

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Dasar Teori

2.1.1 Konsep Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

2.1.1.1 Pengertian

Pendokumentasian yaitu sebuah cara yang dilakukan untuk menyediakan dokumen dengan menggunakan bukti yang akurat dari pencatatan sumber-sumber informasi khusus dari karangan/tulisan (Azwar, 2020). Dokumentasi didefinisikan sebagai segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang. Dokumentasi keperawatan merupakan suatu catatan tertulis atau pelaporan tentang apa yang dilakukan perawat terhadap pasien, siapa yang melakukan dan kapan tindakan keperawatan dilakukan dan apa hasil dari tindakan yang telah dilakukan bagi pasien. Dokumentasi mencakup setiap bentuk data dan informasi pasien yang dapat direkam, mulai dari melakukan pengkajian, menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan penilaian keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan hukum (Herman et al., 2021).

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

Pengertian diatas, dapat diambil kesimpulan bahwa pendokumentasi keperawatan adalah kegiatan pencatatan dan pelaporan yang dilakukan semua perawat terhadap pelayanan keperawatan yang telah diberikan kepada klien, berguna untuk klien, perawat dan tim kesehatan lain sebagai tanggung jawab perawat dan sebagai bukti dalam persoalan hukum.

2.1.1.2 Tujuan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Dalam menegakkan dan pendokumentasian asuhan keperawatan supaya mencapai apa yang di kehendaki maka pendokumentasian asuhan keperawatan mempunyai tujuan tertentu yaitu (Azwar,2020) :

1. Sebagai media untuk mendefinisikan keperawatan bagi klien dan kelompok.

2. Untuk membedakan tanggung gugat perawat dengan anggota tim kesehatan lainnya.
3. Sebagai sarana untuk melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah di berikan kepada klien.
4. Sebagai data yang dibutuhkan secara administrasi dan legal formal.
5. Memenuhi persyaratan hukum,akreditasi dan professional

2.1.1.3 Manfaat Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Ada beberapa manfaat proses Pendokumentasian keperawatan menurut (Azwar 2020), proses keperawatan bermanfaat bagi pasien, perawat, institusi pelayanan, dan masyarakat (lingkungan).

1. Manfaat bagi Pasien

Pasien mendapatkan pelayanan keperawatan yang berkualitas, efektif, dan efisien. Asuhan keperawatan yang diberikan telah diseleksi sesuai dengan kebutuhan klien melalui penelusuran data, rumusan permasalahan yang matang, diagnosis keperawatan yang tepat, rencana yang terarah, tindakan yang sesuai dengan rencana, dan penilaian yang terus-menerus.

2. Manfaat bagi Tenaga Keperawatan

Proses keperawatan akan meningkatkan kemandirian tenaga keperawatan dan pelaksanaan asuhan keperawatan dan tidak bergantung pada profesi lain. Proses ini juga memberi kepuasan yang optimal bagi tenaga keperawatan yang berhasil dalam pelaksanaan asuhan keperawatannya.

3. Manfaat bagi Institusi

Institusi pelayanan akan merasakan manfaat, antara lain Pasien merasa puas, cepat sembuh, pelayanan yang bermutu sekaligus merupakan promosi institusi tersebut. Dengan demikian, klien meningkat dan keuntungan pun meningkat. Citra institusi bertambah baik di mata masyarakat

2.1.1.4 Model Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Berdasarkan penjelasan (Azwar, 2020), Pendokumentasian keperawatan merupakan dokumentasi yang legal bagi profesi keperawatan. Oleh karena itu, pendokumentasian keperawatan harus memenuhi standar yang telah ditentukan. Komisi Gabungan Akreditasi Organisasi Pelayanan Kesehatan (JCAHO) merekomendasikan standar pendokumentasian keperawatan yang meliputi :

1. Pengkajian awal dan pengkajian ulang supaya pasien sesuai dalam pemberian diagnosa dan terapi
2. Diagnosis keperawatan dan kebutuhan asuhan keperawatan pasien.
3. Rencana tindakan asuhan keperawatan.
4. Tindakan asuhan keperawatan yang diberikan atas respon pasien
5. Hasil dari asuhan keperawatan dan kemampuan untuk tindak lanjut asuhan keperawatan setelah pasien dipulangkan.

