

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini disajikan tentang landasan teori yang mendukung penelitian antara lain, yaitu : (1) Konsep Beban Kerja Perawat, (2) Konsep Dokumentasi keperawatan, (4) Kerangka Teori, (5) Kerangka Konseptual, dan (6) Hipotesis Penelitian.

2.1 Konsep Beban Kerja Perawat

2.1.1 Pengertian beban kerja

Beban kerja merupakan keseluruhan tugas dan aktivitas yang harus diselesaikan individu dalam jangka waktu tertentu, yang terbentuk dari tuntutan fisik dan mental akibat jumlah, kompleksitas, serta waktu penyelesaian pekerjaan. (Setiadi Syarli, 2024). Sementara itu, (WHO 2020) melalui pendekatan WISN menekankan bahwa beban kerja perawat merupakan akumulasi dari aktivitas klinis langsung dan aktivitas non-klinis (administratif) yang harus disesuaikan dengan ketersediaan waktu kerja efektif untuk menjaga mutu layanan. Menurut (Hanafiah, 2022) beban kerja adalah tuntutan pekerjaan dan tanggung jawab yang harus ditanggung tenaga kesehatan sesuai dengan jumlah tenaga, jenis tugas, dan kebutuhan pelayanan.

Dari pengertian diatas beban kerja merupakan keseluruhan tuntutan tugas dan tanggung jawab yang harus dipenuhi perawat dalam waktu kerja tertentu, yang terbentuk dari aspek fisik, mental, dan waktu akibat jumlah pekerjaan, kompleksitas pelayanan, serta kebutuhan pasien.

2.1.2 Faktor-faktor yang Memengaruhi Beban Kerja

Menurut (Sigalingging et al., 2025) yang mempengaruhi beban kerja adalah :

1. Faktor Eksternal

Faktor eksternal merupakan faktor yang berasal dari luar individu perawat dan berkaitan langsung dengan sistem serta lingkungan kerja, meliputi:

- a. Tuntutan tugas fisik dan mental, seperti intensitas aktivitas keperawatan, kompleksitas tindakan, tingkat tanggung jawab, dan tekanan waktu dalam pemberian asuhan keperawatan.
- b. Organisasi kerja, yang mencakup pengaturan jam kerja, sistem shift, waktu istirahat, pembagian tugas, kebijakan manajemen, serta standar mutu pelayanan yang ditetapkan oleh rumah sakit.
- c. Lingkungan kerja, meliputi kondisi ruang perawatan, tata letak ruangan, ketersediaan sarana dan prasarana, kelengkapan alat medis, serta karakteristik unit pelayanan.

2. Faktor

Internal

Faktor internal adalah faktor yang berasal dari dalam diri perawat dan berkaitan dengan kondisi individu, yang meliputi:

- a. Faktor somatik, seperti usia, jenis kelamin, kondisi kesehatan, status gizi, serta kapasitas fisik perawat.
- b. Faktor psikologis, seperti motivasi kerja, persepsi terhadap beban tugas, kepuasan kerja, tingkat stres, dan kondisi emosional. Secara keseluruhan, interaksi antara faktor eksternal dan faktor internal menentukan besar kecilnya beban kerja yang dirasakan perawat serta berpengaruh terhadap

kinerja dan kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan

2.1.3 Jenis Beban Kerja Perawat

Menurut (Arruum et al., 2024) jenis beban kerja adalah sebagai berikut :

2.1.3.1 *Beban Kerja Mental*

Dalam konteks keperawatan, beban kerja mental (mental workload) adalah tingkat tuntutan kognitif dan psikologis yang dialami perawat saat menjalankan tugas profesinya. Beban ini mencerminkan jumlah usaha mental yang diperlukan untuk menerima, memproses, menginterpretasi informasi, membuat keputusan, berkonsentrasi, serta merespon kondisi pasien dan situasi klinis yang kompleks (Permana et al., 2020) .

Menurut (Riski, 2021), beban kerja mental cenderung meningkat ketika tuntutan pekerjaan melebihi kapasitas mental perawat yakni kemampuan kognitif dan sumber daya mental yang tersedia untuk menyelesaikan tugas-tugas tersebut. Dalam sebuah studi, beban kerja mental didefinisikan sebagai suatu perbedaan antara kapasitas seseorang dan tuntutan kerja yang harus dilakukan untuk menyelesaikan tugas-tugasnya; apabila tuntutan lebih besar daripada kapasitas, maka muncullah stres kognitif yang menambah beban kerja mental tersebut.

2.1.3.2 *Beban Kerja Fisik*

Beban kerja fisik (physical workload) pada perawat secara akademis merujuk pada jumlah aktivitas tubuh yang dilakukan perawat selama menjalankan tugas klinis, yang melibatkan pergerakan, postur, penggunaan tenaga, serta durasi berdiri atau bergerak tanpa istirahat yang cukup.

Komponen ini mencerminkan tuntutan energi dan kapasitas fisik yang diperlukan untuk menyelesaikan tugas dalam rentang waktu kerja tertentu.

Beban kerja fisik bukan sekadar jumlah jam kerja, tetapi mencakup:

- a. Intensitas aktivitas tubuh (berjalan, mengangkat pasien/alatan, berdiri lama) (Gosak & Stiglic, 2024)
- b. Durasi waktu tugas fisik tanpa jeda istirahat (Rukmana, 2023)
- c. Frekuensi pergerakan atau penggunaan tenaga pada tugas sehari-hari.

2.1.3.3 Beban Kerja Waktu

Beban kerja waktu mencerminkan akumulasi durasi kerja perawat yang digunakan untuk asuhan keperawatan langsung kepada pasien, aktivitas keperawatan tidak langsung dan tugas administratif dan koordinasi klinis. Semakin besar waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan aktivitas tersebut, maka beban kerja perawat dinilai semakin tinggi.

2.1.4 Dimensi Beban kerja Berdasarkan NASA TLX

Berikut beban kerja menurut dimensi NASA TLX (Surendran et al., 2024)

1. Mental Demand (Kebutuhan Mental)

Seberapa banyak kemampuan berpikir yang dibutuhkan dalam pekerjaan, mencakup proses analisis, pengambilan keputusan, mengingat informasi, dan menyelesaikan berbagai permasalahan yang muncul.

2. Physical Demand (Kebutuhan Fisik)

Seberapa besar keterlibatan fisik yang dituntut selama bekerja, seperti melakukan pergerakan tubuh, mengangkat beban, mendorong, menarik, atau berbagai aktivitas lain yang memerlukan pengerahan tenaga.

3. **Temporal Demand (Kebutuhan Waktu)**

Seberapa besar tekanan yang dirasakan akibat keterbatasan waktu dalam bekerja, termasuk seberapa cepat seseorang harus bekerja dan seberapa ketat batas waktu yang harus dipenuhi.

4. **Performance (Tingkat Kinerja)**

Seberapa puas seseorang terhadap hasil pekerjaannya sendiri, yakni penilaian subjektif mengenai apakah tujuan yang telah ditetapkan berhasil dicapai dengan baik atau tidak.

