

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab ini akan disajikan beberapa konsep dasar yang menjadi landasan dalam melakukan penelitian yang meliputi 1) Konsep beban kerja, 2) Konsep dokumentasi keperawatan, 3) Kerangka Teori, 4) Kerangka Konsep, 5) Hipotesis penelitian.

#### **2.1 Konsep Beban Kerja**

##### **2.1.1 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 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 diatas 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, 2020a).

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.

### **2.1.2 Tujuan Perhitungan Beban Kerja**

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

2.1.2.1 Untuk mengetahui dan/atau menghitung (memperkirakan) secara optimal penggunaan jumlah atau komposisi tenaga kerja terhadap beban kerja di setiap fungsi kerja atau unit organisasi.

2.1.2.2 Untuk melakukan analisis terhadap kemampuan tenaga kerja yang sekarang (kompetensi).

2.1.2.3 Untuk peramalan/proyeksi terhadap kebutuhan tenaga kerja untuk periode tertentu.

2.1.2.4 Untuk memenuhi kebutuhan tenaga kerja di masa mendatang.

Tujuan dilakukan perhitungan beban kerja di pelayanan keperawatan antara lain (Kurniadi, 2013):

2.1.2.1 Mengkaji status kebutuhan perawatan pasien

2.1.2.2 Menentukan dan mengelola staf keperawatan, kondisi kerja serta kualitas asuhan keperawatan

2.1.2.3 Menentukan dan mengeluarkan biaya alokasi sumber daya yang adekuat

2.1.2.4 Mengukur hasil intervensi keperawatan

### **2.1.3 Faktor-faktor Beban Kerja**

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

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

2.1.3.2 Kondisi atau tingkat ketergantungan pasien.

2.1.3.3 Rata-rata hari perawatan tiap pasien.

2.1.3.4 Pengukuran tindakan keperawatan langsung dan tidak langsung.

2.1.3.5 Frekwensi tindakan keperawatan yang di butuhkan.

2.1.3.6 Rata-Rata waktu keperawatan langsung dan tidak langsung

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

2.1.3.1 Masalah komunitas, keadaan di masyarakat pada saat ini yaitu jumlah penduduk yang padat atau lonjakan jumlah penduduk yang berlebihan, kurangnya kesadran masyarakat akan kebersihan lingkungan serta kebiasaan hidup yang tidak sehat.

- 2.1.3.2 Disaster, terjadinya bencana alam yang mempengaruhi kebijakan rumah sakit, karena rumah sakit akan menyediakan tenaga keperawatan tambahan untuk membantu menengani keadaan bencana tersebut.
- 2.1.3.3 Hukum atau undang-undang dan kebijakan, undang-undang merupakan pedsoman utama dalam menjalankan praktik keperawatan.
- 2.1.3.4 Politik, kebijakan pemerintah yang mempunyai kuasa mempengaruhi kondisi kinerja rumah sakit seperti banyaknya pasien karenakecelakaan akibat demonstrasi.
- 2.1.3.5 Pengaruh cuaca, perubahan cuaca mempengaruhi jenis penyakit sehingga mempengaruhi jumlah tenaga keperawatan.
- 2.1.3.6 Ekonomi, situasi krisis ekonomi mengakibatkan pendapatan menurun sehingga pendapatan rumah sakit menurun, hal ini berimbas pada rasionalisasi jumlah tenaga keperawatan.
- 2.1.3.7 Pendidikan konsumen, tingkat pendidikan masyarakat semakin tinggi sehingga tenaga perawat harus profesional.
- 2.1.3.8 Kemajuan ilmu teknologi, perawat dituntut mampu memiliki kompetensi internasional.

#### **2.1.4 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 di

perlu dalam memberikan pelayanan keperawatan. Adapun dalam membuat sistem klasifikasi pasien harus memenuhi beberapa kategori yaitu (Wati & Arini, 2020a):

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

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

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

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

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

### **2.1.5 Tingkat Ketergantungan Pasien**

2.1.5.1 Menurut Swanburgh & Swanburgh dalam Kimalaha et al. (2019), tingkat ketergantungan pasien dibagi menjadi 4 kategori yaitu:

1. Kategori I-*Self Care* atau perawatan mandiri, yang memiliki kriteria:
  - a. Aktivitas sehari-hari yang bisa dilakukan adalah makan sendiri atau bantuan seperlunya, merawat diri sendiri, BAB/BAK sendiri, bisa membuat rasa nyaman sendiri.
  - b. Kesehatan umum baik, membutuhkan pemeriksaan rutin, ada pembedahan minor/sederhana yang tidak membutuhkan debridement.

