



EVALUASI KELENGKAPAN DOKUMENTASI CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI (CPPT) KEPERAWATAN: STUDI KASUS

Diva Mardevian¹⁾; Yuswardi^{2*)}; Muhammad Yusuf³⁾; Noraliyatun Jannah⁴⁾; Putri Mayasari⁵⁾

¹⁾ diva.b20@mhs.usk.ac.id, Universitas Syiah Kuala

²⁾ yuswardi@usk.ac.id, Universitas Syiah Kuala

³⁾ yoer@usk.ac.id, Universitas Syiah Kuala

⁴⁾ nora@usk.ac.id Universitas Syiah Kuala

⁵⁾ putri.mayasari@usk.ac.id Universitas Syiah Kuala

*corresponding author

Abstract

Integrated Nursing Progress Notes (INPN) documentation is a clinical records tool used to evaluate and monitor nursing care actions continuously to assess patients' health progress. This case study aims to evaluate the completeness of INPN documentation implementation in the neurology ward, dr. Zainoel Abidin Hospital, Banda Aceh. The sample included 168 INPN documents from the neurology ward. Data were collected using an observation sheet with 15 items. Results showed that INPN documentation was 124 incomplete data (73.8%) out of 168 documents. The subjective section had complete data (84.5%), while objective data (86.3%), assessment (93.5%), and planning (100%) were predominantly incomplete. The quality of INPN documentation can be improved through regular supervision and nurse capacity-building via training and workshops.

Keyword: Documentation, Integrated Nursing Progress Notes (INPN), Nurses, SOAP

Abstrak

Dokumentasi Catatan Perkembangan Keperawatan Terintegrasi (CPPT) merupakan alat pencatatan untuk mengevaluasi dan memantau tindakan asuhan keperawatan secara berkelanjutan guna melihat perkembangan kondisi pasien. Studi kasus ini bertujuan mengevaluasi kelengkapan dokumentasi CPPT di Ruang Rawat Inap neurologi RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. Sampel terdiri dari 168 dokumen CPPT. Pengumpulan data menggunakan lembar observasi 15 item. Hasil menunjukkan dokumentasi CPPT tidak lengkap 124 catatan (73,8%) dari 168 dokumen. Bagian subjektif lengkap (84,5%), sedangkan data objektif (86,3%), asesmen (93,5%), dan perencanaan (100%) tidak lengkap. Kualitas dokumentasi CPPT dapat ditingkatkan melalui supervisi berkala dan peningkatan kapasitas perawat melalui pelatihan secara berkelanjutan.

Kata Kunci: Catatan Perkembangan Keperawatan Terintegrasi (CPPT), Dokumentasi, Perawat, SOAP

PENDAHULUAN

Asuhan keperawatan memiliki indikator pelaksanaan yang harus dipenuhi di rumah sakit, dimana dokumentasi keperawatan terstruktur menjadi salah satu indikator bukti laporan perawat atas perkembangan kesehatan pasien (Togubu et al., 2019). Dokumentasi keperawatan menjadi tulang punggung dalam praktik klinis modern, terutama dalam konteks integrasi Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) berbasis bukti (*evidence-based practice*) dan akuntabilitas pelayanan klinis (Massa et al., 2025). Studi global menunjukkan bahwa ketidaklengkapan dokumentasi berpotensi mengganggu kesinambungan perawatan, meningkatkan risiko kesalahan klinis, dan mengurangi akuntabilitas hukum (Mistretta, 2024). Berdasarkan Standar Akreditasi Komisi Akreditasi Rumah Sakit, kelengkapan rekam medis keperawatan, termasuk Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT), menjadi indikator kritis penilaian mutu layanan kesehatan (KARS, 2018).

CPPT berfungsi sebagai alat komunikasi interprofesional, bukti hukum, dan indikator kepatuhan terhadap standar akreditasi rumah sakit (KARS, 2018). Dokumentasi yang



komprehensif memastikan transparansi tindakan keperawatan, memfasilitasi evaluasi berbasis bukti, serta melindungi hak pasien dan tenaga kesehatan (Tajabadi et al., 2020). Kelalaian dalam pendokumentasian dapat menyebabkan tumpang tindih intervensi, ketidakkonsistenan perawatan, dan pelanggaran prinsip *patient safety* (Aeni & Sari, 2023; Saraswasta & Hariyati, 2021).

