asuhan yang diberikan secara team

- 2.1.2.2 Meningkatkan kecermatan dan mengurangi kesalahan
- 2.1.2.3 Membantu terwujudnya efektivitas dan efisiensi waktu
- 2.1.2.4 Menciptakan Dokumentasi yang legal
- 2.1.2.5 Sebagai sarana penelitian
- 2.1.2.6 Sebagai sarana statistik
- 2.1.2.7 Sebagai sarana Pendidikan
- 2.1.2.8 Sebagai sarana Audit / pemeriksaan

Tujuan utama dari pendokumentasian (Indunisiah et al., 2020) adalah:

- 2.1.2.1 Mengidentifikasi status kesehatan pasien dalam rangka mencatat kebutuhan klien, merencanakan, melaksanakan tindakan keperawatan dan mengevaluasi tindakan
- 2.1.2.2 Dokumentasi digunakan untuk keperluan hukum, etika, penelitian dan keuangan

Tujuan khusus dari dokumentasi keperawatan (Nursalam 2017) antara lain:

- 2.1.2.1 Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang dilakukan (Pendekatan proses keperawatan)
- 2.1.2.2 Mendokumentasikan timbang terima ( Pergantian shif/jaga)
- 2.1.2.3 Mendokumentasikan *health education* melalui dischas planning
- 2.1.2.4 Mendokumentasikan kegiatan supervisi
- 2.1.2.5 Mendokumentasikan kegiatan penyelesaian kasus melalui metode keperawatan

### 2.1.3 Manfaat Dokumentasi Keperawatan

Adapun manfaat dokumentasi keperawatan (Siegert et al., 2021) :

- 2.1.3.1 Sebagai sarana komunikasi dengan profesi kesehatan lainnya

Dokumentasi keperawatan yang dilakukan secara tepat, akurat dan lengkap dapat berguna untuk membantu koordinasi asuhan keperawatan yang diberikan oleh tim kesehatan, mencegah pengulangan informasi terhadap pasien atau tim kesehatan lainnya, dan membiasakan diri untuk mencatat apa yang telah dilakukan, serta dapat mengurangi berbagai kesalahan tindakan keperawatan yang mungkin terjadi.

#### 2.1.4 Faktor Yang Mempengaruhi Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Faktor – faktor yang mempengaruhi kualitas dokumentasi keperawatan menurut Fatmawati, Noor & Maidin (2018) dibagi menjadi 2 (dua) yaitu faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal meliputi pengetahuan, sikap, kemampuan, karakteristik perawat, persepsi dan motivasi. Faktor eksternal meliputi beban kerja, kondisi kerja, masa kerja, format dokumentasi keperawatan, fasilitas, supervise dan reward. Ketidakmaksimalnya penulisan dokumentasi keperawatan akan berdampak pada nilai guna dokumentasi keperawatan seperti administrasi, hukum, keuangan, penelitian dan pendidikan (Khoirunisa, 2021).

##### 2.1.4.1 Mekanisme Pertanggung Jawaban

Dokumentasi dapat dijadikan sebagai *settle concern* (dapat digunakan untuk menjawab ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan yang diterima, dokumentasi yang dicatat secara lengkap tentang apa yang telah dilakukan dapat dijadikan bukti jika ada gugatan dari pasien. Dokumentasi yang ditulis dapat menjadi alat pelindung pasien dari tindakan malpraktik yang mungkin dilakukan oleh tenaga keperawatan, Hal ini dapat membuat pasien jadi merasa aman dan nyaman selama proses perawatan. Dengan catatan yang baik kita dapat menyelamatkan diri kita sendiri, jika terjadi hal yang tidak diinginkan.

##### 2.1.4.2 Sebagai Kegiatan Penelitian

Berbagai informasi yang dituliskan dalam dokumentasi keperawatan dapat digunakan sebagai sumber data untuk kegiatan penelitian, kegiatan ini dilakukan sebagai bagian dari penilaian asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien.

##### 2.1.4.3 Sebagai Sarana Pendidikan

Dokumentasi yang tercatat dengan baik akan membantu para mahasiswa untuk makin memperluas wawasannya, dengan dokumentasi yang tercatat dengan sistematis mahasiswa khususnya keperawatan dapat mengetahui berbagai tanda, gejala, komplikasi atau berbagai perawatan yang diberikan kepada pasien.

##### 2.1.4.4 Sebagai Sarana Pembayaran

Dokumentasi tertulis sangat bermanfaat sebagai bukti untuk melakukan berbagai pembayaran, Bagi pasien bukti tertulis dapat digunakan sebagai bukti untuk pihak ketiga yaitu asuransi kesehatan, dengan adanya bukti maka pasien dapat

mengajukan klaim kepada pihak asuransi atau perusahaan untuk mendapatkan uang pengganti selama pasien mendapatkan perawatan di rumah sakit

#### 2.1.4.5 Sebagai Jaminan Kualitas Pelayanan

Melalui dokumentasi keperawatan yang tertulis dengan baik dan efisien seluruh tim keperawatan serta pasien itu sendiri, dapat memantauseleuruh proses keperawatan, khususnya pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan dari institusi kesehatan. Dengan terpantaunya seluruh kegiatan keperawatan, kualitas pelayanan pun dapat terus terjaga, dan sebagai alat control terhadap kinerja para perawat dan institusi kesehatan itu sendiri (Prabowo, 2020).

#### 2.1.4.6 Sebagai Bahan Akreditasi Institusi Kesehatan

Dokumen yang tersusun baik dan rapi serta sesuai pedoman sangat bermanfaat bagi proses akreditasi, proses akreditasi merupakan salah satu cara untuk tetap mempertahankan kualitas pelayanan. Hasil akreditasi yang baik adalah perwujudan bahwa rumah sakit selalu menjaga kualitas pelayanan mereka.

#### 2.1.4.7 Mengidentifikasi Status Kesehatan Pasien

Dokumentasi keperawatan yang tercatat sangat bermanfaat bagi penyembuhan pasien yang sedang dirawat melalui dokumentasi yang tersusun secara baik dan terstandar dapat menentukan berbagai kebutuhan pasien serta evaluasi dari tindakan yang diberikan dapat dilakukan dengan baik (Nursalam, 2017).

Menurut (Eriyani, 2020) manfaat dan pentingnya dokumentasi keperawatan dilihat dari berbagai sudut pandang, yaitu :

#### 2.1.4.8 Hukum

Semua catatan informasi klien merupakan dokumentasi resmi bernilai hukum. Bila terjadi suatu masalah yang berhubungan dengan tenaga kesehatan, maka dokumentasi dapat dipergunakan sewaktu-waktu. Dokumentasi tersebut dapat digunakan sebagai barang bukti di pengadilan. Oleh karena itu data-data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas, obyektif dan ditanda tangani oleh perawat pelaksana, diberi tanggal dan perlu dihindari adanya penulisan yang dapat menimbulkan interpretasi yang salah.

#### 2.1.4.9 Kualitas Pelayanan

Pendokumentasian data klien yang lengkap dan akurat akan member kemudahan bagi perawat dalam membantu menyelesaikan masalah klien. Untuk mengetahui sejauh mana masalah klien dapat teratasi dan seberapa jauh masalah yang dapat diidentifikasi dan dimonitori melalui dokumentasi yang akurat. Hal ini akan membantu meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

#### 2.1.4.10 Komunikasi

Dokumentasi keperawatan merupakan alat perekam terhadap masalah yang berkaitan dengan klien. Perawat atau tenaga kesehatan lain dapat melihat catatan dokumentasi yang ada dan sebagai alat komunikasi yang dijadikan pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan.