2.1.1.5 Standar Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Standar asuhan keperawatan adalah pedoman terperinci yang menunjukkan perawatan bisa diprediksi dan diidentifikasi dalam situasi yang sangat spesifik. Standar asuhan keperawatan harus menunjukkan asuhan yang menjadi tanggung jawab perawat dalam pemberiannya, dan tingkat ideal asuhan. Standar asuhan keperawatan mengacu kepada tahapan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

Standar asuhan keperawatan dari Departemen Kesehatan RI dengan SK Dirjen Pelayanan Medik No. YM.00.03.2.6.7637 tentang pemberlakuan standar asuhan keperawatan di rumah sakit atau puskesmas, yaitu :

1. Standar I : Pengkajian keperawatan

Tahapan pengumpulan data tentang status kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan. Data dapat diperoleh melalui anamnesa, observasi, serta pemeriksaan penunjang dan kemudian didokumentasikan.

2. Standar II : Diagnosis Keperawatan Tahapan ini perawat menganalisa data pengkajian untuk merumuskan diagnosa keperawatan, adapun kriteria proses yaitu :

- a. Proses diagnosa terdiri dari analisis, interpretasi data, identifikasi masalah, perumusan diagnosa keperawatan.

- b. Diagnosa keperawatan terdiri dari masalah (p), penyebab (E), dan tanda/gejala (S), atau terdiri dari masalah dan penyebab (P, E).
- c. Bekerjasama dengan pasien, keluarga dan petugas kesehatan lainnya untuk memvalidasi diagnosa keperawatan.
- d. Melakukan pengkajian ulang dan merevisi diagnosa berdasarkan data terbaru yang di dapat.

3. Standar III: Perencanaan keperawatan

Tahapan ini perawat merencanakan suatu tindakan keperawatan agar dalam melakukan perawatan terhadap pasien efektif dan efisien.

4. Standar IV : Implementasi

Tahapan ini perawat mencari inisiatif atau ide dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditunjukan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping.

5. Standar V : Evaluasi

Tahapan ini perawat melakukan tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai.

2.1.1.6 .Indikator Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Menurut Risnawati (2023), indikator dokumentasi asuhan keperawatan meliputi:

A. Pengkajian

1. Melakukan pengkajian data pasien pada saat masuk puskesmas.
2. Setiap melakukan pengkajian data, dilakukan dengan wawancara, pemeriksaan fisik, dan pengamatan serta pemeriksaan penunjang (misal : laboratorium, foto rongen, dan lain-lain).
3. Data yang diperoleh melalui pengkajian dikelompokkan menjadi data bio-psiko-sosial-spiritual.
4. Mengkaji data subyektif dan obyektif berdasarkan keluhan pasien dan pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang.
5. Mencatat data yang dikaji sesuai dengan format dan pedoman pengkajian yang baku.

B. Diagnosa keperawatan

1. Merumuskan diagnosa/masalah keperawatan pasien berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan pola fungsi kehidupan (kondisi normal).
2. Rumusan diagnosa keperawatan dilakukan berdasarkan masalah keperawatan yang telah ditetapkan.

3. Rumusan diagnosa keperawatan dapat juga mencerminkan problem etiologi (PE).
4. Rumusan diagnosa keperawatan bisa dalam bentuk aktual dan resiko.
5. Menyusun prioritas diagnosa keperawatan lengkap problem etiologi (PE).

C. Intervensi/Perencanaan

1. Rencana keperawatan dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan dan disusun menurut urutan prioritas.
2. Rumusan tujuan keperawatan yang dibuat mengandung komponen tujuan dan kriteria hasil.
3. Rencana tindakan yang dibuat mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terperinci, dan jelas.
4. Rencana tindakan keperawatan yang dibuat menggambarkan keterlibatan pasien dan keluarga di dalamnya.
5. Rencana tindakan keperawatan yang dibuat menggambarkan kerjasama dengan tim kesehatan lainnya.

D. Implementasi

1. Implementasi tindakan keperawatan menggambarkan tindakan mandiri, kolaborasi dan ketergantungan sesuai dengan rencana keperawatan.
2. Observasi terhadap setiap respon pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

3. Implementasi tindakan keperawatan bertujuan untuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan mekanisme coping.
4. Implementasi tindakan keperawatan bersifat holistik dan menghargai hak-hak pasien.
5. Implementasi tindakan keperawatan melibatkan partisipasi aktif pasien.