Catatan Perkembangan Keperawatan Terintegrasi (CPPT) dalam praktik pendokumentasian keperawatan ditemukan belum sepenuhnya dilaksanakan dengan optimal baik didunia maupun di Indonesia. Study awal di RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh mengungkapkan dokumen CPPT tidak sepenuhnya lengkap, terutama pada komponen objektif dan asesmen, yang berimplikasi pada kualitas layanan terpadu (Yuswardi et al., 2020). Temuan ini mengindikasikan masalah sistemik yang memerlukan intervensi struktural, seperti penguatan sistem supervisi dan peningkatan kompetensi klinis (Noviari & Susanti, 2015).

Sebagian besar penelitian terdahulu berfokus pada evaluasi parsial komponen CPPT (misalnya, hanya asesmen atau perencanaan), tanpa menganalisis konsistensi pengisian antar shift atau korelasi antara kelengkapan dokumentasi dengan parameter kinerja rumah sakit. Studi ini menjembatani gap tersebut dengan menginvestigasi implementasi CPPT secara holistik di ruang neurologi, termasuk faktor temporal (pengisian akhir shift) dan dampaknya terhadap koordinasi layanan.

Catatan Perkembangan Keperawatan Terintegrasi (CPPT) merupakan basis informasi bagi pasien tentang tindakan yang telah dilakukan, tindakan yang sedang di rencanakan serta langkah-langkah yang akan dilakukan untuk masa pemulihan (Aeni & Sari, 2023). Ketidaklengkapan dokumentasi CPPT berimplikasi langsung terhadap indikator keselamatan pasien. Dokumentasi yang tidak akurat atau tidak lengkap dapat menyebabkan pengulangan tindakan, pemberian terapi yang tidak sesuai, serta miskomunikasi antar tenaga kesehatan, yang semuanya berkontribusi terhadap risiko insiden keselamatan pasien (Bawuno et al., 2023). Selain itu, ketidaklengkapan dokumentasi menghambat proses evaluasi hasil intervensi, sehingga outcome perawatan seperti waktu pemulihan, kepuasan pasien, dan keberhasilan intervensi tidak dapat dimonitor secara optimal (Riyana & Rahman, 2023).

Berdasarkan hal tersebut ketidaklengkapan pencatatan pada CPPT keperawatan akan berpengaruh pada keakuratan dan kelengkapan dari informasi yang akan diberikan kepada penerima layanan, dan berisiko terjadi kesalahpahaman antara maksud yang ingin disampaikan oleh perawat dengan pemahaman yang diterima oleh pasien. Selain itu, Catatan Perkembangan Keperawatan Terintegrasi (CPPT) keperawatan juga digunakan untuk mengevaluasi dan memastikan kepatuhan terhadap standar kualitas yang ditetapkan oleh lembaga pemberi layanan kesehatan, otoritas kesehatan dan juga terhadap organisasi profesi keperawatan. Dalam melaksanakan layanan kepada pasien kolaborasi antar anggota tim menjadi hal yang penting dalam proses layanan. Catatan Perkembangan Keperawatan Terintegrasi (CPPT) yang tidak lengkap akan berdampak pada menurunnya kualitas layanan yang terkoordinasi antar professional pemberi layanan (Haryono et al., 2019).

Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) yang didokumentasikan oleh perawat harus sesuai dengan kondisi klinis pasien. Secara ideal, dokumentasi tersebut memuat data pengkajian komprehensif, identifikasi masalah, rencana intervensi, implementasi tindakan, dan evaluasi hasil. Namun dalam praktiknya, kelengkapan dokumentasi ini masih belum optimal meskipun pasien telah menjalani perawatan lebih dari 24 jam. Adakalanya juga, waktu pengisian CPPT tidak konsisten sehingga berdampak pada pengisian menjadi dokumentasi menjadi tidak akurat. Selain itu, pengisian dokumen pada diakhir jam dinas membuat pengisian CPPT dilakukan



secara terburu-buru dan penulisannya ditemukan hanya mengulang pengisian CPPT yang dilakukan perawat pada shift sebelumnya.

Untuk memperkuat dasar teoretis studi kasus ini, kami merujuk pada model Donabedian, yang membagi mutu layanan kesehatan menjadi tiga komponen utama: struktur, proses, dan hasil. Dokumentasi keperawatan termasuk dalam elemen *proses*, di mana kelengkapan pencatatan berperan penting dalam menjamin keberlangsungan pelayanan, akurasi diagnosis, serta pengambilan keputusan klinis yang efektif. Proses pendokumentasian yang tidak lengkap berpotensi menyebabkan miskomunikasi, intervensi yang salah arah, serta hasil klinis yang suboptimal. Selain itu, Nursing Process Model juga menempatkan dokumentasi sebagai refleksi langsung dari pelaksanaan asuhan keperawatan berbasis tahapan sistematis, yang pada akhirnya berpengaruh pada outcome pasien. Dengan demikian, kerangka teoretis ini memberikan dasar kuat bagi urgensi evaluasi kelengkapan dokumentasi CPPT sebagai bagian dari upaya peningkatan mutu layanan keperawatan.