5. **Effort(Usaha)**

Seberapa besar energi, baik secara fisik maupun mental, yang harus dikerahkan seseorang agar dapat menghasilkan kinerja sesuai dengan yang diharapkan.

6. **Frustration Level(Tingkat Frustrasi)**

Seberapa besar ketidaknyamanan emosional yang dirasakan selama bekerja, seperti munculnya rasa stres, cemas, tertekan, atau putus asa sebagai dampak dari tekanan dan tuntutan pekerjaan.

2.1.5 Dampak Beban Kerja

(International Council of Nurses, 2024) Menyebutkan bahwa dampak beban kerja sebagai berikut :

2.1.5.1 Dampak terhadap Perawat

Beban kerja yang berlebihan dapat menyebabkan kelelahan fisik dan mental, penurunan daya tahan tubuh, serta meningkatnya tingkat stres kerja. Dalam jangka panjang, kondisi ini berpotensi menurunkan motivasi kerja, kepuasan kerja, dan kesejahteraan perawat, serta meningkatkan risiko

burnout .

2.1.5.2 Dampak terhadap Kinerja Perawat

Beban kerja yang tidak seimbang dapat mengakibatkan penurunan konsentrasi, ketelitian, dan kecepatan kerja. Hal ini berpotensi meningkatkan kesalahan dalam tindakan keperawatan dan pengambilan keputusan klinis, sehingga kinerja perawat menjadi kurang optimal.

2.1.5.3 Dampak terhadap Kualitas Pelayanan Keperawatan

Tingginya beban kerja dapat menurunkan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan, seperti keterlambatan tindakan, kurangnya waktu untuk komunikasi terapeutik, dan berkurangnya pemantauan kondisi pasien. Kondisi ini dapat berdampak pada kepuasan dan keselamatan pasien.

2.1.5.4 Dampak terhadap Organisasi Pelayanan Kesehatan

Beban kerja yang tinggi dan berkepanjangan dapat meningkatkan angka absensi, turnover perawat, serta menurunkan produktivitas kerja. Hal ini berimplikasi pada efektivitas pelayanan rumah sakit dan pencapaian mutu pelayanan kesehatan secara keseluruhan.

2.1.6 Metode dan Cara Perhitungan Beban Kerja

2.1.6.1 Pengukuran Beban Kerja Menggunakan NASA-TLX

Task Load Index (NASA-TLX) merupakan instrumen pengukuran beban kerja subjektif yang dikembangkan oleh Sandra G. Hart dan Lowell E. Staveland pada tahun 1988. Instrumen ini digunakan untuk mengukur persepsi individu terhadap beban kerja yang dialami selama melaksanakan tugas (Hart & Sta, 1998). NASA-TLX terdiri dari enam dimensi, yaitu:

a. Mental Demand (Kebutuhan Mental)

Mental Demand adalah tingkat aktivitas mental dan kognitif yang diperlukan seseorang dalam menyelesaikan pekerjaannya. Dimensi ini mencakup kegiatan berpikir, mengingat, mengamati, menganalisis, mengambil keputusan, dan memecahkan masalah. Semakin tinggi tuntutan konsentrasi dan pengambilan keputusan dalam pekerjaan, maka semakin tinggi pula kebutuhan mental yang dirasakan. Pada perawat, kebutuhan mental dapat muncul saat melakukan pengkajian pasien, menentukan prioritas tindakan, menginterpretasikan kondisi pasien, serta membuat keputusan klinis secara cepat dan tepat.

b. Physical Demand (Kebutuhan Fisik)

Physical Demand adalah tingkat aktivitas fisik yang diperlukan dalam melaksanakan pekerjaan. Dimensi ini meliputi aktivitas seperti berjalan, berdiri, mengangkat, memindahkan pasien, serta melakukan tindakan keperawatan yang membutuhkan tenaga fisik. Semakin berat aktivitas fisik yang dilakukan selama bekerja, maka semakin tinggi tingkat kebutuhan fisik yang dirasakan oleh perawat.

c. Temporal Demand (Kebutuhan Waktu)

Temporal Demand adalah tingkat tekanan waktu yang dirasakan dalam menyelesaikan pekerjaan. Dimensi ini menggambarkan sejauh mana seseorang merasa dikejar waktu atau harus bekerja dengan cepat untuk memenuhi tuntutan pekerjaan. Pada pelayanan keperawatan, tekanan waktu dapat terjadi ketika jumlah pasien banyak, kondisi pasien memerlukan

penanganan segera, atau terdapat berbagai tugas yang harus diselesaikan dalam waktu yang bersamaan.

d. Performance (Performa Kerja)

Performance merupakan penilaian individu terhadap keberhasilan dirinya dalam menyelesaikan pekerjaan dan mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Dimensi ini menggambarkan tingkat kepuasan seseorang terhadap hasil kerjanya. Pada perawat, performa kerja dapat tercermin dari kemampuan memberikan asuhan keperawatan sesuai standar serta menyelesaikan tugas secara efektif dan tepat waktu.

e. Effort (Usaha)

Effort adalah tingkat usaha yang harus dikeluarkan seseorang, baik secara fisik maupun mental, untuk mencapai performa kerja yang diinginkan. Dimensi ini menunjukkan seberapa keras seseorang harus bekerja agar tugas dapat diselesaikan dengan baik. Semakin besar tenaga, perhatian, dan konsentrasi yang harus dikeluarkan untuk menyelesaikan pekerjaan, maka semakin tinggi tingkat usaha yang dirasakan.

f. Frustration Level (Tingkat Frustrasi)

Frustration Level adalah tingkat perasaan tidak nyaman yang dialami seseorang selama bekerja, seperti stres, cemas, tertekan, jengkel, atau frustrasi. Dimensi ini juga menggambarkan kondisi emosional yang muncul akibat tuntutan pekerjaan. Pada perawat, tingkat frustrasi dapat meningkat ketika menghadapi beban kerja yang tinggi, keterbatasan sumber daya, tekanan waktu, atau kondisi pasien yang kompleks.

2.1.6.2 Pengukuran Metode NASA-TLX

Siska Mayang Sari (2022) menjelaskan bahwa metode NASA-TLX digunakan untuk mengukur beban kerja mental melalui enam dimensi dan dilakukan melalui beberapa tahapan.

a. Pembobotan

Pada tahap ini, responden diminta untuk membandingkan dua dimensi beban kerja secara berpasangan guna mengidentifikasi dimensi yang dianggap lebih berpengaruh terhadap beban kerja mental yang dirasakan. Dari enam dimensi yang dinilai, akan diperoleh sebanyak 15 pasangan perbandingan. Jumlah pemilihan pada setiap dimensi akan dihitung, dan jumlah tersebut menjadi bobot masing-masing dimensi dalam perhitungan akhir.

b. Rating

Responden diminta memberikan penilaian terhadap enam indikator beban kerja mental. Pada tahap ini, setiap responden menggunakan skala 0–100 untuk menggambarkan tingkat beban kerja yang dirasakan selama menjalankan pekerjaannya.

c. Menghitung nilai produk

Nilai produk diperoleh dengan mengalikan skor rating dengan bobot pada masing-masing faktor atau deskriptor. Hasil perhitungan tersebut menghasilkan enam nilai produk yang mewakili setiap indikator, yaitu Mental Demand (MD), Physical Demand (PD), Temporal Demand (TD), Own Performance (OP), Effort (EF), dan Frustration (FR).