E. Evaluasi

1. Komponen yang di evaluasi mengenai status kesehatan pasien meliputi aspek kognitif, afektif, psikomotor pasien melakukan tindakan, perubahan fungsi tubuh, tanda dan gejala.
2. Evaluasi dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP
3. Evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang diberikan mengacu kepada tujuan dan kriteria hasil.
4. Evaluasi terhadap pengetahuan pasien tentang penyakitnya, pengobatan dan resiko komplikasi setelah diberikan promosi kesehatan.
5. Evaluasi terhadap perubahan fungsi tubuh dan kesehatan pasien setelah dilakukan tindakan.

2.1.1.7 Prinsip-prinsip Dokumentasi Keperawatan

Aspek-aspek keakuratan data, *breviti* (ringkas) dan *legibility* (mudah dibaca) (Risnawati, 2023). Hal yang pokok dalam prinsip-prinsip dokumentasi adalah:

1. Dokumentasi harus dilakukan segera setelah pengkajian pertama dilakukan, demikian juga pada setiap langkah kegiatan keperawatan
2. Pendokumentasian setiap tahap proses keperawatan ditulis dengan jelas, ringkas, dapat dibaca, serta memakai istilah yang baku dan benar dengan menggunakan tinta.
3. Bila memungkinkan, catat setiap respon pasien/keluarga tentang informasi/data yang penting tentang keadaan pasien
4. Setiap melakukan tindakan keperawatan, perawat mencantumkan paraf, nama jelas, tanggal dan jam dilakukan tindakan
5. Dokumentasi proses keperawatan di ruangan ditulis menggunakan format yang baku sesuai pedoman di puskesmas.
6. Prinsip dalam pendokumentasian asuhan keperawatan adalah tulis apa yang telah dilakukan dan jangan lakukan apa yang tidak ditulis.
7. Data pasien harus objektif dan bukan merupakan penafsiran perawat, dalam hal ini perawat mencatat apa yang dilihat dari respon pasien pada saat merawat pasien mulai dari pengkajian sampai evaluasi.
8. Dokumentasikan dengan baik apabila terjadi hal-hal sebagai berikut : adanya perubahan kondisi atau munculnya masalah baru, respon pasien terhadap bimbingan perawat

9. Harus dihindari dokumentasi yang baku sebab sifat individu/pasien adalah unik dan setiap pasien mempunyai masalah yang berbeda
10. Setiap melakukan pencatatan yang bersambung pada halaman baru, tanda tangani dan tulis kembali waktu dan tanggal serta identitas pasien pada bagian halamantersebut.
11. Pastikan kebenaran setiap data yang akan dicatat

2.1.2 Konsep Pengetahuan

2.1.2.1 Pengertian

Pengetahuan adalah suatu hasil dari rasa keingintahuan melalui proses sensoris, terutama pada mata dan telinga terhadap objek tertentu. Pengetahuan merupakan domain yang penting dalam terbentuknya perilaku terbuka atau *open behavior* (Donsu, 2021).

Pengetahuan adalah kesan di dalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca inderanya. Pengetahuan sangat berbeda dengan kepercayaan (*beliefs*), takhayul (*superstition*), dan penerangan-penerangan yang keliru (*misinformation*). Pengetahuan adalah segala apa yang diketahui berdasarkan pengalaman yang didapatkan oleh setiap manusia (Mubarak, 2021)

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya yakni indra pendengaran, indra penciuman, indra penglihatan, indra penciuman, dan indera peraba (Notoatmodjo, 2020).

2.1.2.2 Tahap Pengetahuan

Notoadmodjo (2020), menyatakan bahwa pengetahuan dapat terjadi oleh seseorang dengan melalui beberapa tahap:

1. *Awarenes* (kesadaran)

Kesadaran adalah suatu interaksi seseorang yang disadari ditempat dan waktu tertentu serta pada lingkungan sosial tertentu guna tercapainya suatu tujuan.

2. *Interest* (tertarik)

Interest adalah keinginan seseorang untuk melakukan sesuatu dengan melakukan aksi atau pelakuan apapun agar keinginannya dapat terpenuhi.

3. *Evaluation* (menimbang-nimbang)

Menimbang-nimbang adalah suatu proses berfikir tentang baik-buruknya suatu kreativitas yang mengantarkan seseorang mencapai cita-cita.

4. *Trial* (mencoba)

Mencoba adalah sebuah proses usaha secara terus pada sesuatu yang telah diamati atau diteliti seseorang.