METODE

Studi kasus yang digunakan dalam studi kasus ini adalah pendekatan deskriptif observasional. Studi kasus ini bertujuan untuk mengevaluasi kelengkapan dokumentasi Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) keperawatan di ruang rawat inap unit neurologi RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. Pengumpulan data dilakukan pada tanggal selama 5 hari. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh dokumen CPPT keperawatan di ruang rawat inap neurologi, dengan sampel sebanyak 168 dokumen CPPT yang dipilih. Pemilihan ruang neurologi sebagai lokasi studi didasarkan pada tiga kriteria: (1) kompleksitas asuhan yang membutuhkan dokumentasi rinci, (2) temuan awal dokumentasi CPPT Perubahan kondisi klinis yang dinamis yang lebih kompleks dibanding unit lain. Pemilihan kasus ini sesuai dengan prinsip studi kasus deskriptif yang memfokuskan pada konteks spesifik untuk memahami fenomena secara mendalam.

Sampel terdiri dari seluruh dokumen CPPT yang dihasilkan selama 5 hari pengamatan (N=168), mewakili populasi dokumen di ruang neurologi pada periode tersebut. Pemilihan total sampling dilakukan karena sifat studi yang deskriptif dan tujuan untuk mengevaluasi kelengkapan dokumen secara menyeluruh. Data dikumpulkan melalui observasi langsung menggunakan lembar observasi terstruktur yang berisi 15 item pernyataan terkait elemen-elemen penting dalam dokumentasi CPPT. Lembar observasi dikembangkan berdasarkan standar SOAP dan SNARS (2017). Instrumen mencakup 15 item terstruktur: 3 item (Subjektif), 4 item (Objektif), 4 item (Asesmen), dan 4 item (Perencanaan). Observasi dilakukan selama 5 hari berturut-turut pada setiap shift, dengan setiap dokumen CPPT dievaluasi berdasarkan item-item yang ada dalam lembar observasi. Data yang terkumpul dianalisis secara deskriptif kuantitatif menggunakan software komputer untuk menggambarkan tingkat kelengkapan dokumentasi CPPT dalam bentuk tabel frekuensi dan persentase.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Hasil observasi pada pelaksanaan Pendokumentasian CPPT keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh yang tersaji pada tabel sebagai berikut:



Tabel 1. Distribusi Frekuensi Pendokumentasian CPPT Keperawatan (n=168)

	Kategori	Lengkap		Tidak Lengkap	
		f	%	f	%
1	<i>Subjective</i>	142	84,5	26	15,5
2	<i>Objective</i>	23	13,7	145	86,3
3	<i>Assessment</i>	11	6,5	157	93,5
4	<i>Planning</i>	0	0	168	100
CPPT		176		496	
		44	26,1	124	73,8

Sumber: data diolah

Pada tabel diatas menunjukkan bahwa pendokumentasian CPPT keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD dr. Zainoel Abidin adalah 124 CPPT (73,8%) dikategorikan tidak lengkap.

Pembahasan

Pengkajian tentang pelaksanaan dokumentasi CPPT keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD dr. Zainoel Abidin dilakukan selama 5 hari dengan metode observasi CPPT dengan total 15 pernyataan. Jumlah sampel yang digunakan adalah sebanyak 168 dokumen CPPT keperawatan pasien dikaji dalam 3 shift perhari dan dilakukan selama 5 hari di Ruang Rawat Inap RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh. Hasil kajian ini menunjukkan bahwa dokumentasi keperawatan, sebagai salah satu elemen penting dalam fungsi manajerial keperawatan, sangat erat kaitannya dengan pelaksanaan pengawasan atau *Controlling*.

Fungsi pengawasan merupakan proses sistematis untuk membandingkan kinerja dengan standar yang ditetapkan, kemudian melakukan koreksi jika ditemukan penyimpangan. Mekanisme ini penting untuk menjamin kualitas asuhan dan keselamatan pasien (Orozco et al., 2018). Ada banyak faktor yang menjadi penyebab kurang maksimalnya dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan, diantaranya perbedaan persepsi antar perawat, waktu yang tidak memadai, kurangnya pemahaman serta motivasi dalam mendokumentasikan proses keperawatan (Saputra, 2018). Selain itu, masalah pendokumentasian dari sudut pandang perawat dipengaruhi oleh kurangnya pengawasan terhadap dokumentasi yang dilakukan perawat, kemampuan pendokumentasian yang rendah dan tingkat kepercayaan diri perawat yang relatif kurang dalam proses pendokumentasian (Kamil et al., 2018).