#### 2.1.4.11 Keuangan

Semua tindakan keperawatan yang belum, sedang, dan telah diberikan, dicatat dengan lengkap dan dapat digunakan sebagai acuan atau bahan pertimbangan biaya perawatan.

#### 2.1.4.12 Pendidikan

Isi dari pendokumentasian menyangkut kronologis dari kegiatan asuhan keperawatan yang dapat digunakan sebagai bahan atau referensi pembelajaran bagi siswa atau profesi kesehatan lainnya.

#### 2.1.4.13 Penelitian

Data yang terdapat didalam dokumentasi keperawatan mengandung informasi yang dapat dijadikan bahan penelitian atau objek riset dan pengembangan profesi keperawatan

#### 2.1.4.14 Akreditasi

Melalui dokumentasi keperawatan akan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien. Hal ini akan bermanfaat bagi peningkatan mutu pelayanan dan bahan pertimbangan dalam kenaikan jenjang karir/kenaikan.

### 2.1.5 Faktor Yang Mempengaruhi Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi dokumentasi keperawatan yaitu tingkat pengetahuan, motivasi, beban kerja, sikap (lingkungan kerja), karakteristik perawat, supervisi, fasilitas (Wigatama et al., 2020).

### 2.1.6 Jenis Dokumentasi Keperawatan

Dunia keperawatan di Indonesia terus berkembang, seiring dengan meningkatnya strata pendidikan keperawatan di Indonesia, disamping akses informasi yang sangat cepat di seluruh dunia. Hal itu membawa efek pada kemajuan yang cukup berarti di keperawatan, termasuk dalam dokumentasi proses keperawatan. Dari yang sebelumnya manual, bergeser ke arah komputerisasi. Adapun jenis dokumentasi keperawatan, yaitu :

#### 2.1.6.1 Dokumentasi Secara Manual

Pendokumentasian asuhan keperawatan yang berlaku di beberapa rumah sakit di Indonesia umumnya masih menggunakan pendokumentasian tertulis. Pendokumentasian tertulis ini sering membebani perawat karena perawat harus menuliskan dokumentasi pada form yang telah tersedia dan membutuhkan waktu banyak untuk mengisinya. Permasalahan lain yang sering muncul adalah kelemahan yaitu sering hilang. Pendokumentasian yang berupa lembaran-lembaran kertas sering terselip. Pendokumentasian secara tertulis juga memerlukan tempat penyimpanan dan menyulitkan untuk pencarian kembali jika sewaktu-waktu pendokumentasian tersebut diperlukan. Dokumentasi yang hilang atau terselip di ruang penyimpanan akan merugikan perawat. Hal ini karena tidak dapat menjadi bukti legal jika terjadi suatu gugatan hukum, sehingga perawat berada pada posisi yang lemah dan rentan terhadap gugatan hukum.

#### 2.1.6.2 Dokumentasi Keperawatan Elektronik

Komputerisasi bukan hanya membantu dalam dokumentasi keperawatan, tetapi digunakan juga untuk sistem informasi manajemen rumah sakit. Aktivitas asuhan keperawatan dapat termonitor dalam sebuah data base rumah sakit.

### 2.1.6.3 Dokumentasi Keperawatan Berbasis Teknologi Komputer

*Computerized nursing documentation* adalah suatu kombinasi antara sistem komputer rumah sakit dengan dokumentasi Keperawatan yang diisi oleh staf perawat. Perawat dengan sistem yang terkomputerisasi ini, dapat melakukan akses ke laboratorium, radiologi, dan disiplin ilmu lain seperti ahli gizi, fisioterapis, occupational therapies. Dokumentasi Keperawatan yang terkomputerisasi dibuat dalam rangka memudahkan dan mempercepat pendokumentasian asuhan keperawatan yang dibuat. Pencatatan dan pelaporan menjadi lebih akurat, lebih lengkap, lebih menghemat waktu dan perawat akan lebih sering berada di samping pasien. (Dinarti & Mulyanti, 2020)

### 2.1.7 Komponen Dokumentasi Keperawatan

Dalam Prabowo (2020) Dokumentasi keperawatan ini disusun berdasarkan sebuah system yang saling berkaitan satu sama lainnya, yang merupakan sebuah jaringan yang berkesinambungan, komponen keperawatan terdiri dari :

#### 2.1.7.1 Sarana Komunikasi

Komunikasi yang efektif memungkinkan perawat untuk mengkomunikasikan kepada rekan sejawat atau tenaga kesehatan lainnya tentang apa yang sudah, sedang dan yang akan dilakukan. Proses komunikasi yang baik maka akan tercipta relasi yang harmonis antara semua elemen yang membentuk system keperawatan (Prabowo, 2020). Timbulnya rasa saling percaya diantara berbagai pihak membuat pasien akan lebih terbuka terhadap para petugas keperawatan, termasuk keluarga pasien yang mendampingi pasien selama proses keperawatan. Informasi-informasi yang penting bahkan amat rahasia tentang diri pasien akan mudah didapatkan oleh petugas keperawatan. Selain itu rasa nyaman diantara petugas keperawatan dan pasien serta keluarga pasien akan tercipta selama proses keperawatan terjadi (Suyanti et al., 2021).

#### 2.1.7.2 Dokumentasi Proses Keperawatan

Proses keperawatan merupakan metode yang digunakan dalam menyelesaikan permasalahan kesehatan yang dihadapi oleh pasien selama masa perawatan. Dokumentasi yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosis, intervensi dan

implementasi dan evaluasi, Proses ini jika dilakukan dengan baik dan benar maka akan memberikan kontribusi yang positif bagi pasien (Efendy et al., 2021).

#### 2.1.7.3 Standar Keperawatan

Untuk menghasilkan sebuah dokumentasi keperawatan yang baik, selain standar keperawatan yang baik juga dibutuhkan standar pendokumentasian yang bertaraf nasional dan internasional, dengan adanya standar tersebut maka petugas keperawatan memiliki petunjuk serta arah saat melakukan berbagai catatan dan dokumentasi dan memiliki berbagai pola atau format pencatatan yang tepat. Sebuah Dokumentasi yang baik harus mengikuti berbagai karakteristik standar Keperawatan. (Dewi et al., 2019).

#### 2.1.8 Proses Keperawatan

Proses keperawatan adalah pendekatan keperawatan profesional yang dilakukan untuk mengidentifikasi, mendiagnosis dan mengatasi respons manusia terhadap kesehatan dan penyakit. Penerapan proses keperawatan yang dilakukan oleh perawat dapat memberikan perawatan yang tepat dan efektif. Langkah pertama yang dilakukan adalah yaitu pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, intervensi keperawatan dan evaluasi keperawatan (Kusnadi, 2017).

##### 2.1.8.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan proses keperawatan yang dilakukan pertama kali untuk mengumpulkan data/informasi secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan untuk menentukan status kesehatan dan fungsional kerja serta respons klien pada saat ini dan sebelumnya. Tujuan dari pengkajian keperawatan adalah untuk menyusun data base atau data dasar untuk menyusun kebutuhan pasien, masalah pasien dan respon pasien terhadap masalah (Suyanti et al., 2021).