5. *Adoption* (adaptasi)

Adaptasi adalah hubungan sosial antara sesama manusia baik dari kebudayaan, dan lingkungannya

2.1.2.3 Tingkat Pengetahuan

Tingkat pengetahuan dibagi 6 tingkatan pengetahuan, yaitu (Notoatmodjo, 2020):

1. Tahu (*know*)

Pengetahuan yang didapatkan seseorang sebatas hanya mengingat kembali apa yang telah dipelajari sebelumnya, sehingga dapat diartikan pengetahuan pada tahap ini adalah tingkatan paling rendah.

2. Memahami (*comprehension*)

Pengetahuan yang menjelaskan sebagai suatu kemampuan menjelaskan objek atau sesuatu dengan benar.

3. Aplikasi (*application*)

Pengetahuan yang dimiliki pada tahap ini adalah dapat mengaplikasikan atau menerapkan materi yang telah dipelajari.

4. Analisis (*analysis*)

Kemampuan menjabarkan suatu materi atau suatu objek ke dalam sebuah komponen-komponen yang ada kaitan satu sama lain.

5. Sintesis (*synthesis*)

Adalah sebuah pengetahuan yang dimiliki kemampuan seseorang dalam mengaitkan berbagai fungsi elemen atau unsur pengetahuan yang ada menjadi suatu pola baru yang lebih menyeluruh.

6. Evaluasi (*evaluation*)

Pengetahuan ini dimiliki pada tahap berupa kemampuan untuk melakukan justifikasi atau penilaian suatu materi atau objek.

2.1.2.4 Indikator Pengetahuan Perawat tentang Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Tingkat pengetahuan perawat tentang kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan mencerminkan pemahaman perawat terhadap konsep dan prinsip dasar dokumentasi keperawatan yang sesuai dengan standar praktik (Hidayat, 2022). Pengetahuan tersebut menjadi dasar bagi perawat dalam melakukan pencatatan asuhan keperawatan secara lengkap, akurat, dan berkesinambungan. Indikator tingkat pengetahuan perawat mengenai kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan meliputi pemahaman tentang:

1. Pengertian
2. Tujuan
3. Manfaat
4. Sumber data
5. Waktu perawat melakukan dokumentasi
6. Syarat Dokumentasi Asuhan keperawatan
7. Tahap-tahap proses keperawatan yang harus dokumentasi

2.1.2.5 Pengukuran Pengetahuan

Menurut Nursalam (2022) pengetahuan seseorang dapat diinterpretasikan dengan skala yang bersifat kualitatif, yaitu:

1. Pengetahuan Baik: 76 % - 100 %.

2. Pengetahuan Cukup: 56 % - 75 %.

3. Pengetahuan Kurang: < 56 %.

2.1.3 Konsep Sikap

2.1.3.1 Pengertian

Sikap merupakan suatu reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. (Notoatmodjo, 2020). Menurut Secord dan Backman dalam Azwar (2020) mendefinisikan sikap sebagai suatu pola perilaku, tendensi atau kesiapan antisipatif, predisposisi untuk menyesuaikan diri dalam suatu situasi sosial, atau secara sederhana. Sikap adalah respons terhadap suatu stimuli sosial yang telah terkondisikan.

Sikap diartikan sebagai suatu bentuk kecenderungan untuk bertindak laku, dapat juga diartikan sebagai bentuk respon evaluatif, yaitu suatu respon yang sudah ada dalam pertimbangan individu yang bersangkutan, Sikap bukanlah suatu tindakan, tetapi merupakan suatu kesiapan atau kesediaan untuk bertindak (Nurrahman, 2021).

Sikap merupakan kesiapan seseorang untuk bertindak secara tertentu terhadap hal-hal tertentu. Sikap dapat bersifat positif, kecenderungan tindakan adalah mendekati, menyenangkan, mengharapkan objek tertentu sedangkan dalam sikap negatif terdapat kecenderungan untuk menjauhi, menghindari, membenci, tidak menyukai objek tertentu (Wirawan, 2022)

2.1.3.2 Fungsi Sikap

Menurut Atkinson yang dikutip oleh Sunaryo (2024), sikap memiliki 5 fungsi, yaitu:

1. Fungsi Instrumental

Fungsi sikap ini dikaitkan dengan manfaat dan menggambarkan keinginan.

2. Fungsi Pertahanan Ego

Sikap diambil individu untuk melindungi diri dari kecemasan yang mengancam harga dirinya.

