

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kinerja Perawat

1. Pengertian Kinerja

Mangkunegara (2021) menjelaskan bahwa kinerja adalah hasil kerja baik secara kualitas maupun kuantitas yang dicapai seseorang dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan. Sementara itu, Robbins & Judge (2022) menambahkan bahwa kinerja dipengaruhi oleh motivasi, kemampuan, dan persepsi terhadap peran yang dimiliki individu. Dalam konteks keperawatan, kinerja perawat mencerminkan sejauh mana perawat mampu melaksanakan asuhan keperawatan sesuai standar profesi, kode etik, dan kebijakan rumah sakit.

Kinerja merupakan gambaran mengenai tingkat pencapaian pelaksanaan suatu program kegiatan atau kebijakan dalam mewujudkan sasaran, tujuan, visi dan misi organisasi yang dituangkan melalui perencanaan strategis suatu organisasi. Kinerja juga dapat diartikan mendorong unit manajerial untuk bekerja baik secara kualitas maupun kuantitas, dimana pimpinan melakukan pengawasan terhadap tugas yang dilakukan bawahan dan memberikan kompensasi kepada bawahan agar dapat bekerja secara efektif (Moeheriono, 2020).

2. Prinsip Kinerja Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Prinsip kinerja dokumentasi asuhan keperawatan menurut Eriyani (2020) meliputi beberapa hal berikut:

1. Dokumentasi merupakan bagian integral dari pelaksanaan asuhan keperawatan.
2. Dokumentasi dilakukan secara konsisten dan berkesinambungan.
3. Pelaksanaan dokumentasi harus sesuai format yang tersedia.

4. Dokumentasi hanya ditulis oleh perawat yang melakukan tindakan atau observasi langsung kepada pasien.
5. Pencatatan dilakukan sesegera mungkin setelah tindakan diberikan.
6. Pendokumentasian disusun secara kronologis.
7. Singkatan yang digunakan harus istilah umum dan seragam.
8. Wajib mencantumkan tanggal, jam, tanda tangan, dan inisial penulis.
9. Dokumentasi harus akurat, benar, lengkap, jelas, ringkas, dan mudah dibaca.

3. Fungsi Kinerja Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Menurut Saraswasta, Hariyati, & Fatmawati (2020), kualitas dokumentasi keperawatan menunjukkan akurabilitas perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Dari pernyataan tersebut, fungsi dokumentasi keperawatan dapat dijabarkan sebagai berikut:

1. Sebagai alat komunikasi antar perawat dan tim kesehatan lain mengenai kondisi pasien.
2. Sebagai bukti tanggung jawab profesional bahwa tindakan keperawatan telah dilakukan.
3. Sebagai dasar evaluasi mutu pelayanan keperawatan di ruangan.
4. Sebagai perlindungan hukum bagi perawat dan pasien.
5. Sebagai sumber data administrasi dan penelitian untuk pengembangan pelayanan.
6. Sebagai pedoman kesinambungan asuhan keperawatan dari shift ke shift

4. Proses Kinerja Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Tahapan Proses Kinerja Dokumentasi Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Perawat mengumpulkan data pasien secara lengkap, meliputi data biologis, psikologis, sosial, dan spiritual, lalu mencatat hasil pengkajian secara akurat.

2. Diagnosa Keperawatan

Data yang diperoleh dianalisis untuk menentukan masalah keperawatan pasien, kemudian ditulis sesuai standar diagnose keperawatan.

3. Perencanaan

Perawat menyusun tujuan dan intervensi keperawatan yang akan dilakukan sesuai kebutuhan pasien, lalu mendokumentasikannya secara jelas.

4. Implementasi

Semua tindakan keperawatan yang telah dilakukan dicatat lengkap, termasuk waktu pelaksanaan dan respons pasien.