- c. 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.
  - d. Perawatan dan pengobatan sederhana atau tidak ada, memerlukan waktu perawatan 20-30 menit/shift.
2. Kategori II-*Minimal Care*/perawatan minimal, yang memiliki kriteria:
- a. 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.
  - b. Kesehatan umum tampak sakit ringan, membutuhkan pemantauan tanda-tanda vital, terpasang infus atau kateter, atau drainase tidak kompleks.
  - c. Pendidikan kesehatan membutuhkan waktu 5-10 menit tiap shift, tampak sedikit bingung, merasa tertekan, agitasi dapat dikontrol dengan obat, perlu diberikan bantuan orientasi.
  - d. Perawatan dan pengobatan minimal, memerlukan waktu perawatan 20-30 menit/shift dan evaluasi sering untuk pengobatannya dan observasi status mental tiap 2 jam.
3. Kategori III-*Moderate Care*/perawatan moderat, yang memiliki kriteria:
- a. 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.

- b. 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.
  - c. 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.
  - d. Perawatan dan pengobatan memerlukan waktu perawatan 30-60 menit/shift, ada reaksi alergi terhadap obat dan observasi status mental tiap 1 jam.
4. Kategori IV-*Extensif Care*/perawatan total, yang memiliki kriteria:
- a. Aktivitas sehari-hari yang bisa dilakukan adalah tidak bisa makansendiri tapi dipasang NGT, merawat diri sendiri perlu bantuan penuh, BAB/BAK inkontinen dibantu penuh, tidak bisa membuat rasa nyaman dibantu sedikitnya 2 orang.
  - b. Kesehatan umum tampak sakit berat, gejala akut, kehilangan banyak cairan/darah, ada gangguan pernafasan, membutuhkan pemantauan khusus.
  - c. Pendidikan kesehatan membutuhkan waktu 30 menit tiap shift, bantuan penuh karena gejala berat dan ada agitasi berat, pusing tidak terkontrol oleh pemberian obat dan harus ada pembatasan gerak.
  - d. Perawatan dan pengobatan memerlukan waktu perawatan 60 menit/tiap shift dan observasi membutuhkan 2 orang dan status mental dipantau tiap 1 jam.

### 2.1.5.2 Menurut Teori Douglas

Douglas membagi tingkat ketergantungan pasien menjadi 3 jenis yaitu mandiri, *intermediate* dan total.

#### 1. *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 sebagai berikut:

- a. 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 kebersihan mulut sendiri, berpakaian dan berdandan sendiri, melakukan BAB dan BAK dengan pengawasan yang longgar.
  - b. Status psikologis stabil.
  - c. Pasien dirawat untuk prosedur diagnostik untuk memastikan keputusannya.
  - d. Operasi ringan yang bisa sembuh normal
- #### 2. *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 sebagai berikut:

- a. Pasien memerlukan bantuan sebagian dari perawat dalam kegiatan sehari-hari.
- b. Sudah melewati fase akut dari tindakan post operasi mayor.
- c. Fase awal dari tanda-tanda yang mengarah ke penyembuhan.



- d. Observasi tanda-tanda vital tiap 4 jam.
  - e. Gangguan emosional ringan.
  - f. Klien dengan kateter urine, pemasukan dan pengeluaran dimonitor tiap shif.
  - g. Klien dengan infus, persiapan pengobatan memerlukan prosedur tidak khusus.
3. *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 sebagai berikut:

- a. Pasien memerlukan bantuan perawat sepenuhnya dalam kegiatan sehari-hari, baik untuk kebutuhan nutrisi maupun eliminasi.
- b. Post operasi mayor 24 jam yang lalu.
- c. Pasien tidak sadar.
- d. Perawatan luka bakar.
- e. Perawatan kolostomi.
- f. Menggunakan alat bantu pernafasan.
- g. Menggunakan WSD.
- h. Irigasi kandung kemih secara terus-menerus.
- i. Menggunakan alat traksi.
- j. Fraktur atau pasca operasi tulang belakang.
- k. Gangguan emosional berat, bingung dan disorientasi.
- l. Ada tindakan suction (Kurniadi, 2013)

2.1.5.3 Menurut Situmorang, tindakan keperawatan dibagi menjadi 3 kategori:

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. 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.

3. Kegiatan non keperawatan

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

## 2.1.6 Perhitungan Beban Kerja

### 2.1.6.1 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:

1. Aktivitas apa yang sedang dilakukan perawat pada saat jam kerja.
2. Apakah aktivitas perawat masih ada hubungan dengan tugas pokoknya pada saat jam kerja.
3. Bisa membandingkan berapa proporsi kerja produktif dan kerja non produktif.
4. 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:

- a. Tentukan jenis personel yang akan diteliti.
- b. Jika personel berjumlah banyak, perlu dilakukan pemilihan sampel.
- c. Membuat formulir daftar kegiatan perawat yang dapat diklasifikasikan sebagai kegiatan produktif dan tidak produktif atau kegiatan langsung dan tidak langsung.
- d. Melatih pelaksana peneliti tentang cara pengamatan kerja dengan menggunakan *work sampling*. Setiap pelaksana dapat mengamati beberapa sampel yang bertugas saat itu.
- e. 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:

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

Hasil perhitungan selanjutnya diinterpretasikan sebagai berikut:

Beban kerja tinggi >80%

Beban kerja sedang 60-80%

Beban kerja rendah <60%

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

Tehnik penghitungan beban kerja untuk mengetahui kualitas pekerjaan yang dilakukan seorang perawat dan waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan satu tindakan keperawatan dengan baik dan benar (Nursalam, 2013). Langkah-langkah untuk menghitung adalah sebagai berikut:

1. Menentukan jumlah sampel perawat yang akan diambil
2. Membuat formulir kegiatan yang akan dipakai mengamati serta ada kolom untuk menulis waktunya
3. Menentukan observer yang bisa mengidentifikasi kualitas pekerjaan yang akan diamati
4. Tiap satu observer akan mengamati satu orang perawat selama bekerja sesuai shiftnya.