3. Fungsi Nilai Ekspresi

Sikap diambil individu untuk mengekspresikan nilai yang ada dalam diri.

4. Fungsi Pengetahuan

Sikap ini membantu individu untuk menerima informasi yang kemudian diterapkan dalam kehidupan sehari-hari.

5. Fungsi Penyesuaian Sosial

Sikap ini membantu individu merasa menjadi bagian dari masyarakat sehingga dapat menyesuaikan diri dengan lingkungan.

2.1.3.3 Tingkatan Sikap

Dalam konteks keperawatan, sikap perawat dalam melakukan pendokumentasian sering kali mengacu pada tingkatan sikap menurut domain afektif (Taxonomy Bloom), yang mencakup (Nurrahman, 2021):

1. Tingkat penerimaan (*receiving*)

Diartikan bahwa orang (*subjek*) mau dan memperlihatkan stimulus yang diberikan (*objek*). Dalam keperawatan tingkat ini merupakan tahap awal di mana perawat mulai menyadari dan memberikan perhatian terhadap pentingnya pendokumentasian asuhan keperawatan.

2. Tingkat penjawaban (*responding*)

Memberikan jawaban bila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan. Perawat memberikan respons aktif, seperti ikut berpartisipasi atau mengerjakan tugas pendokumentasian dengan rasa tanggung jawab

3. Tingkat pemberian nilai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan dengan orang lain terhadap sesuatu masalah. Perawat memberikan Nilai positif pada dokumentasi, menganggapnya sebagai hal yang bermanfaat, dan bahkan mengajak rekan sejawat untuk melakukannya dengan benar.

4. Tingkat pengorganisasian (*organization*)

Siap bertanggung jawab terhadap segala sesuatu yang telah pilihnya dengan resiko. Pada tingkat ini perawat mampu menghubungkan nilai-nilai pendokumentasian dengan sistem nilai yang sudah ada dalam dirinya, serta menjadikannya sebagai prioritas dalam asuhan keperawatan.

2.1.3. Konsep Perilaku

2.1.3.1 Pengertian

Berdasarkan dari segi biologis, perilaku adalah kegiatan atau aktivitas organisme (mahluk hidup) yang bersangkutan, oleh sebab itu, dari sudut pandang biologis semua mahluk hidup mulai dari tumbuh – tumbuhan, hewan sampai dengan manusia itu berperilaku, karena mereka mempunyai aktivitas masing-masing (Nursalam, 2022).

Perilaku adalah suatu tindakan atau reaksi yang dilakukan seseorang terhadap orang lain. Perilaku perawat dalam pelayanan keperawatan merupakan suatu tanggapan dan tindakan terhadap kebutuhan dan keinginan dari para pasien (Anjaryani, 2021).

Perilaku merupakan seperangkat perbuatan atau tindakan seseorang dalam melakukan respon terhadap sesuatu dan kemudian dijadikan kebiasaan karena adanya nilai yang diyakini (Adventus, dkk, 2021).

2.1.3.2 Jenis Perilaku

Berdasarkan sifatnya, perilaku kesehatan menurut Siswanto (2021) dibagi menjadi dua yaitu:

a. Perilaku Sesuai

Perilaku dikatakan sehat jika perilaku tersebut merupakan respons yang sesuai serta membuat individu menjadi lebih berkembang dan matang.

b. Perilaku Tidak Sesuai

Perilaku dianggap bergangguan atau tidak sehat bila perilaku tersebut sudah tidak lagi sesuai atau adaptif dengan situasi yang sedang dihadapi bahkan membuat individu menjadi semakin mengerut dan terhambat.

2.1.3.3 Ciri-Ciri Perilaku

Berdasarkan Notoadmodjo (2020) menyebutkan bahwa perilaku manusia mempunyai ciri-ciri yakni :

1. Perilaku itu sendiri kasatmata, tetapi penyebab terjadinya perilaku secara langsung mungkin tidak dapat di amati
2. Perilaku mengenal berbagai tingkatan, yaitu perilaku sederhana dan stereotip, seperti perilaku binatang bersel satu ; perilaku kompleks seperti sosial manusia; perilaku sederhana, seperti reflex, tetapi ada juga yang melibatkan proses mental biologis yang tinggi
3. Perilaku bervariasi dengan klasifikasi; kognitif, afektif, dan psikomotorik, yang menunjuk pada sifat rasional, emosional dan gerakan fisik dalam berperilaku.