Pendokumentasian CPPT Keperawatan pada Bagian *Subjektif*

Hasil dari studi kasus ini menunjukkan bahwa tingkat kepatuhan yang tinggi dalam pendokumentasian aspek subjektif oleh tenaga kesehatan di ruang rawat inap selama periode pengamatan lima hari. Hal ini menunjukkan bahwa mayoritas tenaga kesehatan telah menjalankan tugas dokumentasi sesuai standar. Hasil ini menunjukkan bahwa tingkat pengisian CPPT keperawatan di bagian subjektif cukup baik walaupun belum termasuk dalam kategori lengkap 100%. Dokumentasi CPPT yang lengkap pada bagian subjektif sangat penting karena mencakup keluhan pasien yang diperoleh melalui anamnesis. Kelengkapan ini menunjukkan bahwa perawat telah mematuhi prinsip pendokumentasian berbasis format SOAP (*Subjective, Objective, Assessment, Planning*), yang merupakan standar dalam praktik dokumentasi keperawatan modern. Sebagai alat komunikasi antarprofesi kesehatan, CPPT yang lengkap membantu memastikan kesinambungan perawatan pasien dan mendukung pengambilan keputusan klinis yang lebih baik (Solehudin et al., 2024).

hasil ini sejalan dengan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa dokumentasi keperawatan yang baik mencerminkan profesionalisme dan berfungsi sebagai bukti hukum atas



tindakan keperawatan yang dilakukan (Purwandari et al., 2022). Selain itu, penelitian oleh Kusumaningrum et al. (2019) menekankan pentingnya dokumentasi CPPT dalam meningkatkan kolaborasi interprofesional melalui pencatatan terintegrasi.

Temuan ini memiliki implikasi signifikan terhadap praktik keperawatan, teori, dan kebijakan di rumah sakit. Dalam praktik keperawatan, dokumentasi yang lengkap pada bagian subjektif memungkinkan komunikasi yang lebih efektif antara tenaga kesehatan, sehingga mendukung kesinambungan perawatan pasien. Informasi subjektif yang baik menjadi dasar untuk pengambilan keputusan klinis yang lebih akurat dan aman, sehingga dapat meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan serta keselamatan pasien.

Dari perspektif teori, hasil ini memperkuat metode SOAP (Subjective, Objective, Assessment, Planning) sebagai kerangka kerja standar dalam pendokumentasian keperawatan. Pendekatan ini tidak hanya memastikan bahwa data yang dicatat relevan dan terorganisasi dengan baik tetapi juga mendukung kolaborasi interprofesional. Sebagai bagian dari upaya berbasis bukti (evidence-based practice), kelengkapan dokumentasi subjektif mencerminkan kepatuhan terhadap standar profesional dan peraturan rumah sakit.

Pendokumentasian CPPT Keperawatan pada Bagian *Objektif*

Ketidaklengkapan pendokumentasian pada bagian objektif didominasi pada kurangnya tindakan inspeksi, palpasi, perkusi dan auskultasi ataupun dapat disebut pemeriksaan keperawatan yang dilakukan oleh perawat. Selain itu, kurangnya pencantuman hasil data pemeriksaan penunjang seperti hasil pemeriksaan laboratorium juga mengurangi tingkat kelengkapan pengisian dokumentasi CPPT keperawatan.

Ketidaklengkapan pengisian CPPT, terutama pada bagian objective, dapat disebabkan oleh beberapa faktor. Berdasarkan penelitian sebelumnya, faktor-faktor seperti beban kerja perawat yang tinggi, kurangnya pelatihan terkait dokumentasi, dan rendahnya pengetahuan perawat tentang pentingnya CPPT sering menjadi penyebab utama (Solehudin et al., 2024). Selain itu, persepsi yang berbeda antar perawat terhadap pentingnya dokumentasi juga dapat memengaruhi kelengkapan pengisian (Haqq et al., 2022).

Pengkajian objective dalam dokumentasi CPPT merupakan elemen penting karena memuat data hasil pemeriksaan fisik yang objektif, seperti tanda vital pasien atau hasil pemeriksaan penunjang. Ketidaklengkapan pada bagian ini dapat berdampak pada keakuratan diagnosis dan rencana intervensi keperawatan (Syabanasyah & Solehudin, 2024). Hal ini memberikan indikasi bahwa dokumentasi yang tidak lengkap mencerminkan kurang optimalnya fungsi pengawasan dan evaluasi oleh manajer keperawatan (Seniwati, 2022).