### 2.1.7 Perhitungan Kebutuhan Tenaga Perawat

#### 2.1.7.1 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 berikut:

1. Waktu keperawatan langsung: pasien mandiri = 2 jam/hari, pasien partial = 3jam/hari, pasien total= 6jam/hari.
2. Waktu keperawatan tidak langsung: 60 jam/pasien/hari.
3. 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.

#### 2.1.7.2 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.

## 2.2 Konsep Dokumentasi Keperawatan

### 2.2.1 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 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). Dokumentasi keperawatan adalah catatan tertulis yang memuat seluruh data yang di butuhkan untuk informasi relevan legal mengenai status pasien, perawatan medis, dan cara asuhan keperawatan serta memunculkan standar perawatan/asuhan (Subekti et al, 2012). 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 meberikan 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).

Dokumentasi keperawatan beragam, rumit dan memakan waktu. Penelitian menunjukkan bahwa untuk mencatat dokumentasi keperawatan per shift di butuhkan waktu 35-40 menit tergantung keparahan kondisi pasien. Perawat paling banyak menghabiskan waktunya dalam pencatatan duplikatif, pengulangan perawatan rutin dan observasi. Sebagai akibat, terlalu sering observasi atau dialog spesifik yang signifikan tidak dicatat karena keterbatasan waktu (Subekti et al, 2012).

Berdasarkan beberapa pendapat diatas 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.

### **2.2.2 Tujuan Dokumentasi Keperawatan**

Tujuan utama dari dokumentasi asuhan keperawatan adalah untuk:

2.2.2.1 Mendokumentasikan asuhan keperawatan (pendekatan proses keperawatan).

1. Mendokumentasikan pengkajian keperawatan.
2. Mendokumentasikan diagnosa keperawatan.
3. Mendokumentasikan perencanaan keperawatan.
4. Mendokumentasikan pelaksanaan keperawatan.
5. Mendokumentasikan evaluasi keperawatan.

2.2.2.2 Mendokumentasikan pengelolaan logistik dan obat.

2.2.2.3 Mendokumentasikan HE (*health education*) melalui kegiatan perencanaan pulang.

2.2.2.4 Mendokumentasi timbang terima (pergantian sif/jaga/operean shif).

2.2.2.5 Mendokumentasi kegiatan supervisi.

2.2.2.6 Mendokumentasikan kegiatan penyelesaian kasus melalui ronde keperawatan. (Nursalam, 2017)

### **2.2.3 Manfaat Dokumentasi Keperawatan**

Manfaat dokumentasi keperawatan secara administratif adalah sebagai berikut:

2.2.3.1 Mendefinisikan fokus keperawatan bagi klien atau kelompok

2.2.3.2 Membedakan tanggung gugat perawat dari tanggung gugat anggota tim pelayanan kesehatan lain

2.2.3.3 Untuk memberikan kriteria penalaahan dan pengevaluasian asuhan (perbaikan kualitas).

2.2.3.4 Memberikan justifikasi terhadap reimbursemen

2.2.3.5 Memberikan data untuk tinjauan administratif dan legal

2.2.3.6 Memenuhi persyaratan hukum, akreditasi, dan professional.

2.2.3.7 Memberikan data penelitian dan tujuan pendidikan.

Manfaat dokumentasi keperawatan secara klinis adalah untuk membimbing pemberi perawatan dan untuk mencatat status klien atau respons klien (Subekti et al, 2012). Menurut (Nursalam, 2017) manfaat dokumentasi asuhan keperawatan antara lain:

2.2.3.1 Menjadi alat komunikasi antar perawat dan dengan tenaga kesehatan lain.



2.2.3.2 Dapat di pergunakan sebagai dokumentasi legal dan mempunyai nilai hukum.

2.2.3.3 Dapat Meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

2.2.3.4 Menjadi acuan / sebagai referensi pembelajaran dalam peningkatan ilmu keperawatan.

2.2.3.5 Memiliki nilai riset penelitian dan pengembangan keperawatan.

#### **2.2.4 Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan**

Faktor-faktor yang mempengaruhi kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan:

##### **2.2.4.1 Lama kerja**

Makin lama seseorang bekerja makin terampil dan berpengalaman melaksanakan pekerjaannya. Lama kerja menjadi sangat penting karena dapat mencerminkan tingkat kepuasan akhir yang dapat dicapai oleh karyawan.