5. Evaluasi

Perawat menilai hasil tindakan keperawatan, apakah tujuan tercapai atau belum, kemudian menuliskan perkembangan kondisi pasien

5. Sistem Kerja Dokumentasi Dalam Memasukkan Asuhan Keperawatan

Komponen Sistem Kinerja Dokumentasi Asuhan Keperawatan

1. Input

Meliputi sumber daya yang mendukung dokumentasi, seperti:

- a. Tenaga perawat yang kompeten
- b. Pengetahuan dan keterampilan dokumentasi
- c. Format atau aplikasi dokumentasi
- d. Sarana prasarana (komputer, formulir, jaringan)

2. Proses

Pelaksanaan pendokumentasian berdasarkan tahapan proses keperawatan:

- a. Pengkajian
- b. Diagnosa keperawatan
- c. Perencanaan
- d. Implementasi
- e. Evaluasi

3. Output

Hasil dokumentasi yang diharapkan, yaitu:

- a. Catatan lengkap dan akurat
- b. Tepat waktu
- c. Mudah dibaca
- d. Sesuai standar rumah sakit/profesi

4. Kontrol / Evaluasi

Sistem penilaian mutu dokumentasi melalui:

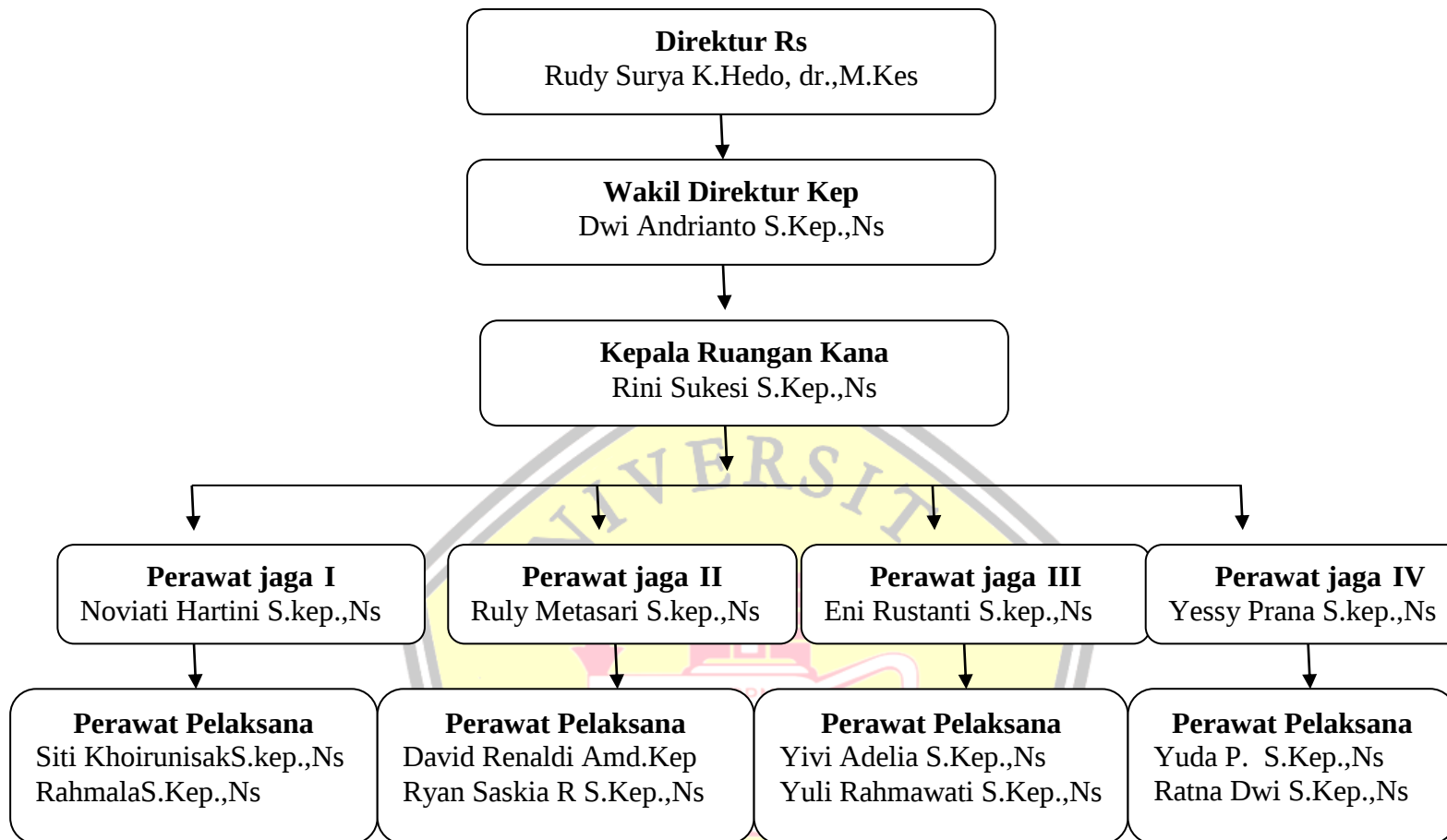
- a. Supervisi kepala ruangan
- b. Audit dokumentasi
- c. Monitoring kepatuhan perawat
- d. Umpan balik dan pelatihan

Menurut Nursalam (2020), Sistem dokumentasi keperawatan merupakan bagian dari sistem pelayanan keperawatan yang digunakan untuk mencatat seluruh proses keperawatan sebagai bentuk tanggungjawab profesional perawat.