Produk = rating x bobot faktor

d. Menghitung Weighted Workload (WWL)

Nilai Weighted Workload (WWL) diperoleh dengan menjumlahkan seluruh nilai produk dari keenam indikator beban kerja mental yang telah dihitung sebelumnya.

$$WWL = \sum \text{Produk}$$

$$WWL = MD + PD + TD + PO + FR + EF$$

e. Menghitung rata rata WWL

Nilai akhir NASA-TLX diperoleh melalui pembagian total WWL dengan total bobot yang digunakan dalam pengukuran, yaitu sebanyak 15.

$$\text{Skor} = \frac{\sum \text{produk}}{15}$$

Berdasarkan teori NASA-TLX yang dikemukakan oleh Hart dan Staveland, Semakin tinggi skor NASA-TLX menunjukkan semakin tinggi beban kerja yang dirasakan responden.

2.2 Konsep Dokumentasi Keperawatan

2.2.1 Pengertian Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan tidak dapat dipisahkan dari rangkaian proses asuhan keperawatan, sebab dokumen inilah yang menjadi catatan tertulis atas seluruh tindakan yang telah diberikan kepada pasien (Gasper et al., 2025). Fungsinya cukup luas, yaitu sebagai media komunikasi antarpetugas kesehatan agar pelayanan tetap berkesinambungan, sebagai dasar dalam melakukan evaluasi klinis,

sekaligus sebagai bentuk pertanggungjawaban profesional dan hukum baik bagi perawat maupun pasien. Karena itulah, proses pendokumentasian dituntut untuk dilakukan secara akurat, lengkap, dan tepat waktu, sehingga setiap intervensi keperawatan yang dilakukan dapat dipertanggungjawabkan secara jelas. Sebaliknya, bila pendokumentasian tidak dijalankan dengan baik, maka tindakan keperawatan yang sudah dilaksanakan akan kehilangan bukti tertulisnya, baik untuk kepentingan pelayanan maupun keperluan hukum di kemudian hari (Nursalam, 2022).

(Kemenkes, 2022) menjelaskan bahwa rekam medis merupakan dokumen yang berisi identitas pasien, hasil pemeriksaan, riwayat pengobatan, tindakan medis, serta berbagai bentuk pelayanan lain yang pernah diberikan. Di dalam rekam medis tersebut, dokumentasi keperawatan menempati posisi yang penting karena mencatat setiap tahap proses keperawatan secara berurutan, mulai dari pengkajian awal, penentuan diagnosis, penyusunan rencana intervensi, pelaksanaan tindakan, sampai pada evaluasi hasil asuhan yang diberikan. Melalui pencatatan yang sistematis ini, dokumentasi keperawatan berperan penting dalam menjaga kesinambungan pelayanan, mendorong peningkatan mutu asuhan keperawatan, sekaligus memperkuat upaya keselamatan pasien.

Berdasarkan uraian tersebut, dapat disimpulkan bahwa dokumentasi merupakan proses pencatatan seluruh tindakan yang dilakukan selama pemberian asuhan keperawatan secara sistematis. Dokumentasi berfungsi sebagai bukti pelaksanaan pelayanan keperawatan serta menjadi sarana komunikasi yang mendukung koordinasi antarperawat dan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan yang berkesinambungan kepada pasien.

2.2.2 Faktor Yang Mempengaruhi Dokumentasi Keperawatan

Faktor yang mempengaruhi dokumentasi keperawatan antara lain (Arruum et al., 2024)

a. Beban kerja

Ketika perawat menanggung beban kerja yang berlebih, kondisi ini kerap memicu kelelahan dan berkurangnya kemampuan berkonsentrasi, yang kemudian berdampak pada kurang lengkapnya pendokumentasian asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien.

b. Motivasi perawat

Motivasi yang tinggi dalam diri perawat terbukti mampu mendorong etos kerja mereka dalam menjalankan pelayanan keperawatan. Hal ini secara langsung memberikan dampak yang positif terhadap pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan, sehingga proses pencatatan yang dihasilkan menjadi lebih komprehensif dan memiliki kualitas yang lebih baik.

c. Usia perawat

Pertambahan usia pada dasarnya berbanding lurus dengan akumulasi pengalaman yang diperoleh seseorang sepanjang perjalanan hidupnya. Perawat yang telah memasuki usia lebih matang umumnya menunjukkan kematangan emosional serta kapasitas berpikir yang lebih tajam, khususnya dalam menjalankan proses pendokumentasian asuhan keperawatan secara lebih baik.

d. Pendidikan perawat

Jenjang pendidikan yang lebih tinggi pada seorang perawat pada umumnya berbanding lurus dengan luasnya pengetahuan, kematangan

keterampilan, serta pola pikir yang lebih analitis dan sistematis. Kondisi tersebut memberikan dampak signifikan terhadap kemampuan perawat dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan secara lebih optimal dan selaras dengan standar yang telah ditetapkan.

2.2.3 Tujuan Dokumentasi Keperawatan

Menurut (Nursalam, 2022) tujuan dokumentasi keperawatan adalah

a. Tujuan utama

Dokumentasi keperawatan merupakan bagian integral dari standar praktik keperawatan profesional yang diarahkan untuk meningkatkan mutu asuhan yang diberikan kepada pasien. Di samping fungsinya dalam menunjang kualitas pelayanan, dokumentasi keperawatan juga memegang peranan strategis dalam upaya penjaminan mutu, pengembangan ilmu melalui kegiatan riset, implementasi nilai-nilai etika profesi, serta sebagai instrumen dalam mengevaluasi kinerja tenaga keperawatan secara menyeluruh.

b. Tujuan khusus

1. Mengidentifikasi kondisi kesehatan dan kebutuhan pasien sebagai dasar dalam perencanaan, pelaksanaan, serta evaluasi asuhan keperawatan.
2. Mencegah terjadinya kesalahan, duplikasi tindakan, dan ketidaklengkapan informasi dalam proses pemberian asuhan keperawatan.
3. Mendukung terciptanya koordinasi dan komunikasi yang efektif antara perawat maupun tenaga kesehatan lainnya melalui pencatatan yang sistematis.
4. Menjamin mutu dan kesinambungan asuhan keperawatan yang diberikan

kepada pasien.