Menurut Hidayat (2022), perilaku perawat dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan bentuk penerapan pengetahuan dan sikap perawat dalam mencatat setiap tahapan asuhan

keperawatan secara konsisten dan bertanggung jawab. Perilaku pendokumentasian yang baik berperan penting dalam menjamin kelengkapan, keakuratan, serta kesinambungan pelayanan keperawatan. Perilaku perawat dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan dapat diidentifikasi melalui beberapa indikator, yaitu.

1. Proaktif

Perilaku proaktif ditunjukkan dengan kesadaran perawat untuk melakukan dokumentasi secara tepat waktu tanpa harus menunggu instruksi dan mendokumentasikan setiap tindakan keperawatan segera setelah dilakukan.

2. Teliti

Perilaku teliti tercermin dari kemampuan perawat mencatat data dan tindakan keperawatan secara lengkap dan cermat.

3. Objektif

Perilaku objektif terlihat dari pencatatan berdasarkan fakta dan kondisi nyata pasien tanpa dipengaruhi pendapat pribadi.

4. Sistematis

Perilaku sistematis ditunjukkan melalui pendokumentasian yang mengikuti alur dan tahapan proses keperawatan secara terstruktur

2.1.3.4 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku

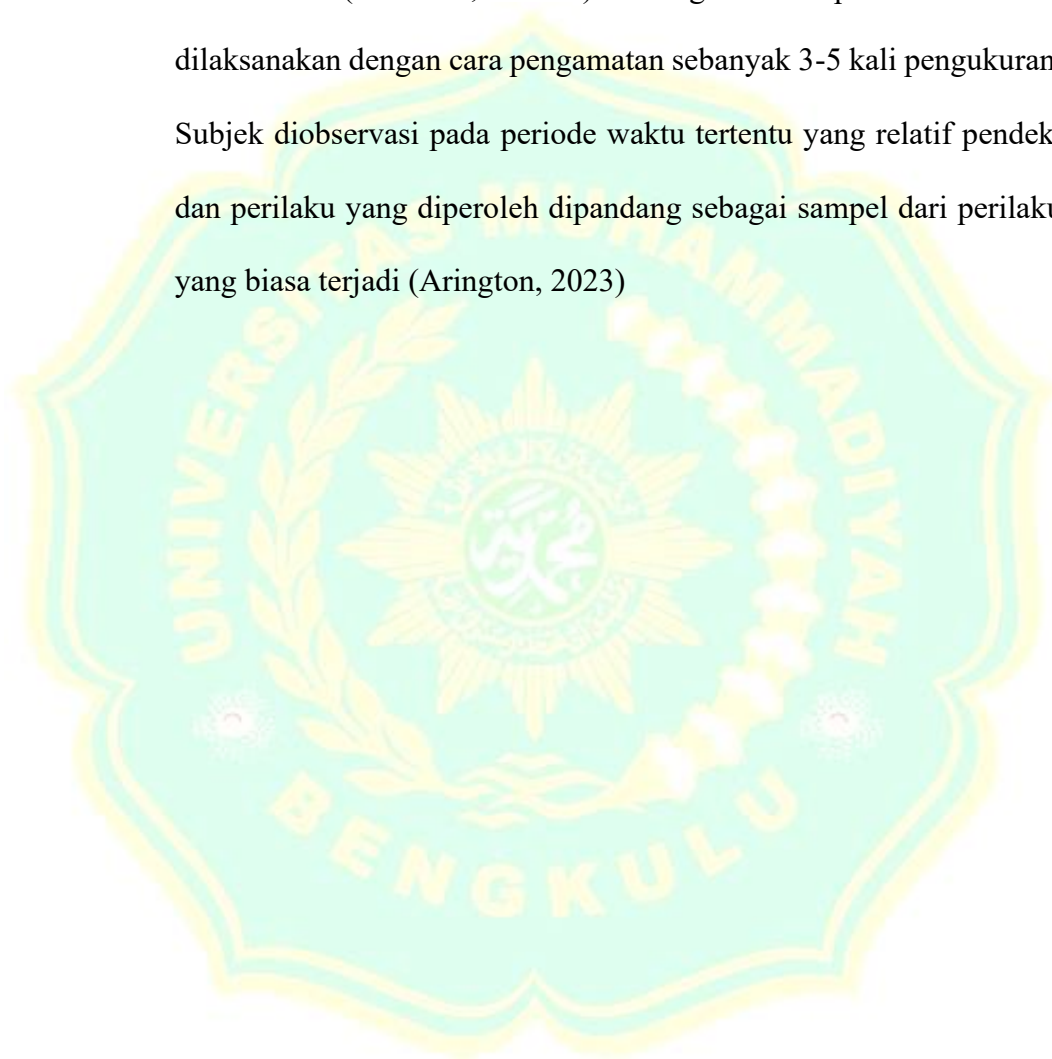
Model pendekatan perilaku dari Lowrend Green menyebutkan bahwa perilaku individu atau masyarakat dipengaruhi oleh 3 faktor, yaitu (Notoatmodjo, 2020) :