Ketidaklengkapan dokumentasi CPPT memiliki dampak signifikan terhadap kualitas pelayanan kesehatan. Dokumentasi yang tidak lengkap dapat menyebabkan kesalahan dalam pengambilan keputusan klinis, Komunikasi yang buruk antar tim kesehatan, Penurunan kualitas asuhan keperawatan dan kepuasan pasien. Dalam konteks kebijakan rumah sakit, ketidaklengkapan ini juga dapat memengaruhi akreditasi rumah sakit karena dokumentasi medis merupakan salah satu indikator utama penilaian mutu pelayanan kesehatan oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS).

Pendokumentasian CPPT Keperawatan pada Bagian *Assesmen*

Ketidaklengkapan pendokumentasian pada bagian assesmen didominasi pada tingkat ketepatan perawat dalam menuliskan teratasi atau tidak teratasinya sebuah masalah yang dialami oleh pasien. Hal ini mengakibatkan ketidaksesuaian pada proses asuhan layanan yang dilakukan dengan kondisi masalah yang ditulis pada CPPT. Seharusnya masalah harus diurutkan mulai dari masalah belum teratasi, teratasi sebagian sampai kepada teratasi sepenuhnya. Temuan lainnya



menggambarkan ketidakberlanjutan masalah yang dialami pasien, karena proses pencatatan yang tidak konsisten.

Tingginya tingkat ketidaklengkapan pada bagian assessment dapat disebabkan oleh beberapa faktor. Berdasarkan teori dan penelitian sebelumnya, penyebab utama meliputi kurangnya pengetahuan perawat tentang pentingnya dokumentasi CPPT, beban kerja yang tinggi, serta supervisi yang belum optimal. Penelitian Nurhaidah et al. (2016) menunjukkan bahwa kurangnya disiplin dan minimnya pelatihan terkait dokumentasi menjadi faktor signifikan dalam ketidaklengkapan rekam medis.

SNARS (2017) menyatakan bahwa assesmen ulang yang dilakukan perawat akan dicatat dalam lembar CPPT yang dilakukan dengan metode SOAP. Pada bagian asesmen seharusnya perawat mencatat tindakan yang sudah dilakukan, menganalisa adakah munculnya perubahan diagnosa yang dialami pasien serta menentukan apakah suatu tindakan yang sudah dilakukan berpengaruh positif kepada pasien (teratasi) atau tidak (tidak teratasi) sehingga hal ini akan membantu perawat untuk menentukan apakah intervensi yang sudah dilakukan perlu dilanjutkan atau harus dihentikan.

Temuan ini konsisten dengan penelitian di RSUD Haji Makassar yang menunjukkan bahwa hanya 30,6% dokumentasi CPPT dinyatakan lengkap, dengan hubungan signifikan antara pengetahuan perawat dan kelengkapan dokumentasi. Studi Kamil et al. (2018) mengungkapkan bahwa ketidaklengkapan dokumentasi CPPT secara signifikan terkait dengan rendahnya kesadaran klinis (clinical awareness) tenaga kesehatan terhadap nilai hukum dan klinis dari pencatatan yang akurat ($p < 0,05$). Temuan ini didukung oleh Toney-Butler and Thayer (2023) yang menyatakan bahwa masalah dokumentasi yang tidak lengkap bersifat sistemik, memerlukan intervensi multidimensi meliputi pelatihan, perubahan budaya kerja, dan implementasi sistem pendukung elektronik..

Pendokumentasian CPPT Keperawatan pada Bagian *Planning*

Penulisan pada bagian *planning* juga tidak dalam kategori lengkap. Total *planning* yang direncanakan perawat sebanyak 168 plan, ditemukan bahwa tidak ada data *planning* yang diisi secara lengkap (0%) yang dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Pertama, beban kerja tinggi dan alokasi waktu yang terbatas menyebabkan perawat cenderung mendokumentasikan rencana keperawatan secara terburu-buru tanpa memisahkan atau mengurutkannya berdasarkan diagnosis (Kamil et al., 2018). Hal ini berisiko menimbulkan kesalahan prosedur karena ketidakjelasan prioritas intervensi. Kedua, kurangnya pemahaman tentang standar SOAP dan pentingnya perencanaan terstruktur dalam CPPT juga berkontribusi terhadap ketidaklengkapan ini (Yuswardi et al., 2020). Studi oleh (Bunting & de Klerk, 2022) menemukan bahwa tanpa pelatihan berkala, perawat sering mengabaikan komponen *planning* karena menganggapnya sebagai beban administratif, bukan bagian integral dari keselamatan pasien.