Indikator Kinerja Dokumentasi

- a. Kelengkapan pengisian dokumen
- b. Ketepatan waktu pencatatan
- c. Keakuratan data
- d. Kepatuhan terhadap standar operasional prosedur (SOP)
- e. Kontinuitas pencatatan antar shift

6. Struktur Organisasi Rs



7. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kinerja

Kinerja dipengaruhi oleh tiga faktor, yaitu: (Kusnandi, 2022).

1) Faktor individu

Faktor ini berasal dari dalam diri individu itu sendiri, yang meliputi kemampuan, keterampilan, latar belakang keluarga, pengalaman kerja, tingkat social dan demografi.

2) Faktor psikologi

Faktor-faktor psikologi meliputi persepsi, peran, sikap, kepribadian, motivasi, lingkungan kerja dan kepuasan kerja.

3) Faktor organisasi

Faktor ini berasal dari luar individu, diantaranya adalah struktur organisasi, desain pekerjaan, kepemimpinan dan imbalan yang diterima karyawan.

Kinerja karyawan juga dipengaruhi oleh kepemimpinan yang efektif dan juga melibatkan motivasi. Dengan demikian kinerja perawat dipengaruhi oleh factor individu, psikologi, organisasi, kepemimpinan dan motivasi.

8. Indikator Pengukuran Kinerja Perawat

Menurut Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes, 2020), kinerja perawat diukur melalui standar pelaksanaan Asuhan Keperawatan, yang meliputi:

Penjabaran masing-masing standar meliputi:

a. Standar I : Pengkajian keperawatan

- a) Mencatat data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian.
- b) Data di kelompokkan (*bio-psiko-sosial-spiritual*).
- c) Data dikaji sejak pasien datang sampai pulang.
- d) Masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan.

b. Standar II : diagnosa keperawatan

- e) Diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan.
- f) Dignosa keperawatan mencerminkan PE/PES.
- g) Merumuskan diagnose keperawatan actual/potensial

c. Standar III : perencanaan keperawatan

- h) Berdasarkan diagnosa keperawatan
- i) Rumusan tujuan mengandung komponen pasien/subjek, perubahan perilaku, kondisi pasien dan criteria waktu.
- j) Rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat

perintah, terinci dan jelas.

- k) Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien/keluarga.

d. Standar IV : Implementasi/ tindakan keperawatan

- l) Tindakan dilaksanakan mengacu pada rencana keperawatan.
- m) Perawat mengobservasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan.
- n) Revisi tindakan berdasar evaluasi.
- o) Semua tindakan yang telah dilaksanakan dicatat dengan ringkas dan jelas.

e. Standar V : evaluasi keperawatan

- p) Evaluasi mengacu ada tujuan
- q) Hasil evaluasi dicatat

f. Standar VI : dokumentasi asuhan keperawatan

- r) Menulis pada format yang baku.
- s) Pencatatan dilakukan sesuai tindakan yang dilaksanakan.
- t) Perencanaan ditulis dengan jelas, ringkas, istilah yang baku dan benar.
- u) Setiap melaksanakan tindakan, perawat mencantumkan paraf/nama jelas, tanggal dilaksanakan tindakan.
- v) Dokumentasi keperawatan tersimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Berdasarkan uraian di atas, maka dapat disimpulkan bahwa kinerja perawat merupakan hasil kerja yang dicapai perawat dalam melaksanakan tugas dan tanggungjawab yang diberikan oleh rumah sakit kepada dirinya yang dapat diukur dengan pelaksanaan asuhan keperawatan.