1. Faktor predisposisi (*Predisposing Factors*) adalah faktor yang mendahului perilaku yang menjelaskan alasan atau motivasi untuk berperilaku, berupa pengetahuan, sikap, kepercayaan, nilai dan faktor demografi (status ekonomi, umur, jenis kelamin, besar keluarga).
2. Faktor pendukung (*Enabling factor*) adalah faktor yang memungkinkan motivasi atau keinginan terlaksana termasuk lingkungan fisik (dan atau tidaknya fasilitas/sumber daya).
3. Faktor pendorong (*Reinforcing Factor*) adalah faktor yang memperkuat perubahan perilaku seseorang yang dapat diakibatkan adanya sikap, perilaku tugas maupun tokoh masyarakat.

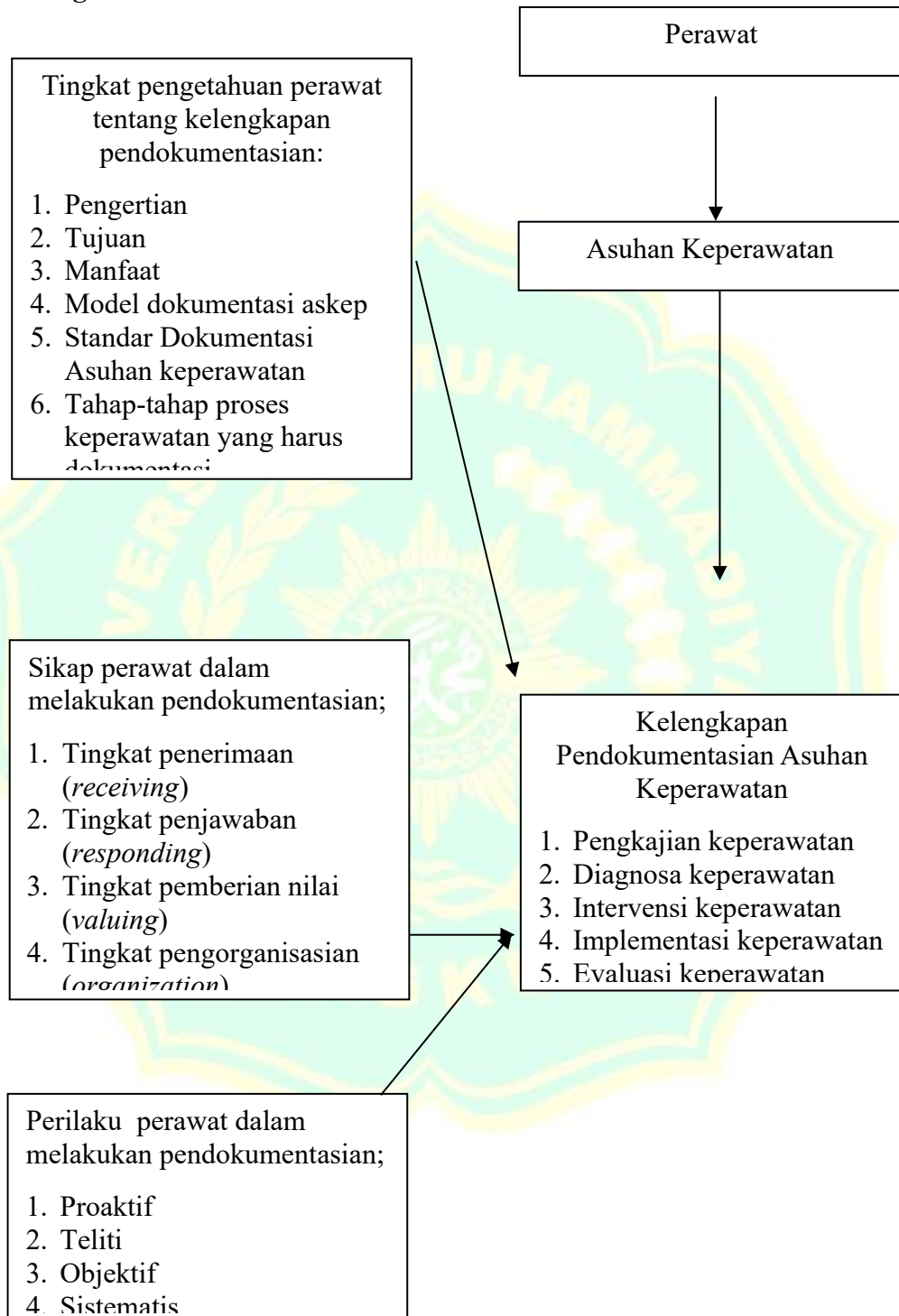
2.1.3.5 Pengukuran Perilaku

Pengukuran perilaku pada penelitian ini adalah dengan menggunakan metode observasi atau pengamatan perilaku perawat dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan pasien yang telah dilakukan selama pelaksanaan penelitian. Perilaku dikatakan sesuai atau wajar bila perilaku tersebut merupakan respons yang sesuai/adaptif serta membuat individu menjadi lebih berkembang dan matang serta sesuai dengan standar pendokumentasian asuhan

keperawatan yang telah ditetapkan. Sedangkan perilaku dianggap bergangguan atau tidak sesuai bila perilaku tersebut sudah tidak lagi sesuai atau adaptif dengan situasi yang sedang dihadapi bahkan membuat