Adapun kriteria proses meliputi Pengumpulan data dilakukan dengan cara anamnesis, observasi, pemeriksaan fisik, serta studi dokumentasi hasil pemeriksaan penunjang. Sumber data adalah klien, keluarga, atau orang yang terkait, tim kesehatan, rekam medis dan catatan lain. Data yang dikumpulkan difokuskan untuk mengidentifikasi diantaranya status kesehatan klien masa lalu, status kesehatan

klien saat ini, status bio-psikologis-sosial-spiritual, respon terhadap terapi, harapan terhadap tingkat kesehatan yang optimal dan resiko tinggi masalah. Sesuai protap Standar Prosedur Operasional (SPO) yang ditetapkan Rumah sakit pada tahun 2019, pendokumentasian proses keperawatan rawat inap terdiri dari pengkajian awal keperawatan, penegakan diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi/ Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) terdiri dari Subjektif, Objektif, Analisa dan Perencanaan (SOAP). Untuk melakukan langkah pertama ini dibutuhkan sebuah kemampuan dan pengetahuan oleh perawat, yaitu observasi secara sistematis pada pasien, kemampuan berkomunikasi secara verbal maupun nonverbal, kemampuan menjadi pendengar yang baik, kemampuan membangun suatu trust serta kemampuan untuk melakukan pengkajian fisik keperawatan (Rico-Blázquez et al., 2021)

#### 2.1.8.2 Diagnosis Keperawatan

Setelah dilakukan tahap pengkajian keperawatan, tahap selanjutnya adalah penetapan diagnosis keperawatan. Proses keperawatan pada tahap ini adalah membentuk kesimpulan diagnosis yang akan menentukan pelayanan keperawatan yang akan diterima oleh pasien. Kesimpulan dari diagnosis keperawatan meliputi masalah yang ditangani oleh perawat (masalah keperawatan) dan masalah yang memerlukan penanganan dari berbagai disiplin keilmuan (masalah kolaborasi) (Suyanti et al., 2021).

Proses diagnosis keperawatan merupakan hasil analisis dan identifikasi perawat dari respons yang diberikan oleh klien terhadap masalah pelayanan kesehatan. Formulasi diagnosis keperawatan adalah bagaimana diagnosis ini dapat digunakan untuk pemecahan masalah keperawatan sebagai identifikasi masalah yang membutuhkan asuhan keperawatan. Dengan menentukan etiologi masalah maka dapat dijumpai faktor yang menjadi kendala atau penyebab. (Indunisiah et al., 2020). Tujuan diagnosis keperawatan menurut (Saraswata et al., 2020) mengidentifikasi masalah yang dialami oleh klien respon klien terhadap penyakit, program pengobatan dan terdiagnostik, mengidentifikasi faktor-faktor yang menunjang atau menyebabkan suatu masalah (mengidentifikasi etiologi), mengidentifikasi keadaan klien termasuk kemampuan klien untuk mencegah atau

menyelesaikan masalah yang dialami (mengidentifikasi tanda dan gejala).

#### 1.1.6.2.1 Komponen Diagnosis Keperawatan

Problem/Masalah (P) adalah kesenjangan atau penyimpangan dari keadaan normal yang seharusnya tidak terjadi, yang merupakan gambaran keadaan klien dalam memberikan tindakan keperawatan. Masalah keperawatan disusun dengan menggunakan 3S yang dikeluarkan oleh PPNI yang telah disepakati bersama. Ciri-ciri masalah keperawatan merupakan respon pasien terhadap penyakit, program pengobatan dan tes diagnostik, masalah terkait dengan pemenuhan kebutuhan hidup manusia, ada intervensi keperawatan untuk menyelesaikan masalah keperawatan. Etiologi atau penyebab (E) keadaan ini menunjukkan penyebab keadaan atau masalah keperawatan yang memberikan arah terapi keperawatan. Penyebab suatu masalah meliputi perilaku, lingkungan, interaksi antara perilaku dan lingkungan. Unsur-unsur dalam identifikasi etiologi yaitu patofisiologi penyakit, situasional (personal dan lingkungan) dan medikasi. Maturasional (Remaja, Lansia) sign dan symptom (S/Tanda dan Gejala), ciri dan tanda atau gejala merupakan informasi untuk menentukan rumus diagnosis keperawatan atau batasan karakteristik seperti diagnosis keperawatan aktual, diagnosis keperawatan risiko atau risiko tinggi, diagnosis keperawatan sejahtera, diagnosis keperawatan sindrom (Tasew et al., 2019).

#### 1.1.6.3 Perencanaan Keperawatan

Setelah mengidentifikasi diagnosis keperawatan, tahap selanjutnya adalah penetapan rencana asuhan keperawatan. Perencanaan merupakan bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan yang dijadikan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu, meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan klien (Tasew et al., 2019). Perawat menyusun perencanaan keperawatan berdasarkan rumusan diagnosis keperawatan yang merupakan petunjuk dalam membuat tujuan dan intervensi keperawatan untuk mencegah dan menurunkan atau mengeliminasi masalah kesehatan klien (Indunisiah et al., 2020).

Tujuan perencanaan keperawatan (Awaliyani et al., 2021) adalah tujuan administratif untuk medintifikasi focus keperawatan kepada klien atau kelompok, untuk membedakan tanggung jawab perawat dan profesi keshatanlainnya, untuk menyediakan suatu kriteria guna pengulangan dan evaluasi keperawatan, untuk menyediakan kriteria hasil pasien. Tujuan Klinik seperti menyediakan suatu pedoman penulisan, mengkomunikasikan dengan staf perawat apa yang diajarkan apa yang diobservasi, dan apa yang dilaksanakan, menyediakan kriteria hasil sebagai pengulangan dan evaluasi keperawatan, rencana tindakan yang spesifik secara langsung bagi individu, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya untuk melaksanakan tindakan. Prosedur perumusan perencanaan keperawatan (Prabowo, 2020) menetapkan prioritas masalah, penentuan tujuan hasil yang diharapkan, penentuan rencana tindakan.

#### 1.1.6.4 Pelaksanaan Keperawatan

Intervensi keperawatan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pertimbangan dan pengetahuan klinis yang dimiliki berupa perawat langsung dan tidak langsung. Penanganan langsung adalah penanganan yang dilaksanakan setelah berinteraksi dengan pasien. Penanganan tidak langsung adalah penanganan yang dilakukan tanpa adanya pasien namun tetap bersifat representative untuk klien. Pelaksanaan tindakan keperawatan yaitu intervensi keperawatan independen, intervensi keperawatan dependen dan intervensi keperawatan kolaboratif. Proses implementasi pelaksanaan keperawatan, pengkajian ulang terhadap pasien, meninjau dan merevisi rencana asuhan keperawatan yang ada, mengorganisasi sumber daya dan pemberian asuhan, mengantisipasi dan pencegahan komplikasi dan mengimplementasikan intervensi. Komponen dalam penulisan pelaksanaan tindakan keperawatan harus meliputi: komponen pertama waktu yang ditetapkan (tanggal dan jam).