B. Dokumentasi Asuhan Keperawatan Berbasis Elektronik

1. Pengertian Dokumentasi

Dokumentasi keperawatan adalah catatan tertulis atau elektronik yang berisi seluruh proses asuhan keperawatan mulai dari pengkajian hingga evaluasi. Menurut Potter & Perry (2021), dokumentasi berfungsi sebagai sarana komunikasi antar tim kesehatan, bukti legal tindakan keperawatan, dasar evaluasi mutu pelayanan, serta data untuk penelitian dan pendidikan.

Nursalam (2021) menegaskan bahwa dokumentasi keperawatan harus mencerminkan penerapan proses keperawatan secara lengkap, akurat, jelas, ringkas, dan tepat waktu.

2. Dokumentasi Asuhan Keperawatan Elektronik

Dokumentasi asuhan keperawatan berbasis elektronik merupakan bentuk inovasi dalam pengelolaan informasi keperawatan. Menurut Nursalam (2021), system dokumentasi elektronik bertujuan untuk meningkatkan efisiensi, akurasi, dan keamanan data pasien. Melalui media elektronik, proses pencatatan dapat dilakukan secara real-time, mudah diakses, dan terintegrasi dengan tim kesehatan lainnya.

Penerapan system *Electronic Nursing Record* (ENR) atau bagian dari *Electronic Medical Record* (EMR) menuntut perawat memiliki kompetensi digital, kemampuan literasi teknologi, dan pemahaman mendalam tentang standar asuhan keperawatan. Kegagalan dalam penggunaan sistem ini dapat menyebabkan data tidak lengkap atau tidak valid, yang berpengaruh terhadap kualitas asuhan keperawatan dan keselamatan pasien (Saputra & Lestari, 2022).

3. Keuntungan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Elektronik

Penerapan dokumentasi asuhan keperawatan berbasis elektronik atau Electronic Nursing Record (ENR) memberikan berbagai keuntungan baik bagi perawat, pasien, maupun manajemen rumah sakit. Menurut Nursalam (2021), ENR meningkatkan efisiensi dan akurasi pencatatan data keperawatan melalui sistem digital yang terintegrasi. Hal ini membuat seluruh proses pengumpulan, penyimpanan, dan pertukaran informasi pasien menjadi lebih cepat dan tepat. Selanjutnya, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI, 2022) menegaskan bahwa dokumentasi keperawatan berbasis elektronik merupakan bagian penting dari transformasi digital rumah sakit untuk meningkatkan mutu layanan dan keselamatan pasien. Sistem ini memungkinkan data pasien disimpan secara terpusat sehingga dapat diakses oleh berbagai tenaga kesehatan sesuai kebutuhan.

a. Akses data real-time dan terintegrasi antar unit.

Dokumentasi elektronik memungkinkan data pasien diperbarui dan diakses secara real-time, sehingga seluruh tim kesehatan (perawat, dokter, ahli gizi, dan farmasis) dapat memantau kondisi pasien secara bersamaan. Integrasi ini meningkatkan koordinasi antar unit pelayanan dan mengurangi keterlambatan dalam pengambilan keputusan klinis (Saputra & Lestari, 2022). Selain itu, menurut Sari & Puspitasari (2021), akses real-time membantu mencegah kesalahan komunikasi antar shift perawat karena data pasien selalu diperbarui secara otomatis di sistem.

b. Mengurangi risiko kehilangan atau duplikasi data.

Dalam dokumentasi manual berbasis kertas, risiko kehilangan, kerusakan, atau duplikasi data relative tinggi. Dengan sistem elektronik, seluruh catatan pasien tersimpan dalam server dan data base yang dilengkapi sistem keamanan berlapis (*multi-layer security*). Nugroho & Dewi (2020) menjelaskan bahwa penerapan Electronic Health Record (EHR) dapat menurunkan risiko kehilangan data hingga 70% karena

sistem memiliki fitur backup otomatis dan audit trail yang mencatat setiap aktivitas pengguna. Hal ini mendukung prinsip traceability dan accountability dalam praktik keperawatan.

c. Mempercepat proses pelaporan dan audit keperawatan.

Menurut Kemenkes RI (2022), system dokumentasi elektronik mempermudah proses pelaporan kegiatan keperawatan karena data tersusun secara otomatis dalam format laporan yang sesuai dengan kebutuhan rumah sakit dan akreditasi (SNARS maupun JCI). Rahmawati et al. (2023) juga menambahkan bahwa audit keperawatan dapat dilakukan dengan lebih efisien karena sistem dapat menampilkan indikator mutu, tingkat kepatuhan perawat terhadap standar, serta kelengkapan dokumentasi secara langsung tanpa harus memeriksa berkas manual. Dengan demikian, proses monitoring dan evaluasi mutu pelayanan menjadi lebih cepat, transparan, dan akurat.

d. Memudahkan analisis mutu pelayanan.