5. Memberikan perlindungan hukum bagi pasien maupun tenaga keperawatan melalui bukti tertulis yang dapat dipertanggungjawabkan. .
6. Melindungi pasien dari risiko tindakan yang tidak sesuai standar atau praktik malapraktik melalui pencatatan yang lengkap dan akurat.

2.2.4 Fungsi Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan memiliki beberapa fungsi penting dalam praktik keperawatan (Wijaya & Koeswandari, 2024), antara lain:

- a. Sebagai catatan tertulis yang mencerminkan mutu dan kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien selama proses perawatan berlangsung.
- b. Sebagai wujud akuntabilitas profesional perawat yang menyelenggaraan pelayanan keperawatan kepada pasien.
- c. Sebagai sumber data dan informasi yang berperan dalam menjamin terpenuhinya hak serta keselamatan individu sepanjang proses penerimaan pelayanan kesehatan.
- d. Sebagai bukti nyata penerapan pedoman dan standar praktik keperawatan dalam pelaksanaan asuhan yang diberikan kepada pasien.
- e. Sebagai basis data yang dapat dimanfaatkan untuk keperluan statistik kesehatan, pengelolaan keuangan, proses pendidikan, serta kegiatan penelitian dalam lingkup ilmu keperawatan.
- f. Sebagai media komunikasi yang menghubungkan sesama perawat maupun antar profesi tenaga kesehatan lainnya dalam pertukaran informasi mengenai

tindakan yang dilakukan dan perkembangan kondisi klinis pasien.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan dokumentasi keperawatan memiliki berbagai fungsi yang mendukung pelaksanaan pelayanan keperawatan. Dokumentasi berperan sebagai bukti kualitas asuhan keperawatan yang telah diberikan serta bentuk pertanggungjawaban profesional dari aspek etika dan hukum. Selain itu, dokumentasi juga berfungsi sebagai sumber informasi untuk melindungi hak pasien, membuktikan penerapan standar praktik keperawatan, dan memfasilitasi komunikasi antar tenaga kesehatan. Data yang tercatat dalam dokumentasi keperawatan dapat dimanfaatkan untuk keperluan statistik, administrasi, pendidikan, penelitian, serta sebagai dasar dalam perencanaan dan pengembangan pelayanan kesehatan pada masa yang akan datang.

2.2.5 Prinsip-prinsip Dokumentasi Keperawatan

- a. Akurat dan Jelas: Informasi harus bebas dari ambiguitas.
- b. Lengkap: Semua tahapan proses keperawatan harus dicatat.
- c. Kronologis dan Sistematis: Mengikuti urutan waktu dan alur proses keperawatan.
- d. Terbaca dan Mudah Dipahami: Baik tulisan tangan atau elektronik harus mudah dibaca.
- e. Rahasia dan Aman: Menjaga kerahasiaan data pasien sesuai etika dan hukum.
- f. Konsisten: Menggunakan format dan bahasa yang seragam (Wahyuni et al., 2024).

2.2.6 Jenis Dokumentasi Keperawatan

- a. Dokumentasi Naratif (Narrative Notes): Bentuk cerita kronologis.

- b. Dokumentasi Berbasis Masalah (Problem-Oriented Medical Record/POMR): Menggunakan SOAP/ SOAPIE/ SOAPIER.
- c. Dokumentasi Terfokus (Focus Charting): Menggunakan format DAR (Data, Action, Response).
- d. Charting by Exception (CBE): Hanya mencatat penyimpangan dari standar normal.
- e. Dokumentasi Berbasis Komputer (Electronic Health Record/EHR): Sistem digitalisasi catatan keperawatan.
- f. Checklist atau Flow Sheet: Untuk pemantauan data secara rutin dan berulang.

2.2.7 Standar Dokumentasi Keperawatan

Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, dokumentasi harus disusun sesuai dengan standar yang telah ditetapkan berikut standar dokumentasi keperawatan (Tampubolon, 2020) .

2.2.7.1 Pengkajian

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.

2.2.7.2 Pengelompokan Data

- 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.

2.2.7.3 *Diagnosis keperawatan*

- a) Status kesehatan dibandingkan dengan standar untuk menentukan kesenjangan.
- b) Diagnosis keperawatan dihubungkan dengan penyebab kesenjangan dan pemenuhan kebutuhan pasien.
- c) Komponen diagnosis terdiri atas P-E-S (Problem-Etiologi-Simptom).

2.2.7.4 *Perencanaan*

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

2.2.7.5 *Intervensi/Implementasi*

Intervensi keperawatan adalah segala tindakan yang direncanakan perawat berdasarkan diagnosis keperawatan (SDKI) untuk mencapai luaran yang telah ditetapkan (SLKI) melalui tindakan keperawatan sesuai standar (SIKI). Sedangkan implementasi keperawatan adalah tahap pelaksanaan nyata dari intervensi yang telah direncanakan.

2.2.7.6 Evaluasi

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

- a. Setiap tindakan keperawatan dilakukan evaluasi
- b. Evaluasi hasil menggunakan indikator perubahan fisiologis dan tingkah laku pasien
- c. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan untuk diambil tindakan selanjutnya
- d. Evaluasi
- e. melibatkan klien dan tim kesehatan lain

2.2.8 Syarat Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan harus memenuhi beberapa syarat agar diperoleh dokumen yang bermanfaat dan dapat dipertanggungjawabkan serta dipertanggungugatkan (Suhartini et al., 2023) yaitu:

1. Kesederhanaan, penggunaan kata-kata yang sederhana, mudah dibaca, mudah dimengerti, dan menghindari istilah yang sulit dipahami.
2. Keakuratan, data yang diperoleh harus benar-benar akurat berdasarkan informasi yang telah dikumpulkan
3. Kesabaran. gunakan kesabaran dalam membuat dokumentasi keperawatan dengan meluangkan waktu untuk memeriksa kebenaran terhadap data klien yang telah atau sedang diperiksa
4. Ketepatan, ketepatan dalam pendokumentasian merupakan syarat yang

mutlak

5. Kelengkapan. pencatatan terhadap semua pelayanan yang diberikan tanggapan perawat/klien.
6. Kejelasan dan keobyektifan. dokumentasi keperawatan memerlukan kejelasan dan keobyektifan dari data-data yang ada bukan merupakan data fiktif dan samar yang dapat menimbulkan kerancuan

2.2.9 Mengukur Dokumentasi Keperawatan

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini merupakan lembar observasi pendokumentasian dari Instrumen A Standar Asuhan Keperawatan Depkes RI 2005. Instrumen tetap dapat digunakan karena item yang dinilai berfokus pada kelengkapan proses keperawatan (pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, evaluasi), bukan pada media pencatatan. 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.

$$\text{Presentase} = \frac{\text{nilai total}}{\text{nilai maksimal}} 100\%$$

Interpretasi

- 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 evaluasi didokumentasikan keperawatan
- d. Kurang bila 21-40% proses keperawatan (pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi) didokumentasikan sesuai standar asuhan

2.3 Dokumentasi Keperawatan berbasis *Electronic Medical Record (EMR)*

2.3.1 Pengertian

Rekam Medis Elektronik (RME) merupakan sistem digital yang memungkinkan penyimpanan dan pengelolaan data kesehatan pasien secara terintegrasi. Melalui sistem ini, berbagai informasi klinis seperti riwayat penyakit, hasil diagnosis, tindakan pengobatan, dan catatan pelayanan kesehatan dapat didokumentasikan serta diakses dengan lebih mudah untuk menunjang proses pelayanan kesehatan (Widayanti, 2023).