##### **2.2.4.2 Ruang dinas**

Ruang dinas dan tipe kelas yang tinggi tidak selalu menunjukkan pendokumentasian keperawatannya lebih bagus dari ruang dinas dan tipe kelas yang lebih rendah.

##### **2.2.4.3 Pelatihan**

Pelatihan merupakan bagian dari proses pendidikan untuk peningkatan pengetahuan dan keterampilan kerja. Perawat yang telah melaksanakan pelatihan akan berpengaruh positif terhadap kelengkapan pendokumentasian keperawatan.

#### 2.2.4.4 Pengetahuan terkait dokumentasi keperawatan

Pengetahuan tinggi tidak selalu menunjukkan pelaksanaan dokumentasi keperawatan yang lengkap.

#### 2.2.4.5 Pelaksanaan dokumentasi keperawatan

Perawat yang baik dalam melaksanakan dokumentasi keperawatan sangat bermanfaat bagi pasien yaitu pasien mendapatkan pelayanan keperawatan yang bermutu, efektif dan efisien. Manfaat bagi perawat sendiri yaitu mengembangkan kemampuan berfikir kritis dan teknis serta meningkatkan citra perawat di mata masyarakat. Sedangkan manfaat bagi rumah sakit yaitu meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit sehingga banyak masyarakat yang mempercayai yang berdampak pada keuntungan bagi rumah sakit.

#### 2.2.4.6 Usia

Pekerja yang memiliki usia lebih tua dianggap lebih cakap secara teknis, lebih banyak pengalaman dan lebih bijaksana dalam pengambilan keputusan (Noorkasiani, 2015).

Selain faktor – faktor di atas dibawah ini juga merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan antara lain sebagai berikut:

##### 2.2.4.1 Motivasi perawat

Motivasi perawat sangat di butuhkan dalam pekerjaan perawat karena dengan motivasi yang baik bisa menumbuhkan semangat untuk bekerja. Motivasi yang tinggi akan memberikan pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien juga akan lebih baik.

#### 2.2.4.2 Masa kerja

Perawat yang masa kerja lebih lama memiliki kemampuan yang lebih untuk pendokumentasian asuhan keperawatan, sehingga memberi peluang perawat tersebut untuk meningkatkan pendokumentasian asuhan keperawatan.

#### 2.2.4.3 Usia perawat

Semakin tinggi usia seseorang maka pengalamannya juga akan tinggi. Perawat yang berusia lebih tua memiliki kematangan berfikir untuk pendokumentasian asuhan keperawatan yang dilakukannya.

#### 2.2.4.4 Beban kerja

Seseorang yang memiliki beban kerja yang berat akan mempengaruhi pendokumentasian asuhan keperawatan yang lengkap pada pasien karena disebabkan oleh faktor kelelahan, tidak konsentrasi pada pendokumentasian asuhan keperawatan pasien.

#### 2.2.4.5 Pendidikan perawat

Seseorang yang mempunyai pendidikan yang tinggi, maka mempunyai pengalaman yang tinggi pula, dan memiliki pola pikir yang lebih matang sehingga mampu memberikan pendokumentasian yang lengkap pada asuhan keperawatan pada pasien yang berada diruangan.

### 2.2.5 Atribut Dokumentasi Keperawatan

Menurut Subekti et al. (2012) sistem dokumentasi keperawatan mempunyai beberapa komponen, terutama memfokuskan pada pendokumentasian hal-hal berikut:

### 2.2.5.1 Pengkajian

Pengumpulan data yang cermat tentang klien, keluarga, atau kelompok. Perawat mendapatkan data dengan melakukan wawancara yaitu semua ungkapan klien, tenaga kesehatan, atau orang lain yang berkepentingan termasuk keluarga, teman, dan orang terdekat klien. Observasi yaitu metode pengumpulan data melalui pengamatan visual dengan menggunakan panca-indra, dan pemeriksaan. Ada dua jenis pengkajian:

#### 1. Pengkajian data dasar

Wawancara penerimaan atau data dasar terdiri atas dua bagian: pola fungsional dan pengkajian fisik. Wawancara penerimaan ini memfokuskan pada penentuan status kesehatan klien yang sekarang dan kemampuan untuk berfungsi kemampuan untuk mandi sendiri. Pemeriksaan fisik menggunakan ketrampilan inspeksi, auskultasi, dan palpasi untuk mengkaji berbagai area dan fungsi sistem tubuh klien.

#### 2. Pengkajian fokus

Pengkajian fokus meliputi seperti data tertentu atau spesifik seperti yang ditentukan oleh perawat dan klien atau keluarga, atau yang di tunjukkan oleh kondisi klien.

### 2.2.5.2 Perencanaan

Perencanaan adalah berupa arahan asuhan keperawatan awal berasal baik dari keperawatan maupun kedokteran.

### 2.2.5.3 Sistem perencanaan keperawatan

Sistem perencanaan perawatan yang efisien, profesional, dan berguna adalah hal yang sangat mungkin. Sistem ini menggunakan standar perawatan, daftar masalah klien, dan rencana perawatan baku dan ad-dendum (tambahan). Sistem ini kompatibel dengan manajemen kasus dan jalur kritis.