Dokumentasi keperawatan berbasis elektronik menyediakan data base yang dapat diolah secara statistik untuk menilai mutu pelayanan keperawatan, tingkat kepatuhan prosedur, serta hubungan antara tindakan keperawatan dan hasil pasien. Menurut Potter & Perry (2021), data yang tersimpan dalam sistem elektronik dapat digunakan untuk melakukan evidence-based practice (EBP) dan continuous quality improvement (CQI) di rumah sakit. Selain itu, Sari et al. (2023) menjelaskan bahwa data digital dari dokumentasi keperawatan dapat dianalisis secara otomatis menggunakan system analitik (data mining atau dash board mutu), yang membantu manajemen rumah sakit dalam mengambil keputusan strategis untuk peningkatan pelayanan.

e. Peningkatan Efisiensi dan Produktivitas Kerja Perawat

Nursalam (2021) menyebutkan bahwa dokumentasi elektronik mengurangi waktu pencatatan manual sehingga perawat dapat lebih fokus pada pemberian asuhan langsung kepada pasien. Pencatatan otomatis, fitur “template tindakan”, dan sistem “*auto-complete*” mempercepat pengisian data tanpa mengurangi kualitas informasi. Penelitian oleh Yuliana et al. (2023) menunjukkan bahwa penerapan sistem ENR di rumah sakit tipe B meningkatkan efisiensi kerja perawat sebesar 25–35%, karena waktu yang biasanya digunakan untuk menulis laporan manual dapat dialihkan untuk kegiatan klinis.

f. Menjamin Keamanan dan Kerahasiaan Data Pasien

Salah satu keunggulan utama sistem dokumentasi elektronik adalah penerapan sistem keamanan data, seperti autentikasi pengguna, hak akses terbatas, dan enkripsi informasi pasien. Menurut World Health Organization (WHO, 2021), sistem pencatatan medis elektronik wajib memenuhi standar keamanan dan perlindungan data sesuai regulasi privasi pasien (misalnya GDPR atau ISO 27799:2016 tentang keamanan informasi kesehatan). Hal ini penting untuk menjaga kerahasiaan (confidentiality) dan integritas data pasien di lingkungan rumah sakit.

4. Tahapan atau Cara Pengisian Dokumentasi Elektronik

Menurut WHO (2021) dan Kementerian Kesehatan RI (2022), tahapan pengisian dokumentasi elektronik meliputi:

- a. Login dan autentikasi pengguna yaitu perawat masuk ke sistem menggunakan akun pribadi untuk menjaga keamanan data.
- b. Input data pengkajian pasien yaitu mencatat identitas, data subjektif, dan objektif pasien.
- c. Penetapan diagnose keperawatan yaitu memilih diagnose sesuai NANDA-I atau standar nasional.
- d. Perencanaan tindakan yaitu memilih intervensi dari daftar standar (NIC).
- e. Implementasi yaitu mencatat tindakan yang dilakukan secara real-time.

- f. Evaluasi hasil yaitu mencatat perubahan kondisi pasien dan rencana tindak lanjut.
- g. Verifikasi dan penyimpanan data yaitu system secara otomatis menyimpan dan mengarsipkan catatan dalam basis data rumah sakit.

5. Instrumen Pengukuran Kinerja Dokumentasi Keperawatan

Kinerja dokumentasi keperawatan dapat diukur menggunakan instrumen yang menilai kelengkapan, ketepatan, dan ketepatan waktu dokumentasi.

Menurut Yuliana et al. (2023), indikator kinerja dokumentasi meliputi:

- a. Kelengkapan pengisian: seluruh komponen proses keperawatan tercatat.
- b. Ketepatan isi: data sesuai dengan kondisi pasien dan standar format.
- c. Ketepatan waktu: pencatatan dilakukan segera setelah tindakan.
- d. Keterbacaan dan kejelasan data: informasi mudah dipahami.
- e. Kepatuhan terhadap standar dan prosedur (SPO).
- f. Keamanan dan kerahasiaan data pasien.