Berdasarkan Pasal 3 PMK Nomor 24 Tahun 2022, setiap fasilitas pelayanan kesehatan wajib menyelenggarakan Rekam Medis Elektronik (RME). Kewajiban tersebut berlaku bagi berbagai fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk praktik mandiri tenaga kesehatan, puskesmas, klinik, rumah sakit, apotek, laboratorium kesehatan, dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya yang ditetapkan oleh Menteri Kesehatan (Kemenkes, 2022).

Rekam Medis Elektronik pada dasarnya dirancang sebagai instrumen strategis dalam mewujudkan pengelolaan informasi kesehatan yang lebih efisien melalui pemanfaatan sistem digital yang terintegrasi. Tujuan penerapannya tidak hanya terbatas pada aspek administratif, melainkan mencakup pula penguatan proses pengambilan keputusan klinis, peningkatan koordinasi dan kolaborasi antarprofesi tenaga kesehatan, serta upaya sistematis dalam meminimalkan risiko kesalahan medis yang dapat berdampak pada keselamatan pasien.

2.3.2 Manfaat *Electronic Medical Record* (ERM) terhadap Dokumentasi

Beberapa Manfaat ERM terhadap dokumentasi keperawatan (Igayanti, 2022)

1. Mempermudah pencatatan data pasien.

Electronic Medical Record (EMR) memberikan kemudahan yang signifikan bagi tenaga kesehatan, terutama perawat, dalam menjalankan proses pencatatan data klinis pasien. Seluruh informasi yang relevan dapat dimasukkan secara langsung ke dalam sistem tanpa memerlukan proses pencatatan secara manual yang cenderung memakan waktu dan rentan terhadap kesalahan. Hal ini menjadikan alur dokumentasi keperawatan berlangsung lebih praktis, terstruktur, dan efisien dibandingkan dengan pendekatan konvensional (Ballsy C. A. Pangkey, 2021).

2. Meningkatkan kelengkapan data.

EMR membantu meningkatkan kelengkapan data pasien melalui penggunaan format dan formulir elektronik yang terstruktur. Sistem dapat

mengarahkan pengguna untuk mengisi seluruh komponen yang diperlukan sehingga mengurangi risiko adanya data yang terlewat atau tidak terdokumentasi, sehingga informasi yang tersimpan menjadi lebih komprehensif dan mendukung kontinuitas pelayanan kesehatan.

3. Mempercepat akses informasi.

Penerapan EMR adalah kemampuannya dalam menyajikan informasi klinis pasien secara cepat dan efisien, tanpa mengharuskan tenaga kesehatan melakukan penelusuran berkas fisik yang membutuhkan waktu dan tenaga. Data yang tersimpan dalam sistem dapat ditampilkan dalam rentang waktu yang sangat singkat, sehingga perawat maupun tenaga kesehatan lainnya dapat segera memperoleh informasi yang diperlukan tanpa hambatan administratif yang berarti.

4. Mengurangi kehilangan dokumen.

Penyimpanan data secara elektronik dalam sistem EMR dapat meminimalkan risiko kehilangan, kerusakan, atau tercecernya dokumen rekam medis yang sering terjadi pada sistem berbasis kertas. Data yang tersimpan dalam server atau basis data juga dapat dilindungi melalui sistem pencadangan (backup), sehingga informasi pasien tetap tersedia apabila terjadi gangguan pada dokumen asli.

5. Meningkatkan akurasi dokumentasi.

EMR dapat meningkatkan akurasi dokumentasi karena informasi dicatat secara langsung ke dalam sistem dengan format yang telah ditentukan. Penggunaan sistem elektronik juga membantu mengurangi kesalahan akibat

tulisan tangan yang sulit dibaca, duplikasi data, maupun kesalahan pencatatan lainnya, sehingga kualitas dokumentasi menjadi lebih baik dan dapat dipertanggungjawabkan.

6. Mempermudah koordinasi antar tenaga kesehatan.

EMR memungkinkan berbagai tenaga kesehatan seperti dokter, perawat, apoteker, dan tenaga kesehatan lainnya mengakses informasi pasien yang sama secara bersamaan sesuai kewenangannya. Kemudahan ini mendukung komunikasi dan koordinasi antarprofesi sehingga pelayanan yang diberikan menjadi lebih terintegrasi, efektif, dan berkesinambungan.

1. Peningkatan Efisiensi Alur Kerja

RME mendukung kelancaran alur kerja di fasilitas pelayanan kesehatan dengan memungkinkan berbagai unit layanan mengakses data pasien yang sama secara simultan. Kondisi tersebut berdampak pada berkurangnya duplikasi pencatatan, meningkatnya koordinasi antarprofesi tenaga kesehatan, serta terwujudnya pelayanan yang lebih efektif dan terintegrasi.

2. Peningkatan Mutu dan Keselamatan Layanan

Akses terhadap informasi yang menyeluruh dan mudah dijangkau memungkinkan tenaga kesehatan memberikan penanganan yang lebih tepat sasaran dan berkelanjutan. Pengambilan keputusan yang didasarkan pada data yang valid turut berkontribusi pada peningkatan standar mutu layanan serta perlindungan keselamatan pasien.

2.3.3 Tantangan penggunaan EMR

1. Tingginya Investasi dalam Proses Implementasi

Penerapan EMR secara nyata memerlukan alokasi anggaran yang tidak sedikit, mencakup pengadaan infrastruktur perangkat keras seperti komputer dan server, lisensi perangkat lunak, pembangunan jaringan, hingga biaya pemeliharaan sistem secara berkelanjutan. Kebutuhan finansial ini kerap menjadi hambatan tersendiri, khususnya bagi fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki keterbatasan sumber daya. Di samping itu, penyelenggaraan pelatihan bagi seluruh tenaga kesehatan turut menambah beban biaya yang harus diperhitungkan dalam perencanaan implementasi.

2. Resistensi dari Pengguna

Transisi dari sistem dokumentasi berbasis kertas menuju platform elektronik tidak selalu berjalan mulus, karena sebagian tenaga kesehatan menghadapi kesulitan dalam menyesuaikan diri dengan perubahan tersebut. Faktor-faktor seperti keterbatasan literasi digital, minimnya pengalaman dalam pengoperasian komputer, serta kuatnya kebiasaan menggunakan sistem lama dapat memunculkan sikap penolakan terhadap penerapan RME. Kondisi ini berpotensi menghambat keberhasilan implementasi apabila tidak ditangani melalui pendekatan manajemen perubahan yang terencana.