#### 1.1.6.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan dengan membandingkan antara hasil akhir yang diamati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan. (Saraswasta et al., 2020). Proses evaluasi perawat membuat keputusan klinis dan terus menerus dan mengarahkan kembali asuhan keperawatan. Perawat juga dapat membandingkan

perilaku dan respon pasien sebelum dan sesudah dilakukan asuhan keperawatan. Berfikir kritis dapat mengarahkan perawat untuk menganalisis temuan berdasarkan evaluasi. Macam-macam evaluasi menurut (Prabowo, 2020) Evaluasi formatif berfokus pada aktifitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan yang disebut dengan evaluasi proses. Evaluasi formatif harus segera dilakukan setelah perawat melaksanakan tindakan keperawatan. Evaluasi sumatif atau evaluasi hasil merupakan evaluasi respon (jangka panjang) terhadap tujuan, Bagaimana penilaian terhadap perkembangan kemajuan kearah tujuan atau hasil akhir yang diinginkan.

Metode yang digunakan pada evaluasi jenis ini adalah wawancara, menanyakan respon pasien terkait layanan keperawatan yang dilakukan, observasi dan pemeriksaan fisik (Malawat et al., 2021). Tujuan evaluasi melihat dan menilai kemampuan klien dalam mencapai tujuan, menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum dan mengkaji penyebab jika tujuan asuhan keperawatan belum tercapai. Proses evaluasi mengumpulkan data evaluasi, interpretasi dan menyimpulkan temuan serta modifikasi rencana keperawatan.

#### 1.1.7 Tinjauan 3S (SDKI, SIKI, SLKI)

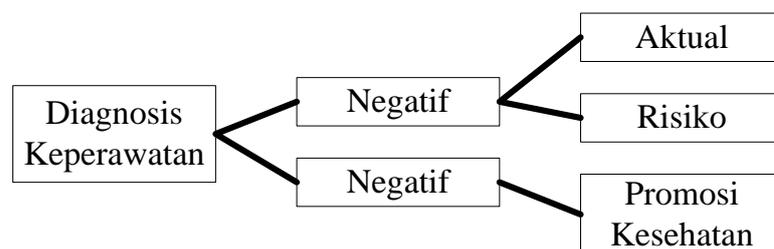
Standar praktek keperawatan merupakan acuan untuk praktik keperawatan yang harus dicapai oleh seorang perawat dan dikembangkan untuk membantu perawat melakukan validasi mutu dan mengembangkan keperawatan. Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) telah membuat standar pelayanan keperawatan yang disesuaikan dengan disparitas budaya dan kekhasan pelayanan keperawatan di Indonesia yang disebut 3S yaitu Standar Luanan Keperawatan Indonesia (SLKI), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), akan tetapi masih banyak rumah sakit belum menggunakan sebagai panduan dalam pembuatan dokumentasi asuhan keperawatan (Awaliyani et al., 2021).

Penggunaan 3S dapat dijadikan sebagai pedoman untuk memberikan asuhan keperawatan secara sistematis dan mendorong tenaga perawat untuk dapat berfikir kritis dalam pengambilan keputusan untuk memberikan layanan keperawatan

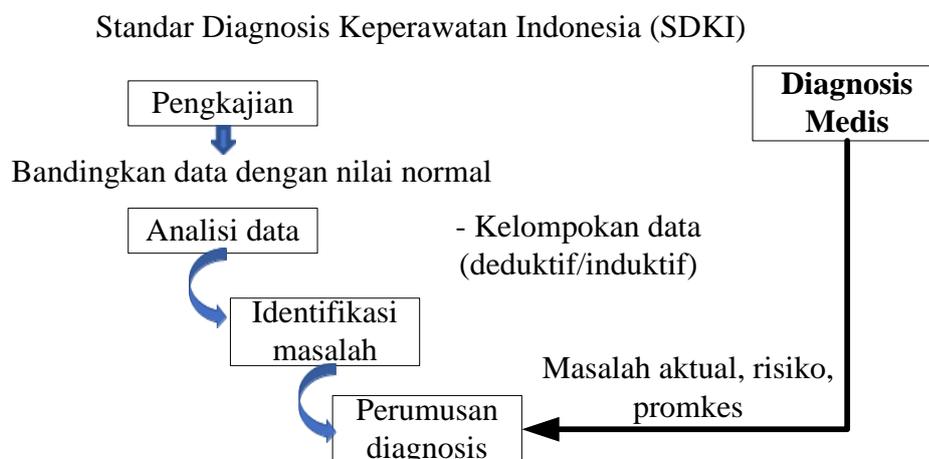
kepada pasien. Selain itu untuk memberikan solusi pemecahan masalah dalam perawatan serta membantu penurunan bahaya pada pasien dengan menggunakan hasil-hasil penelitian berbasis bukti yang merupakan ciri khas dari praktik keperawatan profesional untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan (Iqbal et al., 2021). PPNI telah mengeluarkan standar asuhan keperawatan, Standar diagnosis keperawatan Indonesia, Standar intervensi keperawatan Indonesia, Standar luaran keperawatan Indonesia yaitu:

#### 2.1.7.1 Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (PPNI 2017a)

Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan untuk mencapai kesehatan yang optimal. Diagnosis keperawatan digunakan untuk menilai klinis tentang respons klien terhadap masalah kesehatan baik actual maupun potensial pada individu, keluarga dan komunitas. Jenis-jenis diagnosis keperawatan tanda dan gejala mayor dan minor faktor risiko tanda/gejala mayor dan minor.



(Gambar 2.1)



(Gambar 2.2)

Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)

#### 2.1.7.2 Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (PPNI, 2017)

Merupakan segera treatment yang dilakukan oleh perawat didasarkan pada mengetahui dan penilaian klinis untuk mencapai luarann (*Outcome*). Treatment yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi. Komponen intervensi keperawatan seperti label yaitu nama dari intervensi yang merupakan kata kunci untuk memperoleh informasi tentang intervensi tersebut. Defenisi makna dari label intervensi berupa perilaku yang dilakukan oleh perawat. Tindakan rangkaian aktifitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan. Jenis tindakan keperawatan diantaranya observasi tindakan yang dilakukan untuk mengumpulkan dan menganalisis data status kesehatan pasien. Tindakan ini umumnya menggunakan kata-kata periksa, identifikasi, atau monitor. Tindakan terapeutik yang secara langsung dapat berefek memulihkan status kesehatan pasien atau dapat mencegah perburukan masalah kesehatan pasien. Tindakan ini umumnya menggunakan kata-kata berikan, lakukan dan kata-kata lainnya. Tindakan edukasi yang dilakukan untuk meningkatkan kemampuan pasien merawat dirinya dengan harapan pasien memperoleh perilaku baru yang dapat mengatasi masalahnya sendiri. Tindakan ini umumnya menggunakan kata-kata ajarkan, anjurkan atau latih. Tindakan kolaborasi dilakukan bersama dengan profesi lainnya. Tindakan ini haru memiliki pengetahuan, keterampilan yang baik. Tindakan ini hanya dilakukan jika perawat memerlukan penanganan lebih lanjut. Tindakan ini umumnya menggunakan kata-kata kolaborasi, rujuk, atau konsultasikan.