individu atau kelompok menjadi semakin mengerut dan terhambat (Siswanto, 2021). Pengukuran perilaku efektif dilaksanakan dengan cara pengamatan sebanyak 3-5 kali pengukuran. Subjek diobservasi pada periode waktu tertentu yang relatif pendek, dan perilaku yang diperoleh dipandang sebagai sampel dari perilaku yang biasa terjadi (Arlington, 2023)



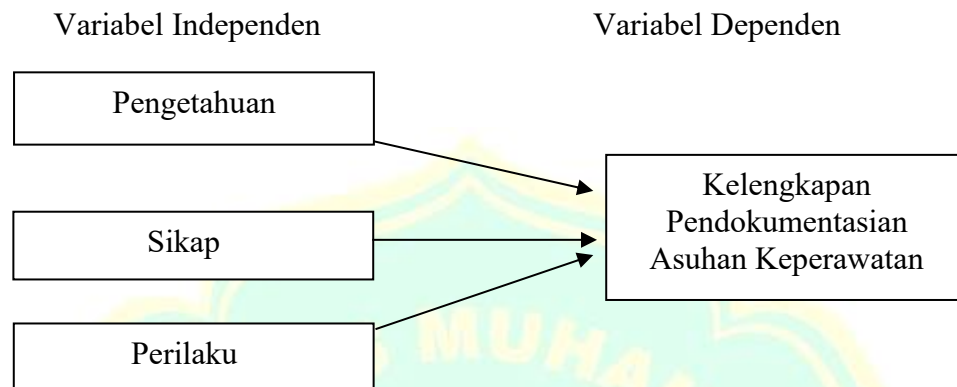
2.2 Kerangka Teori



Sumber: Risnawati (2023), Nurrahman (2021) , Hidayat (2022)

Bagan 2.1 Kerangka Teori

2.3 Kerangka Konsep



Bagan 2.2. Kerangka Konsep

2.4 Hipotesis Penelitian

- H₀₁ : Tidak ada hubungan pengetahuan perawat terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan di Puskesmas Telaga Dewa.
- Ha₁ : Ada hubungan pengetahuan perawat terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan di Puskesmas Telaga Dewa.
- H₀₂ : Tidak ada hubungan sikap perawat terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan di Puskesmas Telaga Dewa.
- Ha₂ : Ada hubungan sikap perawat terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan di Puskesmas Telaga Dewa Bengkulu
- H₀₃ : Tidak ada hubungan perilaku perawat terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan di Puskesmas Telaga Dewa.

Ha₃ : Ada hubungan perilaku perawat terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan di Puskesmas Telaga Dewa.