3. Keamanan dan Perlindungan Privasi Data

Data kesehatan tergolong sebagai informasi yang bersifat rahasia dan memiliki sensitivitas tinggi, sehingga wajib mendapatkan perlindungan menyeluruh dari ancaman akses ilegal, kebocoran informasi, maupun

serangan siber yang semakin canggih. Oleh karena itu, implementasi RME menuntut adanya sistem keamanan yang andal dan berlapis guna menjamin terpeliharanya kerahasiaan serta integritas data pasien dari berbagai potensi ancaman keamanan digital (Aprilia, 2023).

4. Konsistensi dan Kualitas Data

Kualitas informasi yang dihasilkan oleh sistem EMR sangat bergantung pada keakuratan dan kelengkapan data yang dimasukkan oleh pengguna. Kesalahan dalam proses entri data, ketidaklengkapan dokumentasi, maupun keterlambatan pencatatan berpotensi menurunkan reliabilitas informasi klinis yang tersedia. Pada akhirnya, kondisi tersebut dapat memengaruhi ketepatan pengambilan keputusan klinis dan berimplikasi terhadap mutu pelayanan kesehatan yang diterima oleh pasien.

2.3.4 Faktor yang Mempengaruhi penggunaan *Electronic Medical Record* (EMR)

Keberhasilan penerapan *Electronic Medical Record* (EMR) di fasilitas pelayanan kesehatan tidak terlepas dari pengaruh berbagai faktor yang bersumber dari dimensi individu pengguna, organisasi, maupun karakteristik sistem teknologi yang digunakan. Faktor-faktor tersebut secara kolektif menentukan tingkat keberhasilan implementasi EMR sekaligus memengaruhi kualitas dokumentasi klinis yang dihasilkan oleh tenaga kesehatan, khususnya perawat dalam menjalankan praktik asuhan keperawatan (Yanto et al., 2026).

a. Faktor Individu Pengguna

Karakteristik personal pengguna EMR, meliputi tingkat pengetahuan, kecakapan dalam mengoperasikan perangkat komputer, pengalaman kerja, serta orientasi sikap terhadap adopsi teknologi, merupakan determinan penting yang memengaruhi efektivitas penggunaan sistem. Perawat yang memiliki kompetensi teknologi yang memadai cenderung lebih adaptif terhadap sistem EMR, sehingga mampu menghasilkan dokumentasi yang lebih lengkap dan akurat. Sebaliknya, keterbatasan kemampuan dalam mengoperasikan teknologi informasi dapat menjadi penghambat yang signifikan dalam pemanfaatan sistem secara optimal.

b. Pelatihan Pengguna

Pelatihan yang terstruktur dan memadai merupakan salah satu faktor krusial yang menentukan keberhasilan adopsi EMR oleh tenaga kesehatan. Melalui pelatihan yang komprehensif, pengguna dapat membangun pemahaman yang lebih baik terhadap mekanisme operasional sistem, meminimalkan kesalahan dalam proses entri data, serta meningkatkan rasa percaya diri dalam memanfaatkan teknologi tersebut. Dengan demikian, kualitas dan intensitas pelatihan yang diberikan berbanding lurus dengan tingkat penerimaan pengguna terhadap implementasi EMR.

c. Dukungan Manajemen

Komitmen dan dukungan aktif dari pihak manajemen institusi pelayanan kesehatan memegang peranan yang tidak dapat diabaikan

dalam keberhasilan implementasi EMR. Dukungan dimaksud dapat diwujudkan melalui penetapan kebijakan yang mendukung, penyediaan fasilitas yang memadai, pemberian pendampingan teknis secara berkesinambungan, serta pelaksanaan evaluasi berkala terhadap efektivitas penggunaan sistem. Keberadaan dukungan manajerial yang konsisten terbukti mampu meningkatkan motivasi tenaga kesehatan dalam mengoptimalkan pemanfaatan EMR dalam praktik sehari-hari.

d. Ketersediaan Infrastruktur dan Sarana Pendukung

Operasionalisasi EMR secara efektif mensyaratkan tersedianya infrastruktur teknologi yang memadai, mencakup perangkat komputer, konektivitas jaringan internet yang stabil, server yang handal, serta sistem keamanan data yang terstandarisasi. Ketidakcukupan fasilitas teknologi tersebut berpotensi menghambat kelancaran proses dokumentasi elektronik dan pada akhirnya menurunkan efektivitas penerapan EMR dalam mendukung penyelenggaraan pelayanan kesehatan.

e. Beban Kerja Perawat

Tingkat beban kerja yang diemban oleh perawat turut memberikan pengaruh yang nyata terhadap kualitas dan konsistensi dokumentasi dalam sistem EMR. Perawat dengan beban kerja yang tinggi kerap menghadapi keterbatasan waktu dalam menyelesaikan pencatatan, sehingga berpotensi menimbulkan keterlambatan atau ketidaklengkapan dokumentasi yang dapat berdampak pada mutu

asuhan yang diberikan. Sebaliknya, kondisi beban kerja yang lebih proporsional memberikan ruang yang lebih memadai bagi perawat untuk melaksanakan dokumentasi secara lengkap, tepat waktu, dan sesuai dengan standar yang berlaku.

2.4 Hubungan Beban Kerja Perawat dengan Kualitas Dokumentasi Asuhan

Keperawatan

Pada penelitian oleh (April et al., 2024) di RSUD dr. Murjani Sampit ditemukan bahwa sebagian besar perawat memiliki beban kerja berat yaitu sebanyak 45 responden (79%), sedangkan beban kerja sedang sebanyak 12 responden (21%). Pada variabel dokumentasi asuhan keperawatan didapatkan bahwa dokumentasi yang tidak lengkap sebanyak 29 responden (51%) dan dokumentasi lengkap sebanyak 28 responden (49%).

Hasil tabulasi silang menunjukkan bahwa dari 45 perawat dengan beban kerja berat, sebanyak 29 orang (51%) memiliki dokumentasi asuhan keperawatan tidak lengkap dan hanya 16 orang (28%) yang dokumentasinya lengkap. Sementara itu, pada kelompok beban kerja sedang seluruh responden sebanyak 12 orang (21%) memiliki dokumentasi lengkap. Hasil uji statistik Chi-Square menunjukkan nilai p value = 0,003 ($p < 0,05$), sehingga dinyatakan terdapat hubungan yang signifikan antara beban kerja perawat dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan (Oktariq et al., 2022).

Penelitian ini menjelaskan bahwa semakin berat beban kerja yang diterima perawat maka semakin rendah kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan. Tingginya jumlah pasien, ketidakseimbangan rasio perawat dengan pasien,

banyaknya tindakan keperawatan, serta keterbatasan waktu menyebabkan perawat lebih fokus pada tindakan langsung kepada pasien dibandingkan pengisian dokumentasi. Akibatnya dokumentasi sering tidak lengkap, kurang akurat, dan dapat menurunkan mutu pelayanan keperawatan.