#### 2.1.7.3 Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) (PPNI 2018)

Defenisi luaran keperawatan merupakan hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri atas indikato-indikator atau kriteria-kriteria hasil pemulihan masalah. Luaran keperawatan merupakan perubahan kondisi yang spesifik dan terukur yang perawat harapkan sebagai respon terhadap asuhan keperawatan. Luaran keperawatan dapat membantu perawat memfokuskan atau mengarahkan asuhan keperawatan karena merupakan respons fisiologis, psikologis, social, perkembangan, atau spritual yang menunjukkan perbaikan masalah kesehatan pasien. Tujuan penyusunan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) yaitu menjadi acuan penentuan luaran

(*outcome*) keperawatan mengarahkan intervensi keperawatan, meningkatkan efektivitas asuhan keperawatan, mengukur pencapaian level keberhasilan intervensi keperawatan dan meningkatkan mutu asuhan keperawatan. Klasifikasi luaran keperawatan Internasional *Council of Nursing* (ICN) sejak tahun 1991 telah mengembangkan suatu system klasifikasi yang disebut dengan *Internasional Classification Nursing Practise* (ICNP), dimana system klasifikasi ini tidak hanya mencakup klasifikasi diagnosis keperawatan, tetapi juga mencakup klasifikasi intervensi dan luaran keperawatan. ICNP membagi diagnosis, intervensi dan luaran keperawatan menjadi lima kategori yaitu fisiologi, psikologis, perilaku, relasional, dan lingkungan.

Jenis luaran keperawatan dibagi menjadi dua jenis yaitu luaran negatif dan luaran positif. Luaran negatif menunjukkan kondisiperilakuatau persepsi yang tidak sehat, sehingga penetapan luaran keperawatan ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bertujuan untuk menurunkan. Sedangkan luaran positif menunjukkan kondis, perilaku atau persepsi yang sehat sehingga penetapan luaran keperawatan ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan atau memperbaiki.

Komponen Standar Luaran keperawatan memiliki tiga komponen utama yaitu label nama dari luaran keperawatan yang terdiri atas kata kunci untuk memperoleh informasi terkait luaran keperawatan. Label luaran keperawatan merupakan kondisi perilaku atau persepsi pasien yang dapat diubah atau diatasi dengan intervensi keperawatan, label intervensi keperawatan terdiri atas beberapa kata (1 kata s.d 4 kata) yang diawali dengan kata benda yang berfusi sebagai descriptor atau penjelasan luaran keperawatan. Ekspektasi merupakan penilaian terhadap hasil yang diharapkan tercapai yang menggambarkan seperti apa kondisi, perilaku atau persepsi pasien akan berubah setelah diberikan intervensi keperawatan. Kriteria Hasil merupakan karakteristik pasien yang dapat diamati atau diukur oleh perawat dan dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian oleh perawat dan dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi keperawatan.

**Tabel 2.5**  
Komponen Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)

1	2	3
Memburuk	Tetap	Membaik
1	2	3
Meningkat	Tetap	Menurun
1	2	3
Menurun	Tetap	Meningkat

Kriteria hasil juga dapat disebut indikator karena menggambarkan perubahan-perubahan yang ingin dicapai setelah pemberian intervensi keperawatan.

## 2.2 Konsep Beban Kerja

### 2.2.1 Pengertian

Beban kerja adalah sejumlah kegiatan yang membutuhkan keahlian dan harus dikerjakan dalam jangka waktu tertentu dalam bentuk fisik maupun psikis (Ivziku et al., 2022). Beban kerja merupakan kemampuan tubuh seorang perawat dalam mengemban tanggung jawab dalam mengerjakan suatu pekerjaan (Nursalam, 2014). Beban kerja sebagai perbandingan kemampuan karyawan dengan tuntutan pekerjaan yang berarti jika karyawan memiliki kemampuan kerja lebih tinggi daripada tuntutan pekerjaan akan memunculkan rasa bosan, sebaliknya jika kemampuan karyawan lebih rendah daripada tuntutan pekerjaan maka akan muncul perasaan kelelahan yang lebih (Shihundla et al., 2016). Beban kerja adalah jumlah kegiatan yang harus diselesaikan oleh seseorang ataupun sekelompok orang selama periode waktu tertentu dalam keadaan normal (Nadila et al., 2020). Berdasarkan beberapa pendapat di atas maka beban kerja dapat didefinisikan sebagai kegiatan yang dilakukan dalam jangka waktu tertentu untuk memenuhi tuntutan pekerjaan dalam bentuk fisik maupun psikis.

Beban kerja keperawatan didefinisikan sebagai semua pekerjaan keperawatan yang harus dilakukan selama periode waktu tertentu (Myny et al., 2011). Beban kerja perawat adalah jumlah waktu dan perawatan yang dicurahkan perawat (langsung

dan tidak langsung) untuk pasien, tempat kerja, dan pengembangan profesional (Alghamdi, 2016). Beban kerja bisa bersifat kuantitatif bila yang dihitung berdasarkan banyaknya/jumlah tindakan keperawatan yang diberikan untuk memenuhi kebutuhan pasien. Beban kerja bersifat kualitatif bila pekerjaan keperawatan menjadi tanggung jawab yang harus dilaksanakan sebaik mungkin/profesional (Wati & Arini, 2020). Berdasarkan beberapa pendapat tersebut maka beban kerja perawat adalah seluruh kegiatan yang dilakukan oleh seorang perawat atau jumlah total waktu keperawatan baik secara langsung atau tidak langsung dalam memberikan pelayanan keperawatan.

Beban kerja perawat yang dapat berdampak kepada munculnya stres kerja tentu perlu tinjau lebih lanjut oleh pihak manajemen. Perawat sering dibebani tugas tambahan lain dan sering melakukan kegiatan yang bukan fungsinya, misalnya menangani administrasi, keuangan dan lainnya. Persatuan Perawat Nasional Indonesia mengungkapkan sebanyak 50,9% perawat Indonesia yang bekerja mengalami stres kerja, sering merasa pusing, lelah, kurang ramah, kurang istirahat akibat beban kerja terlalu tinggi serta penghasilan yang tidak memadai (Mariana et al., 2021). Sedangkan di Aceh prevalensi stres kerja pada perawat pada tahun 2019 mencapai angka 52,5% (Dinkes Aceh, 2019).

#### 2.2.2 Tujuan Perhitungan Beban Kerja

Tujuan dilakukan perhitungan beban kerja yaitu (Oktariq et al., 2022):

- 2.2.2.1 Untuk mengetahui dan/atau menghitung (memperkirakan) secara optimal penggunaan jumlah atau komposisi tenaga kerja terhadap beban kerja di setiap fungsi kerja atau unit organisasi.
- 2.2.2.2 Untuk melakukan analisis terhadap kemampuan tenaga kerja yang sekarang (kompetensi).
- 2.2.2.3 Untuk peramalan/proyeksi terhadap kebutuhan tenaga kerja untuk periode tertentu.
- 2.2.2.4 Untuk memenuhi kebutuhan tenaga kerja di masa mendatang.

### 2.2.3 Faktor-faktor Beban Kerja

Faktor-faktor internal yang mempengaruhi beban kerja perawat antara lain (Linda, 2017):

2.2.3.1 Jumlah pasien yang dirawat tiap hari, tiap bulam, tiap tahun.

2.2.3.2 Kondisi atau tingkat ketergantungan pasien.

2.2.3.3 Rata-rata hari perawatan tiap pasien.

2.2.3.4 Pengukuran tindakan keperawatan langsung dan tidak langsung.

2.2.3.5 Frekwensi tindakan keperawatan yang di butuhkan.

2.2.3.6 Rata-Rata waktu keperawatan langsung dan tidak langsung

Adapun faktor-faktor eksternal yang bisa mempengaruhi beban kerja perawat antara lain (Linda, 2017):

#### 2.2.3.1 Masalah Komunitas

Keadaan di masyarakat pada saat ini yaitu jumlah penduduk yang padat atau lonjakan jumlah penduduk yang berlebihan, kurangnya kesadaran masyarakat akan kebersihan lingkungan serta kebiasaan hidup yang tidak sehat.