Selain itu tidak terdokumentasinya rencana keperawatan yang melibatkan keluarga juga mempengaruhi kelengkapan pada dokumentasi CPPT pada bagian *planning*, sehingga dapat berdampak pada kurangnya keterlibatan pasien/keluarga dalam proses pelayanan keperawatan yang dilakukan perawat. Keluarga merupakan sistem pendukung utama yang terdiri dari individu-individu yang terikat secara emosional dan fungsional, dengan peran krusial dalam memberikan perawatan jangka panjang kepada anggota keluarga yang sakit (Kaakinen et al., 2018). Keluarga dalam proses penyelesaian masalah kesehatan akan senantiasa terlibat bahkan dipengaruhi oleh proses keluarga. Hal ini juga didukung oleh salah satu fungsi keluarga sebagai pemelihara kesehatan serta motivator bagi anggota keluarga lainnya. Studi sistematis oleh Lin et al. (2023)



mengungkapkan bahwa dukungan keluarga merupakan determinan sosial kesehatan yang esensial, dimana perawatan oleh anggota keluarga dapat mengurangi durasi rawat inap hingga 30%.

Pendokumentasian CPPT keperawatan di Ruang Rawat Inap Unit Neurologi

Dokumentasi CPPT merupakan proses pengkajian ulang setelah pengkajian awal dibuat, ditulis dengan menggunakan SOAP berdasarkan Pengkajian S (Subjektif), O (Objektif), A (hasil Analisa), dan P (Perencanaan). Ernawati et al. (2025) menyatakan penyebab tidak lengkapnya berkas rekam medis CPPT adalah karena waktu yang terbatas dan tenaga medis tidak dapat melengkapi berkas rekam medis tersebut. Kepatuhan mengisi dokumentasi CPPT merupakan tolak ukur dari keberhasilan perawat bukan hanya merawat pasien saja sebagai kegiatan langsung, tetapi juga kegiatan tidak langsung yang tidak kalah. De Groot et al. (2022) menyatakan ketidakpatuhan perawat terhadap dokumentasi keperawatan dapat mengakibatkan malpraktek dan duplikasi tindakan keperawatan yang diambil.

Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa rendahnya tingkat pengetahuan perawat tentang CPPT berkontribusi signifikan terhadap ketidaklengkapan dokumentasi. Sebuah studi di RSUD Haji Makassar menemukan bahwa hanya 30,6% dokumentasi dinyatakan lengkap, sementara 69,4% lainnya kurang lengkap, dengan pengetahuan perawat sebagai faktor utama (p -value < 0,05) (Talibo et al., 2024). Selain itu, beban kerja yang tinggi, kurangnya pelatihan, dan supervisi yang tidak efektif juga menjadi penyebab umum ketidaklengkapan dokumentasi (Haqq et al., 2022).

Kelengkapan dokumentasi merupakan bagian dari fungsi pengendalian dan evaluasi dalam proses keperawatan. Pendokumentasian yang tidak lengkap menunjukkan lemahnya implementasi manajemen asuhan keperawatan, khususnya dalam aspek supervisi dan pelatihan staf (Seniwati, 2022). Selain itu, konsep kolaborasi interprofesional menekankan pentingnya dokumentasi terintegrasi untuk mencegah miskomunikasi dan meningkatkan hasil perawatan pasien (Sukawan et al., 2021).

Ketidaklengkapan CPPT memiliki dampak serius terhadap mutu pelayanan kesehatan. Hal ini dapat menyebabkan kesalahan dalam pemberian terapi, pengulangan tindakan medis yang tidak perlu, serta menurunkan kepuasan pasien terhadap layanan kesehatan (Syabanasyah & Solehudin, 2024). Selain itu, ketidaklengkapan ini juga berdampak pada akreditasi rumah sakit karena rekam medis merupakan salah satu indikator utama penilaian mutu pelayanan (Sukawan et al., 2021).

PENUTUP

Hasil evaluasi dokumentasi CPPT keperawatan di ruang rawat inap neurologi RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh menunjukkan adanya masalah sistemik dalam pendokumentasian keperawatan. Dari total 168 dokumen CPPT yang dievaluasi, sebanyak 73,8% atau 124 dokumen dikategorikan tidak lengkap, sementara hanya 26,2% yang memenuhi standar kelengkapan dokumentasi. Temuan ini mengindikasikan perlunya perbaikan menyeluruh dalam sistem dokumentasi keperawatan di rumah sakit tersebut.