Dari kedua jurnal tersebut dapat disimpulkan bahwa mayoritas penelitian menunjukkan adanya kecenderungan bahwa beban kerja yang tinggi dapat memengaruhi kualitas dan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan. Semakin berat beban kerja perawat maka waktu dan konsentrasi untuk melakukan pendokumentasian menjadi berkurang sehingga dokumentasi menjadi tidak lengkap.

Tabel 1 Jurnal Hubungan Beban Kerja Perawat Dengan Kualitas Dokumentasi Asuhan

Keperawatan		
NO	Judul	Hasil
1	Hubungan Beban Kerja Perawat dengan Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Infeksi dan Non Infeksi RSUD dr. Murjani Sampit (April et al., 2024)	Penelitian menggunakan desain korelasional dengan pendekatan cross-sectional terhadap 57 perawat yang dipilih menggunakan simple. Analisis menggunakan uji Chi-Square menunjukkan bahwa 50,9% perawat memiliki beban kerja berat dan 52,6% dokumentasi asuhan keperawatan belum lengkap. Hasil uji statistik menunjukkan $p = 0,000$ ($p < 0,05$), yang berarti terdapat hubungan signifikan antara beban kerja perawat dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan. Temuan ini menunjukkan bahwa semakin tinggi beban kerja, semakin besar risiko dokumentasi asuhan keperawatan menjadi tidak

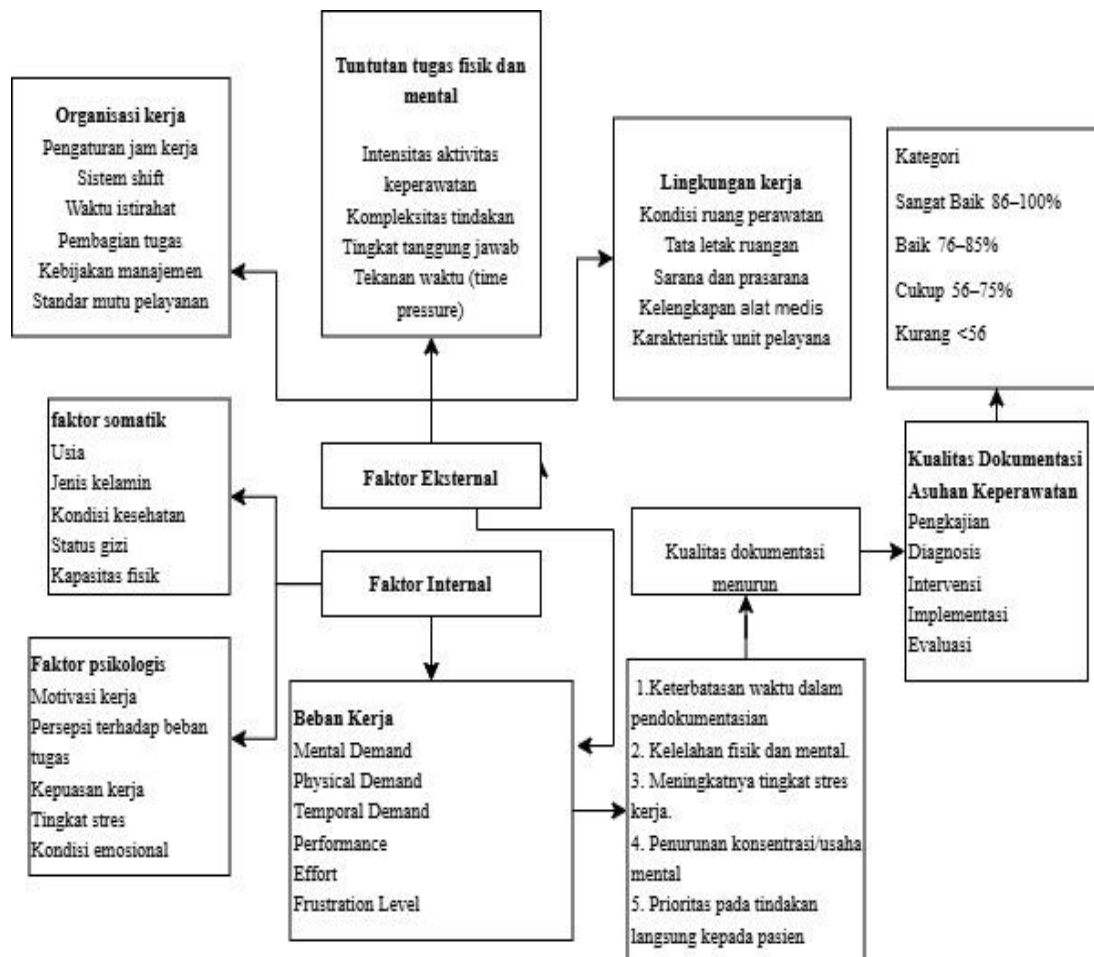
NO	Judul	Hasil
		lengkap.
2	<i>Nursing documentation and its relationship with perceived nursing workload: a mixed-methods study among community nurses</i> (Groot et al., 2022).	Penelitian menggunakan desain <i>convergent mixed-methods</i> dengan populasi 508 perawat komunitas di Belanda. Sampel terdiri dari 195 perawat pada tahap survei menggunakan teknik total sampling dan 28 perawat pada tahap <i>focus group discussion</i> (FGD) menggunakan purposive sampling. Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat menghabiskan rata-rata 26% waktu kerjanya untuk dokumentasi, dengan 55,4% melaporkan sering atau selalu bekerja dengan cepat dan 43,1% merasa memiliki terlalu banyak tugas. Uji Spearman's Rho menunjukkan adanya hubungan positif yang signifikan antara waktu yang dihabiskan untuk dokumentasi administratif dengan beban kerja perawat ($r = 0,20$; $p < 0,01$), yang menunjukkan bahwa semakin banyak waktu untuk dokumentasi, semakin tinggi beban kerja yang dirasakan.

NO	Judul	Hasil
3	<i>the Correlation of Nurse's Workload with Quality of Nursing Care Documentation</i> (Kadir, 2023).	Analitik Kuantitatif, <i>Cross-sectional</i>. Populasi penelitian berjumlah 69 perawat yang bekerja di ruang rawat inap kelas III RSUD dr. Abdul Rivai Berau, dengan sampel sebanyak 40 responden yang dipilih menggunakan teknik purposive sampling. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 60% perawat mengalami beban kerja berat dan 55% memiliki kualitas dokumentasi yang kurang baik. Uji Spearman Rank menghasilkan nilai $p = 0,001$, yang menunjukkan adanya hubungan signifikan antara beban kerja perawat dan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan.
4	Hubungan Beban Kerja Perawat dengan Kualitas Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Demak (Kartikasari et al., 2025)	Observasional Analitik, <i>Cross-sectional</i>. Populasi penelitian terdiri dari seluruh perawat ruang rawat inap dengan sampel sebanyak 14 responden yang dipilih menggunakan teknik total sampling. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 64,3% perawat memiliki beban kerja berat, sedangkan 71,4% memiliki kualitas pendokumentasian yang kurang baik. Analisis menggunakan uji Spearman Rank memperoleh nilai $p = 0,000$ yang menunjukkan adanya hubungan yang signifikan dan sangat kuat antara beban kerja perawat dengan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan.