#### 2.2.3.2 Disaster

Terjadinya bencana alam yang mempengaruhi kebijakan rumah sakit, karena rumah sakit akan menyediakan tenaga keperawatan tambahan untuk membantu menengani keadaan bencana tersebut.

#### 2.2.3.3 Hukum atau Undang - Undang dan Kebijakan

Undang-undang merupakan pedoman utama dalam menjalankan praktik keperawatan.

#### 2.2.3.4 Politik

Kebijakan pemerintah yang mempunyai kuasa mempengaruhi kondisi kinerja rumah sakit seperti banyaknya pasien karena kecelakaan akibat demonstrasi.

#### 2.2.3.5 Pengaruh Cuaca

Perubahan cuaca mempengaruhi jenis penyakit sehingga mempengaruhi jumlah tenaga keperawatan.

#### 2.2.3.6 Ekonomi

Situasi krisis ekonomi mengakibatkan pendapatan menurun sehingga pendapatan rumah sakit menurun, hal ini berimbas pada rasionalisasi jumlah tenaga keperawatan.

#### 2.2.3.7 Pendidikan Konsumen

Tingkat pendidikan masyarakat semakin tinggi sehingga tenaga perawat harus profesional.

#### 2.2.3.8 Kemajuan Ilmu Teknologi

Perawat dituntut mampu memiliki kompetensi internasional.

#### 2.2.4 Mengukur Beban Kerja

Analisa beban kerja adalah proses penentuan jumlah jam kerja (*man hours*) yang digunakan untuk menyelesaikan beban kerja tertentu, jumlah jam karyawan dan menentukan jumlah karyawan yang di butuhkan. Untuk mengukur beban kerja mengembangkan sistem klasifikasi pasien. Hal ini akan menyesuaikan tingkat ketergantungan pasien, tingkat kesulitan serta kemampuan yang diperlukan dalam memberikan pelayanan keperawatan. Adapun dalam membuat sistem klasifikasi pasien harus memenuhi beberapa kategori yaitu (Wati & Arini, 2020):

2.2.4.1 *Staffing*, yaitu untuk mengukur waktu yang di butuhkan pasien dan jumlah perawat yang di butuhkan secara kuantitas dan kualitas.

2.2.4.2 Program perumusan biaya dan anggaran keperawatan yaitu mencerminkan biaya untung-rugi pelayanan keperawatan yang nyata.

2.2.4.3 Kebutuhan perawatan pasien, yaitu membagi tugas pelayanan keperawatan dengan mengatur intensitas keperawatan dan tindakan.

2.2.4.4 Mengukur nilai produktifitas, yaitu mengukur *output* dengan *input* dimana prokduktifitas adalah indeks beban kerja perawat.

2.2.4.5 Menentukan kualitas, yaitu mengatur waktu dan jenis kebutuhan pasien dengan mengalokasikan jenis dan jumlah perawat yang tepat.

#### 2.2.5 Tingkat Ketergantungan Pasien

Menurut Swanburgh & Swanburgh dalam Kimalaha et al. (2019), tingkat ketergantungan pasien dibagi menjadi 4 kategori yaitu kategori I-*Self Care* atau

perawatan mandiri, yang memiliki kriteria aktivitas sehari-hari yang bisa dilakukan adalah makan sendiri atau bantuan seperlunya, merawat diri sendiri, BAB/BAK sendiri, bisa membuat rasa nyaman sendiri. Kesehatan umum baik, membutuhkan pemeriksaan rutin, ada pembedahan minor/ sederhana yang tidak membutuhkan debridement. Pendidikan kesehatan rutin untuk prosedur sederhana dan sudah ada perencanaan pulang/*discharge planing*, dukungan emosional: tidak ada emosi yang berlawanan dengan respon, perlu orientasi waktu, tempat/staf perawat. Perawatan dan pengobatan sederhana atau tidak ada, memerlukan waktu perawatan 20-30 menit/shift.

Kategori II-*Minimal Care*/perawatan minimal, yang memiliki kriteria aktivitas sehari-hari yang bisa dilakukan adalah makan disuapi atau bantuan sedikit, merawat diri sendiri atau bantuan sedikit, BAB/BAK dibantu, bisa membuat rasa nyaman dibantu sedikit. Kesehatan umum tampak sakit ringan, membutuhkan pemantauan tanda- tanda vital, terpasang infus atau kateter, atau drainase tidak kompleks. Pendidikan kesehatan membutuhkan waktu 5-10 menit tiap shift, tampak sedikit bingung, merasa tertekan, agitasi dapat dikontrol dengan obat, perlu diberikan bantuan orientasi. Perawatan dan pengobatan minimal, memerlukan waktu perawatan 20-30 menit/shift dan evaluasi sering untuk pengobatannya dan observasi status mental tiap 2 jam.

Kategori III-*Moderate Care*/perawatan moderat, yang memiliki kriteria aktivitas sehari-hari yang bisa dilakukan adalah makan disuapin, tapi bisa mengunyah dan menelan sendiri, merawat diri sendiri perlu bantuan penuh, BAB/BAK dibantu di atas tempat tidur, membuat rasa nyaman dibantu sepenuhnya. Kesehatan umum tampak gejala akut, membutuhkan pemantauan tanda- tanda vital tiap 2-4 jam, terpasang infus atau kateter, atau terpasang drainase perlu dimonitor tiap 1 jam. Pendidikan kesehatan membutuhkan waktu 10-30 menit tiap shift, tampak pusing, agitasi kurang dapat di kontrol dengan obat, perlu diberikan bantuan orientasi dan penjagaan ketat. Perawatan dan pengobatan memerlukan waktu perawatan 30-60menit/shift,ada reaksi alergi terhadap obat dan observasi status mental tiap 1 jam.

Kategori IV-*Extensif Care*/perawatan total, yang memiliki kriteria aktivitas sehari-hari yang bisa dilakukan adalah tidak bisa makansendiri tapi dipasang NGT, merawat diri sendiri perlu bantuanpenuh, BAB/BAK inkontinen dibantu penuh, tidak bisa membuat rasa nyaman dibantu sedikitnya 2 orang. Kesehatan umum tampak sakit berat, gejala akut, kehilangan banyak cairan/darah, ada gangguan pernafasan, membutuhkan pemantauan khusus. Pendidikan kesehatan membutuhkan waktu 30 menit tiap shift, bantuan penuh karena gejala berat dan ada agitasi berat,pusing tidak terkontrol olehpemberian obat dan harus ada pembatasan gerak. Perawatan dan pengobatan memerlukan waktu perawatan 60 menit/tiap shift dan observasi membutuhkan 2 orang dan status mental dipantau tiap1 jam.