Analisis per komponen SOAP menunjukkan variasi tingkat kelengkapan yang signifikan. Komponen subjektif memiliki tingkat kelengkapan tertinggi dengan 84,5% dokumen yang lengkap, menunjukkan bahwa perawat sudah cukup baik dalam mendokumentasikan keluhan dan informasi yang diperoleh langsung dari pasien. Namun, komponen objektif menunjukkan tingkat kelengkapan yang rendah dengan 86,3% dokumen tidak lengkap, terutama dalam hal dokumentasi pemeriksaan fisik seperti inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi, serta minimnya pencantuman hasil pemeriksaan penunjang seperti laboratorium.



Komponen assessment menunjukkan kondisi yang lebih mengkhawatirkan dengan 93,5% dokumen tidak lengkap. Ketidaklengkapan ini terutama terlihat dalam ketidaktepatan perawat menuliskan status masalah pasien, apakah sudah teratasi, teratasi sebagian, atau belum teratasi. Inkonsistensi dalam dokumentasi masalah berkelanjutan juga menjadi temuan penting yang dapat mempengaruhi kontinuitas perawatan pasien.

Kondisi paling kritis ditemukan pada komponen planning, dimana 100% dokumen tidak memenuhi standar kelengkapan. Tidak ada satupun dokumentasi perencanaan yang memenuhi kriteria lengkap, termasuk tidak terdokumentasinya rencana yang melibatkan keluarga sebagai sistem pendukung pasien. Hal ini menunjukkan kurangnya struktur dan prioritas yang jelas dalam perencanaan keperawatan.

Beberapa faktor penyebab ketidaklengkapan dokumentasi telah teridentifikasi, meliputi beban kerja perawat yang tinggi, kurangnya pengetahuan tentang pentingnya dokumentasi CPPT, minimnya pelatihan terkait dokumentasi, supervisi yang belum optimal, perbedaan persepsi antar perawat, dan keterbatasan waktu dalam pelaksanaan dokumentasi. Faktor-faktor ini saling berinteraksi dan menciptakan kondisi yang tidak kondusif untuk dokumentasi yang berkualitas.

REFERENSI

- Aeni, L. N., & Sari, I. (2023). Pengaruh Kelengkapan Formulir Resume Medis Rawat Inap Terhadap Mutu Rekam Medis Di Rsud Majalaya. *Health Information: Jurnal Penelitian*, e1088-e1088.
- Bawuno, V. V., Erika, K. A., & Syam, Y. (2023). Dampak Penggunaan Dokumentasi Keperawatan Elektronik terhadap Keselamatan Pasien: A Literature Review. *Jurnal Keperawatan*, 15(2), 661-670.
- Bunting, J., & de Klerk, M. (2022). Strategies to improve compliance with clinical nursing documentation guidelines in the acute hospital setting: A systematic review and analysis. *SAGE Open Nursing*, 8, 23779608221075165.
- De Groot, K., De Veer, A. J., Munster, A. M., Francke, A. L., & Paans, W. (2022). Nursing documentation and its relationship with perceived nursing workload: a mixed-methods study among community nurses. *BMC Nursing*, 21(1), 34.
- Ernawati, E., Abbasiah, A., Yellyanda, Y., & Amni, D. (2025). Determinants of Incomplete Documentation of Nursing Care: A Cross-Sectional Study. *Evidence Based Care*, 14(4), 37-42.
- Haqq, M. D., Kamil, H., & Yuswardi, Y. (2022). Motivasi Perawat Dalam Pelaksanaandokumentasi Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap: Studi Kasus. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keperawatan*, 6(2).
- Haryono, M. H., Nursalam, N., & Hasinudin, M. (2019). Developing sbar effective communication instrument in emergency handover at emergency department of hajj hospital in Surabaya. *Artic Indian J Public Heal Res Dev*, 10(10), 688.
- Kaakinen, J. R., Coehlo, D. P., Steele, R., & Robinson, M. (2018). *Family health care nursing: Theory, practice, and research*. FA Davis.
- Kamil, H., Rachmah, R., & Wardani, E. (2018). What is the problem with nursing documentation? Perspective of Indonesian nurses. *International journal of Africa nursing sciences*, 9, 111-114.
- KARS. (2018). *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit (SNAR)*. KARS.