NO	Judul	Hasil
5	<i>The Relationship Between Workload and Nurse Performance in Nursing Care Documentation: a Cross-Sectional Study</i> (Hubungan Antara Beban Kerja dan Kinerja Perawat dalam Dokumentasi Asuhan Keperawatan: Studi Cross-Sectional) (Rasu, 2024).	Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar perawat memiliki beban kerja ringan (41,7%) dan kinerja dokumentasi yang baik (66,7%). Analisis dipilih menggunakan teknik <i>total sampling</i> , menggunakan uji Chi-Square memperoleh nilai $p = 0,000$ ($p < 0,05$), yang menunjukkan adanya hubungan signifikan antara beban kerja dan kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan.

2.5 Kerangka Teori

Kerangka teori adalah susunan konsep, definisi, dan teori yang digunakan peneliti sebagai dasar untuk menjelaskan hubungan antar variabel dalam penelitian. Kerangka teori membantu peneliti memahami masalah penelitian, menyusun hipotesis, dan menjadi pedoman dalam pembahasan hasil penelitian (Windy & Berfikir, 2024). Kerangka teori penelitian ini disusun berdasarkan teori beban kerja perawat dan teori dokumentasi keperawatan yang menjelaskan bahwa beban kerja yang tinggi dapat memengaruhi kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan.

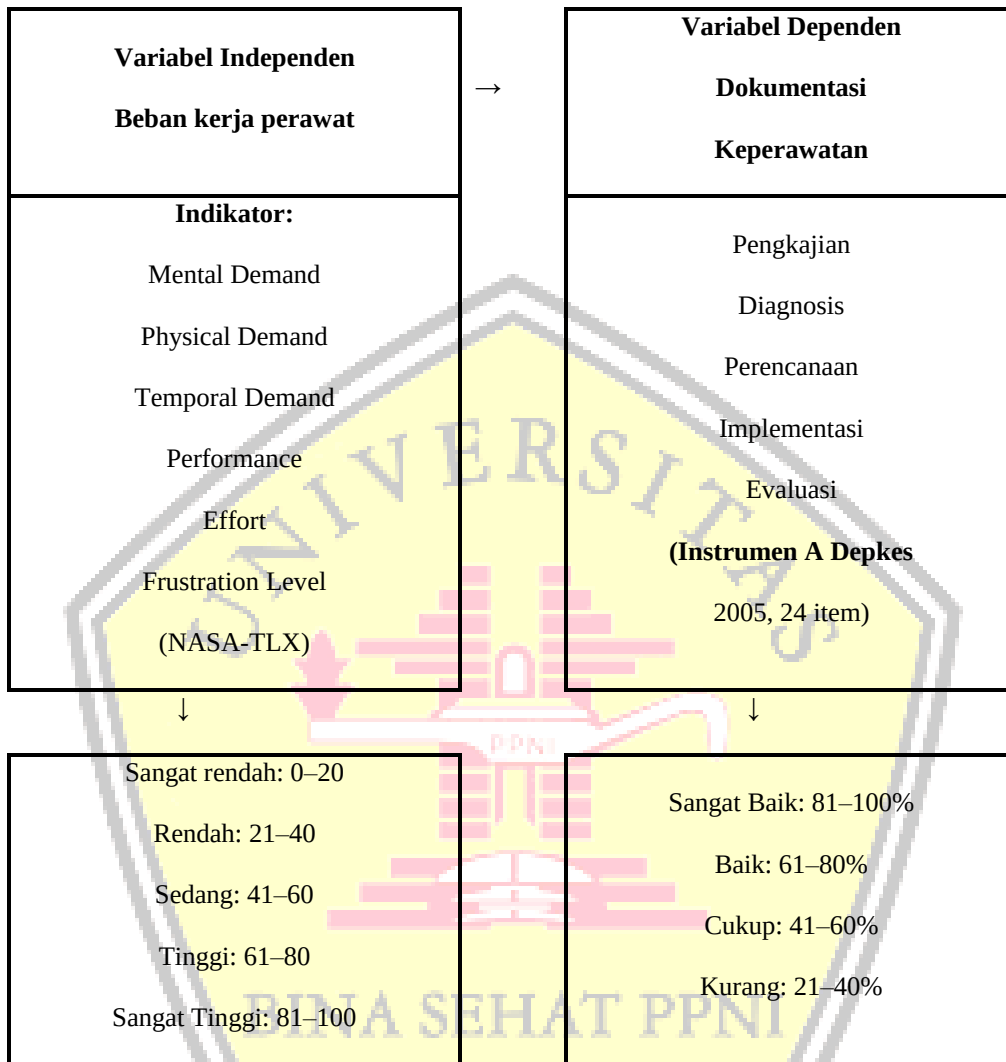


Gambar 2 1 Kerangka Teori Hubungan Beban Kerja Perawat dengan Kualitas Dokumentasi Asuhan Keperawatan. (Permana et al. 2020;Siska Mayang Sari 2022;Oktariq, Sukamto, and Hidayat 2022;Nursalam 2022)

2.6 Kerangka Konseptual

Kerangka konseptual merupakan suatu gambaran mengenai hubungan antarvariabel dalam penelitian yang disusun berdasarkan landasan teori serta temuan penelitian terdahulu. Kerangka ini berfungsi untuk menjelaskan arah hubungan antara variabel yang diteliti, sehingga dapat membantu peneliti dalam merumuskan hipotesis

dan menentukan metode penelitian yang sesuai.



Gambar 2 2 Kerangka konseptual

2.7 Hipotesis Penelitian

Hipotesis berasal dari kata *hupo* dan *tesis*, di mana *hupo* bermakna sementara atau belum memiliki kepastian yang kuat, sedangkan *tesis* berarti pernyataan atau teori. Secara konseptual, hipotesis merupakan suatu proposisi atau anggapan yang bersifat

sementara dan diduga benar, yang digunakan sebagai dasar dalam pengambilan keputusan, pemecahan masalah, maupun sebagai landasan dalam pelaksanaan penelitian lebih lanjut. Anggapan yang dirumuskan sebagai hipotesis dapat dipandang sebagai data awal, namun karena kebenarannya masih bersifat kemungkinan dan belum pasti, maka hipotesis tersebut harus diuji secara empiris melalui pengumpulan dan analisis data hasil observasi sebelum digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan ilmiah (Junaedi & Wahab, 2023).

Adapun hipotesis dalam penelitian ini adalah

H1 : Terdapat hubungan antara tingkat beban kerja perawat dengan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan berbasis Electronic Medical Record (EMR) di ruang rawat inap RSI Sakinah Mojokerto.