### 2.2.5.4 Dokumentasi Evaluasi

Perawat bertanggung jawab untuk mengevaluasi status dan kemajuan klien terhadap pencapaian hasil setiap hari. Evaluasi status dan kemajuan klien adalah berbeda untuk masalah kolaboratif versus diagnosa keperawatan. Pada diagnosa keperawatan yang dilakukan perawat antara lain:

1. Mengkaji status klien
2. Membandingkan respon ini pada kriteria hasil
3. Menyampaikan bila klien mengalami kemajuan pada pencapaian hasil.

### 2.2.6 Standart Dokumentasi Keperawatan

Menurut (Nursalam, 2017) standar dokumentasi keperawatan meliputi:

#### 2.2.6.1 Pengkajian keperawatan

Pengkajian merupakan tahap awal dari proses keperawatan yang bertujuan untuk memperoleh informasi atau data dari klien, sehingga masalah keperawatan klien dapat dirumuskan secara akurat. Pengumpulan data dilakukan secara sistematis untuk mengidentifikasi keadaan kesehatan klien sekarang dan masa lalu (Subekti, I., Hadi, S., & Ngesti, 2012). Tahap - tahap dalam pengkajian:

1. Pengumpulan data mempunyai kriteria: legal, lengkap, akurat, relevan, dan baru (LLARB). Tujuannya mengumpulkan, mengorganisasikan, dan mencatat

data-data yang menjelaskan respon tubuh manusia yang diakibatkan oleh masalah kesehatan.

2. Pengelompokan data mempunyai kriteria sebagai berikut:

- a. Data biologis: didapatkan hasil dari observasi tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik dari ujung rambut sampai ujung kaki, dari pemeriksaan diagnostik/penunjang, yaitu laboratorium dan rontgen.
- b. Data psikologis, sosial, dan spiritual melalui wawancara.
- c. Format pengkajian data awal menggunakan model ROS (*review of sistem*) yang meliputi data demografi pasien, riwayat keperawatan, observasi dan pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan penunjang/diagnostik.

2.2.6.2 Diagnosis keperawatan antara lain sebagai berikut:

1. Status kesehatan dibandingkan dengan standar untuk menentukan kesenjangan.
2. Diagnosis keperawatan dihubungkan dengan penyebab kesenjangan dan pemenuhan kebutuhan pasien.
3. Diagnosis keperawatan dibuat sesuai dengan wewenang perawat.
4. Komponen diagnosis terdiri atas P-E-S (*Problem-Etiologi-Simptom*).

2.2.6.3 Perencanaan

Komponen perencanaan keperawatan terdiri atas:

1. Prioritas masalah
  - a. Masalah yang mengancam kehidupan merupakan prioritas utama.
  - b. Masalah yang mengancam kesehatan seseorang merupakan prioritas kedua.
  - c. Masalah yang mempengaruhi perilaku merupakan prioritas ketiga.

2. Tujuan asuhan keperawatan, memenuhi syarat SMART (*Specific Measurable achievable Reasonable Time*)
  - a. Tujuan dirumuskan secara singkat.
  - b. Disusun berdasarkan diagnosis keperawatan.
  - c. Spesifik pada diagnosis keperawatan.
  - d. Dapat diukur.
  - e. Dapat dipertanggung jawabkan secara ilmiah.
  - f. Ada target waktu pencapaian
3. Rencana tindakan didasarkan pada NIC (*Nursing Intervention Classification*) yang telah ditetapkan oleh instansi pelayanan setempat. Jenis rencana tindakan keperawatan mengandung tiga komponen, meliputi Diagnostik/observasi, Edukasi, Tindakan independen, dependen, dan inerden (DET). Kriteria meliputi hal sebagai berikut:
  - a. Berdasarkan tujuan asuhan keperawatan.
  - b. Merupakan alternatif tindakan secara tepat.
  - c. Melibatkan pasien/keluarga.
  - d. Mempertimbangkan latar belakang sosial budaya pasien/keluarga
  - e. Mempertimbangkan kebijaksanaan dan peraturan yang berlaku.
  - f. Menjamin rasa aman dan nyaman bagi pasien.
  - g. Disusun dengan mempertimbangkan lingkungan, sumber daya, dan fasilitas yang ada.
  - h. Harus berupa kalimat instruksi, ringkas, tegas, dan penulisan menggunakan bahasa yang mudah dimengerti.

- i. Menggunakan formulir yang baku.

#### 2.2.6.4 Intervensi/Implementasi (NIC: *Nursing Intervention Classification*)

Intervensi merupakan pelaksanaan rencana tindakan yang di tentukan dengan maksud agar kebutuhan pasien terpenuhi secara optimal yang mencakup aspek peningkatan, pemeliharaan, dan pemulihan kesehatan dengan mengikut sertakan pasien dan keluarga. Intervensi keperawatan berorientasi pada 15 komponen dasar keperawatan.