Instrumen ini biasanya menggunakan lembar observasi atau checklist audit dokumentasi, dengan skala penilaian 1–4 atau 1–5 (misal: sangat kurang- sangat baik).

C. Standar Dokumentasi (3S)

Standar dokumentasi keperawatan di Indonesia mengacu pada sistem 3S, yaitu SDKI, SIKI, dan SLKI yang dikembangkan oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). Ketiga standar ini digunakan secara terintegrasi dalam proses keperawatan untuk menjamin kualitas pelayanan yang sistematis, terstandar, dan berbasis bukti.

1. SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia)

SDKI merupakan standar yang digunakan oleh perawat dalam menetapkan diagnosis keperawatan berdasarkan hasil pengkajian pasien. Diagnosis keperawatan adalah keputusan klinis tentang respons individu, keluarga, atau masyarakat terhadap masalah kesehatan aktual maupun potensial.

SDKI bertujuan untuk:

- a. Menyeragamkan bahasa diagnosis keperawatan
- b. Meningkatkan ketepatan identifikasi masalah pasien
- c. Memudahkan komunikasi antar tenaga kesehatan
- d. Menjadi dasar dalam penyusunan intervensi keperawatan

Diagnosis keperawatan dalam SDKI umumnya terdiri dari komponen:

- a. Problem (masalah)
- b. Etiologi (penyebab)
- c. Signs and Symptoms (tanda dan gejala)

Dengan penggunaan SDKI, perawat diharapkan mampu menetapkan diagnosis secara akurat dan sesuai dengan kondisi pasien.

2. SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia)

SIKI merupakan standar yang digunakan dalam merencanakan dan melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan diagnosis yang telah ditetapkan. Intervensi keperawatan adalah segala tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk mengatasi masalah kesehatan pasien.

Tujuan penggunaan SIKI : Menyusun rencana tindakan yang sistematis dan terarah, Menjamin kesesuaian tindakan dengan diagnosis keperawatan, Meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelayanan keperawatan, Menjadi pedoman dalam pelaksanaan asuhan keperawatan

Intervensi dalam SIKI terdiri dari : Observasi (pemantauan kondisi pasien), Terapeutik (tindakan keperawatan langsung), Edukasi (penyuluhan kepada pasien/keluarga) dan Kolaborasi (kerjasama dengan tenaga kesehatan lain). Dengan adanya SIKI, tindakan keperawatan

menjadi lebih terstruktur dan dapat dipertanggungjawabkan secara profesional.

3. SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia)

SLKI merupakan standar yang digunakan untuk menilai hasil atau luaran dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Luaran keperawatan adalah perubahan kondisi pasien setelah diberikan intervensi keperawatan.

Tujuan SLKI: Menilai keberhasilan tindakan keperawatan, Mengukur perubahan status kesehatan pasien, Menjadi dasar evaluasi dan tindak lanjut, Meningkatkan mutu pelayanan keperawatan

Komponen dalam SLKI meliputi: Indikator luaran (parameter yang dinilai), Kriteria hasil (tingkat pencapaian), Skala penilaian (misalnya 1–5 dari buruk hingga baik) Dengan SLKI, evaluasi keperawatan menjadi lebih objektif, terukur, dan sistematis.

6. Integrasi SDKI, SIKI, dan SLKI (3S)

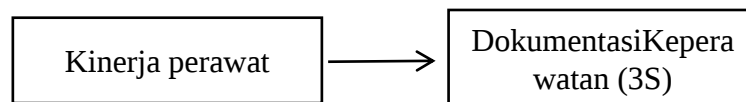
Ketiga standar ini digunakan secara berkesinambungan dalam proses keperawatan, yaitu:

- a. SDKI menentukan masalah (diagnosis)
- b. SIKI menentukan tindakan (intervensi)
- c. SLKI menilai hasil (evaluasi)

Sehingga, penerapan 3S dapat meningkatkan kualitas dokumentasi keperawatan serta menjamin pelayanan yang profesional dan berbasis standar nasional.

D. Kerangka Konsep

Kerangka konsep merupakan gambaran hubungan antara variabel yang diteliti berdasarkan teori yang mendasari penelitian. Dalam penelitian ini, kerangka konsep menjelaskan hubungan antara kinerja perawat dengan dokumentasi asuhan keperawatan berbasis standar 3S (SDKI, SIKI, SLKI).



Gambar 2. 1 Kerangka Konsep