#### 2.2.5.1 Menurut Teori Douglas

Douglas membagi tingkat ketergantungan pasien menjadi 3 jenis yaitumandiri, *intermediate* dan total. *Minimal care*, memerlukan waktu perawatan 1-2 jam/hari. Kategori I yaitu *minimal care*/perawatan minimal. Kegiatan sehari-hari dapat dilakukan sendiri, penampilan secara umum baik, tidak ada reaksi emosional, klien memerlukan orientasi waktu, tempat dan pergantian shift, tindakan pengobatan biasanya ringan dan sederhana, dengan kriteria pasien mandiri / tidak memerlukan bantuan: naik turun tempat tidur, berjalan sendiri dengan pengawasan, makan dan minum sendiri, mandi sendiri atau dengan pengawasan yang longgar, memelihara kebersihanmulut sendiri, berpakaian dan berdandan sendiri, melakukan BAB danBAK dengan pengawasan yang longgar. Status psikologis stabil, pasien dirawat untuk prosedur diagnostik untuk memastikan kepulauan dan operasi ringan yang bisa sembuh normal.

*Partial care*, memerlukan waktu perawatan 3-4 jam/hari, kategori II yaitu *partial care* / perawatan sebagian. Kegiatan sehari-hari klien yang memerlukan bantuan tapi sebagian, kriterianya adalah pasien memerlukan bantuan sebagian dari perawat dalam kegiatan sehari-hari, sudah melewati fase akut dari tindakan post operasi mayor, fase awal dari tanda-tanda yang mengarah ke penyembuhan, observasi tanda-tanda vital tiap 4 jam, gangguan emosional ringan, klien dengan kateter urine, pemasukan dan pengeluaran dimonitor tiapshif dan klien dengan infus,

persiapan pengobatan memerlukan prosedur tidak khusus.

*Total care*, memerlukan waktu perawatan 5-7 jam/hari. Kategori III yaitu Total care / perawatan total. Kebutuhan sehari-hari tidak bisa dilaksanakan sendiri, semua dibantu oleh perawat, dengan kriteria pasien memerlukan bantuan perawat sepenuhnya dalam kegiatan sehari-hari, baik untuk kebutuhan nutrisi maupun eliminasi. Post operasi mayor 24 jam yang lalu, pasien tidak sadar, perawatan luka bakar, perawatan kolostomi, menggunakan alat bantu pernafasan, menggunakan WSD, irigasi kandung kemih secara terus-menerus, menggunakan alat traksi, fraktur atau pasca operasi tulang belakang, gangguan emosional berat, bingung dan disorientasi dan ada tindakan suction (Kurniadi, 2013)

2.2.5.2 Menurut Nursalam (2016), tindakan keperawatan dibagi menjadi 3 kategori:

2.2.5.2.1 Kegiatan Keperawatan Langsung (*Direct care*)

Semua kegiatan yang difokuskan langsung/dirasakan langsung oleh pasien dan keluarga, seperti mengukur tanda vital, tindakan keperawatan, tindakan kolaborasi, termasuk pendidikan kesehatan.

2.2.5.2.2 Kegiatan Keperawatan Tidak Langsung (*indirect care*)

Kegiatan keperawatan yang tidak langsung dirasakan pasien atau sebagai pelengkap tindakan keperawatan langsung, seperti dokumentasi tindakan keperawatan atau hasil pemeriksaan, diskusi pre/post conference, visite dokter/tenaga kesehatan lain, konsultasi/koordinasi dengan bagian lain, pengambilan alat dan bahan pemeriksaan.

2.2.5.2.3 Kegiatan Non Keperawatan

Semua kegiatan perawat yang tidak ada hubungannya dengan pasien, seperti makan, minum, ke toilet, sholat, *stand by* di *nurse station*.

2.2.6 Perhitungan Beban Kerja

2.2.6.1 Sampling Kerja (*work sampling*)

*Work sampling* merupakan salah satu metode pengukuran kerja secara langsung. Pengamatan *work sampling* dilakukan dengan cara mengamati sewaktu-waktu dengan waktu yang telah ditentukan secara acak. Metode *work sampling* juga digunakan untuk pengamatan pekerjaan yang tidak berulang atau pekerjaan yang

tidak berurutan dalam pengerjaannya (Nursalam, 2013). Teknik penghitungan yang dilakukan dengan mengamati kegiatan apa saja yang akan dilakukan perawat pada saat jam kerja. Pada metode *work sampling* dapat diamati hal-hal spesifik tentang pekerjaan antara lain aktivitas apa yang sedang dilakukan perawat pada saat jam kerja. Apakah aktivitas perawat masih ada hubungan dengan tugas pokoknya pada saat jam kerja. Bisa membandingkan berapa proporsi kerja produktif dan kerja nonproduktif. Jenis beban kerja yang digunakan dikaitkan dengan waktu dan jadwal kerjanya.

Pada *work sampling* yang menjadi pengamatan adalah aktivitas atau kegiatan tenaga kerja personel tertentu. Terdapat beberapa tahapan yang harus dilaksanakan dalam melakukan perhitungan beban kerja menggunakan teknik *work sampling*, antara lain tentukan jenis personel yang akan diteliti. Jika personel berjumlah banyak, perlu dilakukan pemilihan sampel. Membuat formulir daftar kegiatan perawat yang dapat diklasifikasikan sebagai kegiatan produktif dan tidak produktif atau kegiatan langsung dan tidak langsung. Melatih pelaksana peneliti tentang cara pengamatan kerja dengan menggunakan *work sampling*. Setiap pelaksana dapat mengamati beberapa sampel yang bertugas saat itu. Pengamatan kegiatan dilakukan dengan interval 2-15 menit tergantung dari karakteristik pekerjaan. Pengamatan dilakukan selama jam kerja.

Beban kerja perawat dihitung dengan menggunakan rumus berikut:

$$\text{Beban kerja} = \frac{\text{Jumlah waktu kerja produktif}}{\text{total jam kerja}} \times 100\%$$

Hasil perhitungan selanjutnya diinterpretasikan sebagai berikut

Beban kerja tinggi	>80%
Beban kerja sedang	60-80%
Beban kerja rendah	<60%

#### 2.2.6.2 Studi waktu dan gerak (*time and motion study*)

Teknik penghitungan beban kerja untuk mengetahui kualitas pekerjaan yang dilakukan seorang perawat dan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikannya

tindakan keperawatan dengan baik dan benar (Nursalam, 2013). Langkah- langkah untuk menghitung adalah menentukan jumlah sampel perawat yang akan diambil, membuat formulir kegiatan yang akan dipakai mengamati serta ada kolom untuk menulis waktunya, menentukan observer yang bisa mengidentifikasi kualitas pekerjaan yang akan diamati dan tiap satu observer akan mengamati satu orang perawat selama bekerja sesuai shiftnya.