Kriteria meliputi:

1. Dilaksanakan sesuai dengan rencana keperawatan
2. Mengamati keadaan bio-psiko-sosio-spiritual pasien
3. Menjelaskan setiap tindakan keperawatan kepada pasien/keluarga
4. Sesuai dengan waktu yang telah ditentukan
5. Menggunakan sumber daya yang ada
6. Menunjukkan sikap sabar dan ramah dalam berinteraksi dengan pasien/keluarga
7. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melaksanakan tindakan keperawatan
8. Menerapkan prinsip-prinsip aseptik dan antiseptik
9. Menerapkan etika keperawatan
10. Menerapkan prinsip aman, nyaman, ekonomis, privacy, dan mengutamakan keselamatan pasien
11. Melaksanakan perbaikan tindakan berdasarkan respons pasien
12. Merujuk dengan segera terhadap masalah yang mengancam keselamatan pasien
13. Mencatat semua tindakan yang telah dilaksanakan



14. Merapikan pasien dan alat setiap selesai melakukan tindakan
15. Melaksanakan tindakan keperawatan pada prosedur teknis yang telah ditentukan
16. Prosedur keperawatan umum maupun khusus dilaksanakan sesuai dengan prosedur tetap yang telah disusun (Nursalam, 2017).

#### 2.2.6.5 Evaluasi

Evaluasi adalah tahap akhir dari proses keperawatan. Evaluasi dilakukan secara periodik, sistematis dan berencana untuk menilai perkembangan pasien setelah tindakan keperawatan. Kriteria meliputi:

1. Setiap tindakan keperawatan dilakukan evaluasi
2. Evaluasi hasil menggunakan indikator perubahan fisiologis dan tingkah laku pasien
3. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan untuk diambil tindakan selanjutnya
4. Evaluasi melibatkan klien dan tim kesehatan lain
5. Evaluasi dilakukan dengan standar (tujuan yang ingin dicapai dan standar praktik keperawatan).

Komponen evaluasi, mencakup aspek K-A-P-P (Kognitif-Afektif-Psikomotor-Perubahan biologis), yaitu sebagai berikut: Kognitif (pengetahuan klien tentang penyakit dan tindakan).

1. Afektif (sikap) klien terhadap tindakan yang dilakukan.
2. Psikomotor (tindakan/perilaku) klien dalam upaya penyembuhan.
3. Perubahan biologis (tanda vital, sitem, dan imunologi).



<b>Subtotal</b>									
<b>Total</b>									
<b>Persentase</b>									
<b>DIAGNOSA KEPERAWATAN</b>									
1	Diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan								
2	Diagnosa keperawatan mencerminkan PE/PES								
3	Merumuskan diagnosa keperawatan menjadi aktual atau risiko								
<b>Subtotal</b>									
<b>Total</b>									
<b>Persentase</b>									
<b>INTERVENSI KEPERAWATAN</b>									
1	Berdasarkan diagnosa keperawatan.								
2	Disusun menurut urutan prioritas								
3	Rumusan tujuan mengandung komponen pasien/subyek, perubahan, perilaku, kondisi pasien dan atau kriteria waktu (SMART)								
4	Rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah terinci dan jelas								
5	Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien/keluarga.								
6	Rencana tindakan menggambarkan kerja sama dengan tim kesehatan								
<b>Subtotal</b>									
<b>Total</b>									
<b>Persentase</b>									
<b>IMPLEMENTASI KEPERAWATAN</b>									
1	Tindakan dilaksanakan mengacu pada rencana perawatan.								
2	Perawat mengobservasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan.								
3	Revisi tindakan pasien berdasarkan hasil evaluasi								
4	Semua tindakan yang telah dilaksanakan dicatat ringkas dan jelas.								
<b>Subtotal</b>									
<b>Total</b>									

Persentase									
<b>EVALUASI KEPERAWATAN</b>									
1	Evaluasi mengacu pada tujuan								
2	Hasil evaluasi dicatat								
<b>Subtotal</b>									
<b>Total</b>									
<b>Persentase</b>									
<b>CATATAN ASUHAN KEPERAWATAN</b>									
1	Menulis pada format yang baku								
2	Pencatatan dilakukan sesuai dengan tindakan yang dilaksanakan								
3	Pencatatan ditulis dengan jelas, ringkas, istilah yang baku dan benar								
4	Setiap melakukan tindakan/kegiatan perawat mencantumkan paraf/nama jelas, dan tanggal jam dilakukannya tindakan.								
5	Berkas catatan keperawatan disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku								
<b>Subtotal</b>									
<b>Total</b>									
<b>Persentase</b>									

Untuk menilai ketepatan dokumentasi asuhan keperawatan individu, skor 1 diberikan bila aspek yang dinilai ditemukan, dan skor 0 bila aspek yang dinilai tidak ditemukan. Selanjutnya dilakukan penghitungan **nilai total** dengan menjumlahkan nilai jawaban 1 dari aspek pengkajian hingga evaluasi. **Nilai maksimal** diisi dengan skor maksimal pada semua aspek pengkajian hingga evaluasi (24 item). Selanjutnya ketepatan dokumentasi dihitung persentasenya dengan cara:

$\text{Persentase} = \frac{\text{Nilai total}}{\text{Nilai maksimal}} \times 100\%$
---

Selanjutnya persentase hasil perhitungan diinterpretasikan sebagai berikut (Azizah, 2012):

- a. Sangat baik bila 81-100% proses keperawatan (pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi) didokumentasikan sesuai standar asuhan keperawatan
- b. Baik bila 61-80% proses keperawatan (pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi) didokumentasikan sesuai standar asuhan keperawatan
- c. Cukup bila 41-60% proses keperawatan (pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi) didokumentasikan sesuai standar asuhan keperawatan
- d. Kurang bila 21-40% proses keperawatan (pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi) didokumentasikan sesuai standar asuhan

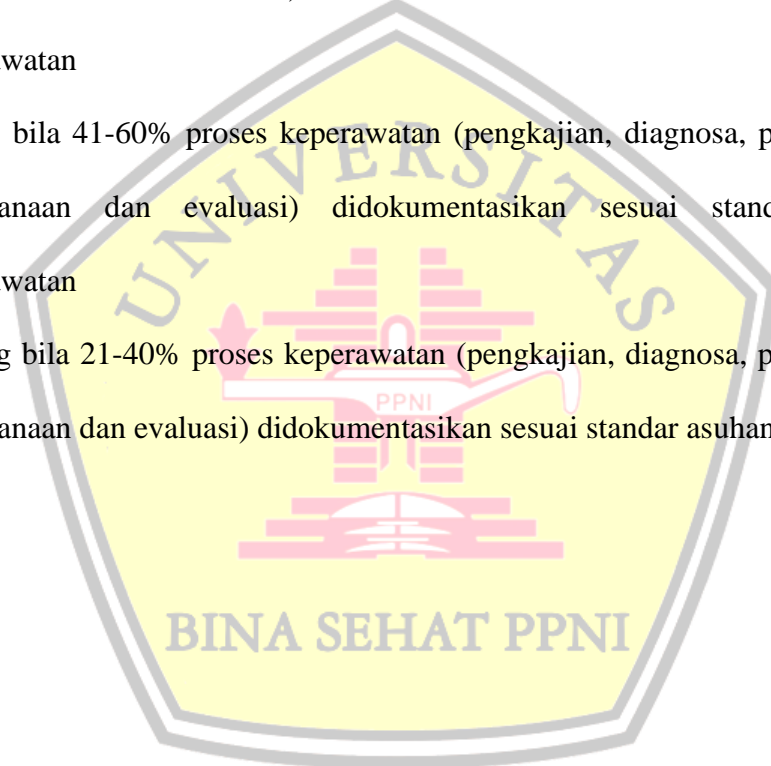
Skoring untuk pendokumentasian asuhan keperawatan secara keseluruhan, skor 1 diberikan bila aspek yang dinilai ditemukan, dan skor 0 bila aspek yang dinilai tidak ditemukan. Selanjutnya dilakukan penghitungan nilai **sub total** dengan menjumlahkan nilai jawaban 1 yang ditemukan pada masing-masing kolom. Nilai **total** diisi dengan hasil penjumlahan sub total. Selanjutnya tiap variabel (pengkajian, diagnosa keperawatan, interensi, implementasi, evaluasi, catatan keperawatan) dihitung persentasenya dengan cara:

$$\text{Persentase} = \frac{\text{Total}}{\text{Jumlah berkas} \times \text{jumlah aspek yang dinilai}} \times 100\%$$