- Kusumaningrum, P. R., Dharmana, E., & Sulisno, M. (2019). The implementation of integrated patient progress notes in interprofessional collaborative practice. *JNKI (Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia)(Indonesian Journal of Nursing and Midwifery)*, 6(1), 32-41.
- Lin, C.-Y., Chung, M. L., Schuman, D. L., Biddle, M. J., Mudd-Martin, G., Miller, J. L., Hammash, M., Schooler, M. P., Rayens, M. K., & Feltner, F. J. (2023). Psychometric properties of the patient activation measure in family caregivers of patients with chronic illnesses. *Nursing Research*, 72(4), 292-300.
- Massa, K., Suryani, L., Wiradani, N. L. K., Selano, M. K., Daryaswanti, P. I., & Safitri, N. (2025). *Buku Ajar Dokumentasi Keperawatan*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia. <https://books.google.co.id/books?id=I-BNEQAAQBAJ>
- Mistretta, J. (2024). *Implementation of an Evidence-Based Nursing Documentation Toolkit to Improve the Timeliness of Clinical Documentation* Southeastern Louisiana University].
- Noviari, E. A., & Susanti, D. D. (2015). Faktor-faktor yang mempengaruhi kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang bedah RSUD Dr. Soekardjo kota Tasikmalaya. *Media Informasi*, 11(1), 27-38.
- Nurhaidah, N., Harijanto, T., & Djauhari, T. (2016). Faktor-Faktor Penyebab Ketidaklengkapan Pengisian Rekam Medis Rawat Inap di Rumah Sakit Universitas Muhammadiyah Malang. *Jurnal Kedokteran Brawijaya*, 29(3), 258-264.
- Orozco, V., Vázquez, J., Dorantes, E., Guerrero, M., & Gómez, E. (2018). Nursing supervision: key to elevating the quality and safety of care. *Nurse Care Open Acces J*, 5(5), 290-295.
- Purwandari, R., Kurniawan, D. E., & Kotimah, S. K. (2022). Nursing documentation in accredited hospital. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 25(1), 42-51.
- Riyana, A., & Rahman, A. (2023). Faktor-Faktor Yang Memengaruhi Pelaksanaan Dokumentasi Keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Islam Hj. Siti Muniroh Tasikmalaya. *Nursing Care and Health Technology Journal (NCHAT)*, 3(2), 48-53.
- Saraswasta, I. W. G., & Hariyati, R. T. S. (2021). A systematic review of the implementation of electronic nursing documentation toward patient safety. *Enfermeria Clinica*, 31, S205-S209.
- Seniwati, D. (2022). *Buku Ajar Manajemen Keperawatan*. Penerbit CV. Feniks Muda Sejahtera.
- SNARS. (2017). *Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1* (Vol. 1). Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS). <https://snars.web.id/rs/sbar-komunikasi-efektif-di-rumah-sakit>.
- Solehudin, S., Stella, S., Lannasari, L., Rizal, A., & Sarwili, I. (2024). Analisis Penerapan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) Di Ruang Rawat Inap. *Usada Nusantara: Jurnal Kesehatan Tradisional*, 2(1), 77-89.
- Sukawan, A., Meilany, L., & Nur Rahma, A. (2021). Literature review: Peran lembar catatan perkembangan terintegrasi (cppt) dalam meningkatkan komunikasi efektif pada pelaksanaan kolaborasi interprofesional di rumah sakit. *202130Literature Review: Peran Lembar Catatan Perkembangan Terintegrasi (CPPT) dalam Meningkatkan Komunikasi Efektif pada Pelaksanaan Kolaborasi Interprofesional di Rumah Sakit*, 9(1), 30-37.
- Syabanasyah, I., & Solehudin, S. (2024). Penerapan Metode Asuhan Keperawatan Dalam Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi. *EKOMA: Jurnal Ekonomi, Manajemen, Akuntansi*, 3(4), 817-825.
- Tajabadi, A., Ahmadi, F., Sadooghi Asl, A., & Vaismoradi, M. (2020). Unsafe nursing documentation: A qualitative content analysis. *Nursing ethics*, 27(5), 1213-1224.



- Talibo, N. A., Riu, S. D. M., & Akili, M. (2024). Hubungan Tingkat Kompetensi Perawat Dengan Penerapan Pendokumentasian Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Di Ruang Rawat Inap Interna. *Nutrix Journal*, 8(1), 1-8.
- Togubu, F. N., Korompis, G., & Kaunang, W. (2019). Faktor-faktor yang berhubungan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah Sakit Daerah Kota Tidore Kepulauan. *KESMAS: Jurnal Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi*, 8(3).
- Toney-Butler, T. J., & Thayer, J. M. (2023). Nursing process. In *Statpearls [internet]*. StatPearls Publishing.
- Yuswardi, Azliani, M., & Kamil, H. (2020). Evaluation of Integrated Nursing Progress Note Inpatient Ward in Aceh Hospitals, Indonesia. In *Challenges in Nursing Education and Research* (pp. 23-29). CRC Press.