## 2.2.7 Perhitungan Kebutuhan Tenaga Perawat

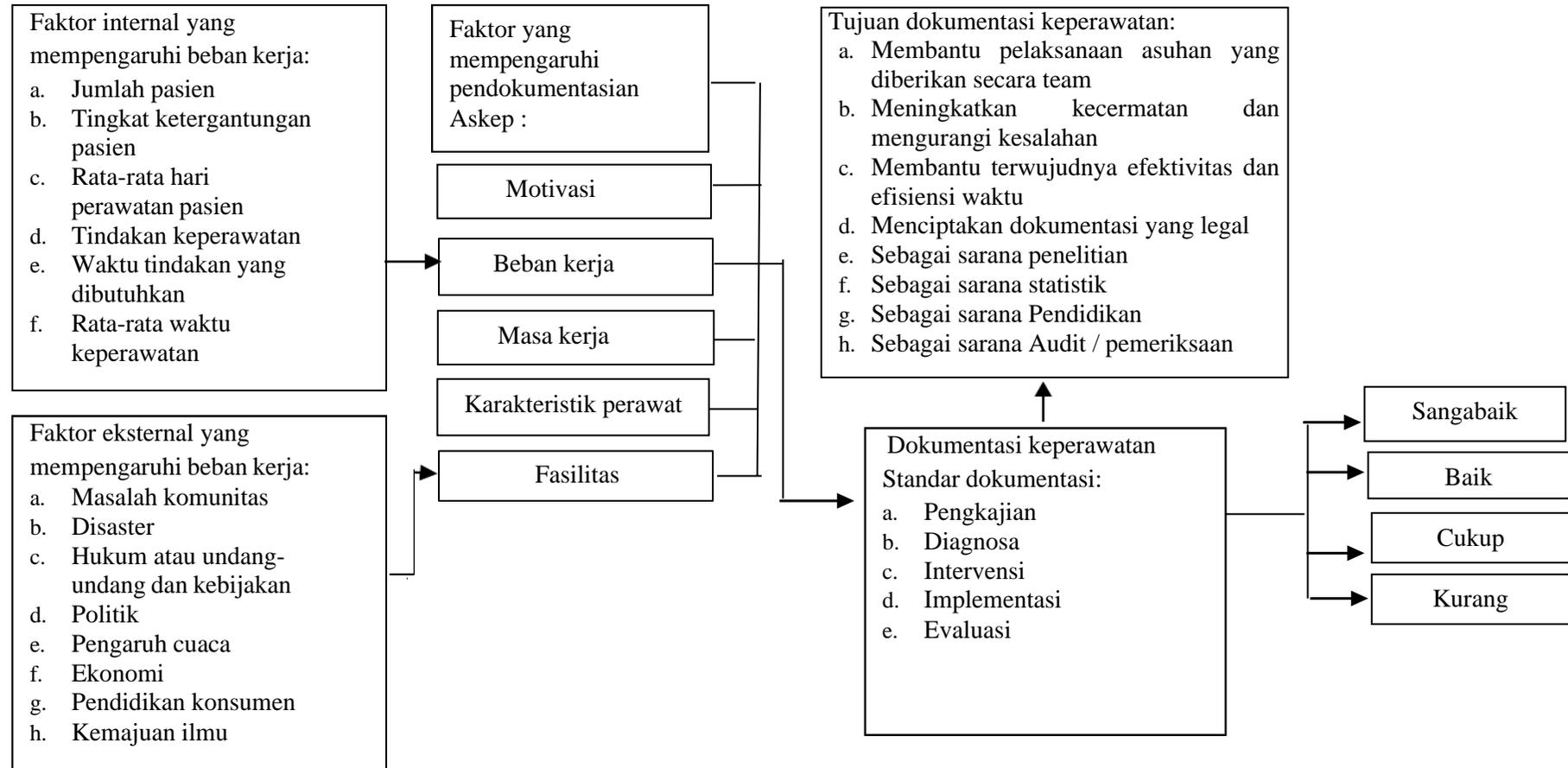
### 2.2.7.1 Teori Gillies

Perhitungan kebutuhan tenaga perawat berdasarkan jumlah tindakan keperawatan. Menurut Gillies tindakan keperawatan dibagi 3 yaitu tindakan keperawatan langsung, tindakan keperawatan tidak langsung dan pendidikan kesehatan. Kebutuhan jam keperawatan sebagai waktu keperawatan langsung: pasien mandiri = 2 jam/hari, pasien partial = 3 jam/hari, pasien total = 6 jam/hari. Waktu keperawatan tidak langsung: 60 jam/pasien/hari dan waktu keperawatan untuk pendidikan kesehatan: 15 menit/pasien/hari. Teori ini untuk mengetahui kebutuhan jumlah perawat tiap hari, tiap shift atau jumlah keseluruhan satu unit ruangan. Rumus teori Gillies adalah jumlah jam keperawatan yang dibutuhkan tiap tahun dibagi dengan jumlah jam keperawatan yang diberikan oleh perawat tiap tahun.

### 2.2.7.2 Teori PPNI

Teori perhitungan ini tidak berbeda dengan yang dikembangkan oleh Gillies, hanya saja satuan hari adalah diubah menjadi minggu. Selanjutnya jumlah hari kerja efektif juga dihitung dalam minggu sebanyak 41 minggu dan jumlah kerja per hari selama 40 jam per minggu.

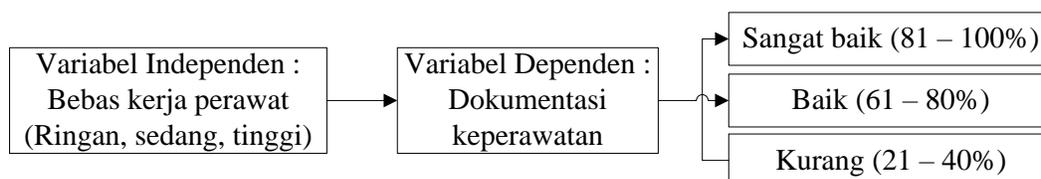
### 2.3 Kerangka Teori



Gambar 2. 6 Kerangka Teori Hubungan Beban Kerja Perawat dengan Ketepatan Dokumentasi Keperawatan (Linda, 2017; Wigatama et al., 2020; Eriyani, 2020; Kusnadi, 2017)

## 2.4 Kerangka Konsep

Dalam satu penelitian tahap yang paling penting adalah menyusun kerangka konsep. Kerangka konsep penelitian pada dasarnya adalah konsep yang dipakai sebagai landasan berpikir dalam kegiatan ilmu (Nursalam, 2017). Kerangka konsep dari penelitian yang berjudul “Hubungan beban kerja dengan mutu pendokumentasian asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Mitra Siaga Tarub” adalah sebagai berikut:



**Gambar 2.4**

Kerangka Konsep Hubungan Beban Kerja dengan Mutu Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Mitra Siaga Tarub

Dilihat dari gambar 2.4 menggambarkan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi beban kerja merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi dokumentasi keperawatan. Beban kerja merupakan seluruh kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh seorang perawat yang merujuk pada sejumlah prosedur baik itu tindakan keperawatan maupun pemeriksaan saat dokter berkunjung ke pasien selama bertugas di suatu unit pelayanan keperawatan. Beban kerja perawat terbagi menjadi tiga yaitu beban kerja ringan, sedang, dan tinggi. Semakin tinggi tingkat ketergantungan pasien maka akan semakin banyak tindakan yang akan diberikan dan akan semakin menambah beban kerja perawat sehingga perawat kurang maksimal dalam pengisian dokumentasi keperawatan karena lebih mengutamakan tindakan keperawatan (Amalia et al., 2018).

## 2.5 Hipotesis penelitian

Hipotesis adalah jawaban sementara dari rumusan masalah atau pertanyaan penelitian. Hipotesis adalah suatu pernyataan asumsi tentang hubungan antara dua atau lebih variabel yang di harapkan bisa menjawab suatu pertanyaan dalam penelitian (Nursalam, 2017).

H<sub>1</sub> : Ada Hubungan beban kerja dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Mitra Siaga Tarub

H<sub>0</sub> : Tidak ada Hubungan beban kerja dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Mitra Siaga Tarub