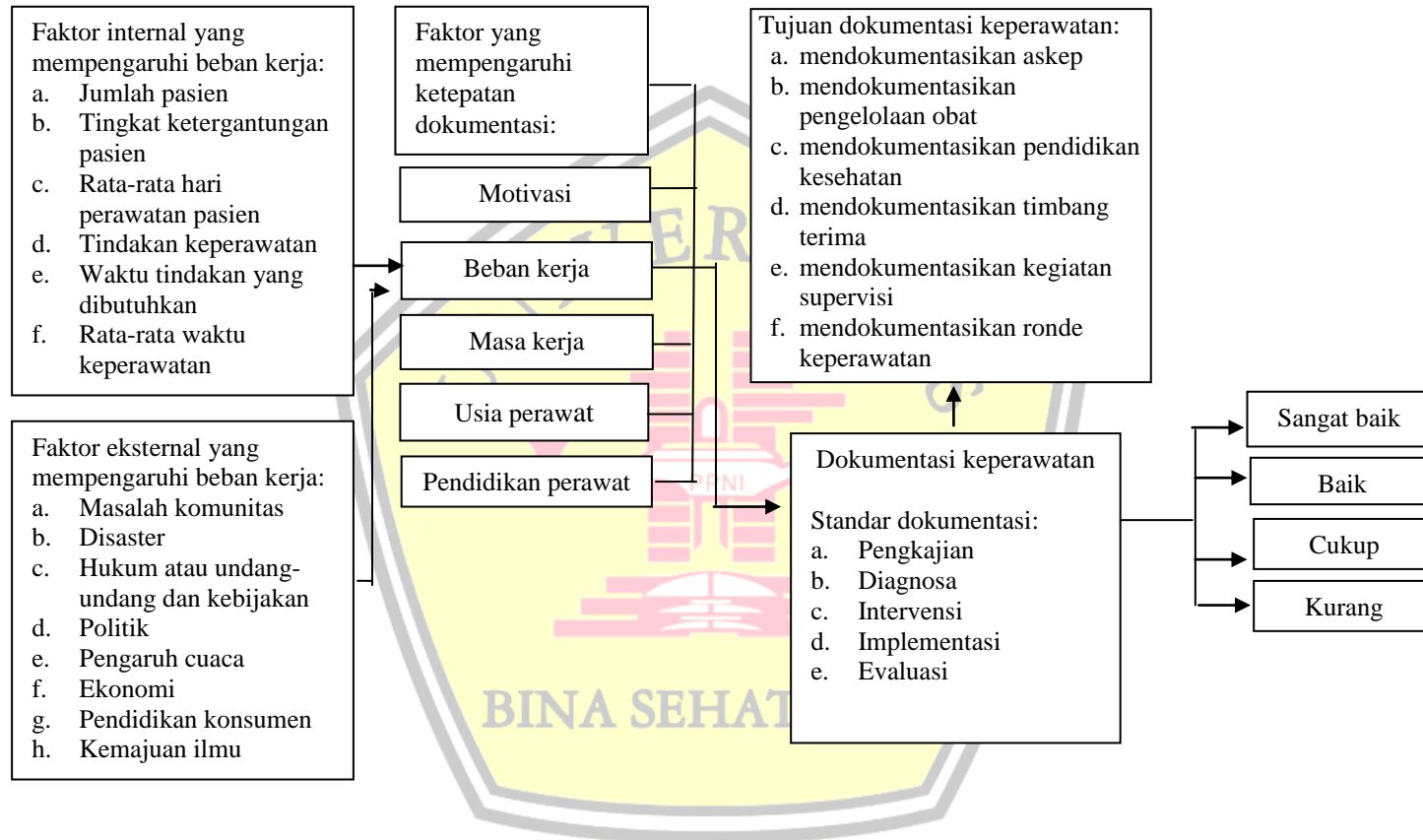
Persentase masing-masing aspek selanjutnya diinterpretasikan sebagai berikut

(Azizah, 2012):

- e. Sangat baik bila 81-100% proses keperawatan (pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi) didokumentasikan sesuai standar asuhan keperawatan
- f. Baik bila 61-80% proses keperawatan (pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi) didokumentasikan sesuai standar asuhan keperawatan
- g. Cukup bila 41-60% proses keperawatan (pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi) didokumentasikan sesuai standar asuhan keperawatan
- h. Kurang bila 21-40% proses keperawatan (pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi) didokumentasikan sesuai standar asuhan



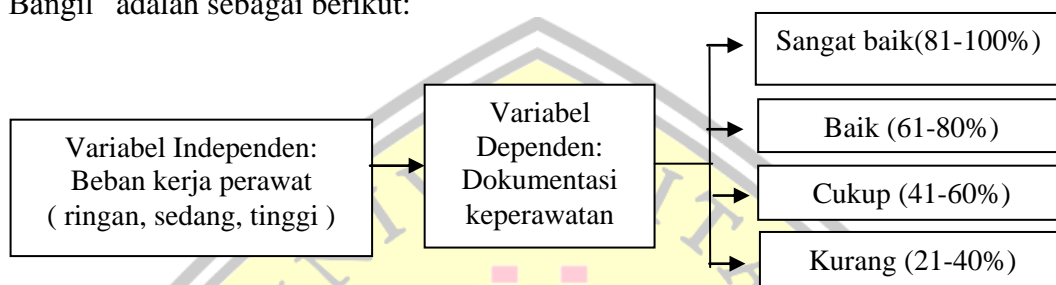
### 2.3 Kerangka Teori



**Gambar 2.1 Kerangka Teori Hubungan Beban Kerja Perawat dengan Ketepatan Dokumentasi Keperawatan (Noorkasiani, 2015; Subekti et al, 2012; Nursalam, 2017; Kurniadi, 2013)**

## 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 Perawat dengan Ketepatan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di di Ruang Melati RSUD Bangil” adalah sebagai berikut:



**Gambar 2. 2 Kerangka Konsep Hubungan Beban Kerja Perawat dengan Ketepatan Dokumentasi Keperawatan di di Ruang Rawat Inap RSUD Bangil**

Dilihat dari gambar 2.2 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. Menurut Hurst (2005) dalam (Amalia et al., 2018) 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.

## **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, 2017b).

Menurut (Notoatmodjo, 2012) hipotesis adalah jawaban sementara penelitian, patokan duga, atau dalil sementara, yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian. Hipotesis pada penelitian ini adalah:

H1 : Ada hubungan antara beban kerja perawat dengan ketepatan dokumentasi keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Bangil

