

KELENGKAPAN PENGISIAN LEMBAR OBSERVASI PERAWATAN KRITIS OLEH PERAWAT RUANG ICU : STUDI KASUS

Efir Rifatun Nisak¹⁾, Retno Purwandari^{1)*}, Desy Listyaningrum¹⁾, Suparman²⁾

1) Fakultas Keperawatan, Universitas Jember, Jl. Kalimantan No.37, Krajan Timur, Sumbersari, Kec.

Sumbersari, Kabupaten Jember, Jawa Timur 68121

2) Rumah Sakit Paru Jember, Jl. Nusa Indah No.28, Krajan, Jemberlor, Kec. Patrang, Kabupaten Jember, Jawa Timur 68118

*E-mail korespondensi: retno_p.psik@unej.ac.id

ABSTRAK

Latar belakang: Dokumentasi keperawatan merupakan komponen penting dalam pelayanan perawatan kritis karena mendukung komunikasi antarprofesi kesehatan, pengambilan keputusan klinis, dan keselamatan pasien. Perawat ICU bertanggung jawab mencatat data pemantauan pasien pada lembar observasi perawatan kritis selama periode 24 jam. Studi pendahuluan menunjukkan beberapa komponen masih belum terisi secara lengkap. **Tujuan:** Penelitian ini bertujuan mendeskripsikan kelengkapan dokumentasi lembar observasi perawatan kritis yang dilakukan oleh perawat di Unit Perawatan Intensif (ICU) Rumah Sakit X Jember. **Metode:** Penelitian ini menggunakan desain studi kasus deskriptif. Sampel terdiri atas tiga lembar observasi perawatan kritis yang memenuhi kriteria inklusi, yaitu pasien yang dirawat lebih dari 3 × 24 jam. Data dikumpulkan selama tiga hari menggunakan lembar cek (*checklist*) audit dokumentasi berdasarkan komponen yang terdapat dalam lembar observasi perawatan kritis. **Hasil:** Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kelengkapan dokumentasi lembar observasi perawatan kritis secara keseluruhan berkisar antara 73,91% hingga 82,61%. Tingkat kelengkapan dokumentasi identitas pasien, status hemodinamik, status neurologis, status oksigenasi, serta keseimbangan cairan dan elektrolit masing-masing adalah 81,8–90,9%; 50–75%; 0–50%; 66,6–100%; dan 100%. Dokumentasi status neurologis memiliki tingkat kelengkapan paling rendah. **Kesimpulan:** Kelengkapan dokumentasi lembar observasi perawatan kritis oleh perawat di Unit Perawatan Intensif (ICU) Rumah Sakit X Jember belum mencapai tingkat yang optimal. Oleh karena itu, diperlukan pengembangan prosedur operasional standar (SOP), standarisasi persepsi perawat, serta supervisi berkala untuk meningkatkan kualitas dokumentasi keperawatan pada pasien kritis. **Kata Kunci :** Dokumentasi keperawatan, Kelengkapan dokumentasi keperawatan, Lembar observasi perawatan kritis, Unit perawatan intensif (ICU).

ABSTRACT

Background: Nursing documentation was an essential component of critical care services because it supports communication among healthcare professionals, clinical decision-making, and patient safety. In addition to documenting nursing care through the Electronic Medical Record (EMR), ICU nurses were also responsible for continuously recording patient monitoring data on critical care observation sheets over a 24-hour period. **Objective:** This study aimed to describe the completeness of critical care observation sheet documentation by nurses in the Intensive Care Unit of Rumah Sakit X Jember. **Method:** This study employed a descriptive case study design. The sample consisted of three critical care observation sheets that met the inclusion criteria, namely patients who had been hospitalized for more than 3 × 24 hours. Data were collected over three days using a documentation audit checklist based on the components contained in the critical care observation sheet. **Result:** the overall completeness of critical care observation sheet documentation ranged from 73.91% to 82.61%. The completeness rates of patient identification, hemodynamic status, neurological status, oxygenation status, and fluid and electrolyte balance documentation were 81.8–90.9%, 50–75%, 0–50%, 66.6–100%, and 100%, respectively. Neurological status documentation had the lowest level of completeness. **Conclusion:** the completeness of critical care observation sheet documentation by nurses in the Intensive Care Unit of Rumah Sakit X Jember has not yet reached an optimal level. Therefore, the development of standard operating procedures, standardization of nurses' perceptions, and periodic supervision are necessary to improve the quality of nursing documentation for critically ill patients.

Keywords nursing documentation, critical care observation sheet, intensive care unit, completeness of documentation.

A. PENDAHULUAN

Intensive Care Unit (ICU) merupakan unit pelayanan khusus yang memberikan perawatan komprehensif kepada pasien dengan kondisi kritis dan memerlukan pemantauan ketat secara berkelanjutan (Kemenkes RI, 2010). Pasien ICU umumnya mengalami gangguan fungsi organ vital sehingga membutuhkan observasi intensif terhadap status hemodinamik, neurologis, respirasi, keseimbangan cairan, serta respons terhadap terapi yang diberikan (Jurlina dkk., 2025). Kompleksitas kondisi pasien kritis yang dapat berubah secara cepat menuntut tersedianya informasi klinis yang akurat dan terkini untuk mendukung pengambilan keputusan serta menjamin keselamatan pasien (Marganita dkk., 2026; Megawati dkk., 2020).

Perawat memiliki peran penting dalam pemantauan pasien selama 24 jam dan bertanggung jawab mendokumentasikan seluruh proses asuhan keperawatan secara sistematis (Imamah dkk., 2023; Soekerno dkk., 2025). Dokumentasi keperawatan berfungsi sebagai sarana komunikasi antar tenaga kesehatan, dasar pengambilan keputusan klinis, bukti pelaksanaan asuhan, serta pendukung kesinambungan pelayanan (Samsualam dkk., 2023). Pada lingkungan ICU, selain mendokumentasikan proses keperawatan melalui *Electronic Medical Record* (EMR), perawat juga bertanggung jawab mengisi lembar observasi perawatan kritis yang memuat berbagai parameter penting, seperti tanda vital, status neurologis, keseimbangan cairan, terapi yang diberikan, dan perkembangan kondisi pasien (Ali dkk., 2016).

Kelengkapan pengisian lembar observasi perawatan kritis sangat penting karena memungkinkan tenaga kesehatan memperoleh gambaran kondisi pasien secara komprehensif, mendeteksi perubahan kondisi secara dini, serta mengevaluasi efektivitas terapi yang diberikan (Leniwita & Anggraini, 2019). Sebaliknya, dokumentasi yang tidak lengkap dapat menghambat komunikasi antar tenaga kesehatan, menurunkan kualitas informasi klinis, meningkatkan risiko kesalahan pelayanan, serta menimbulkan konsekuensi hukum karena tindakan yang tidak terdokumentasi dianggap tidak dilakukan (Kusumawati dkk., 2022).

Meskipun demikian, kelengkapan dokumentasi keperawatan masih menjadi tantangan dalam praktik pelayanan kesehatan. Noorkasiani dkk. (2015), melaporkan bahwa hanya 57,2% dokumentasi keperawatan terisi lengkap, sedangkan Mardevian dkk. (2025), menemukan bahwa 73,8% dokumentasi CPPT keperawatan belum terisi secara lengkap. Ketidaklengkapan dokumentasi dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, seperti beban kerja, keterbatasan waktu, kurangnya supervisi, serta rendahnya kepatuhan terhadap standar dokumentasi (Effendi, 2022; Yulianti & Wulandari, 2025).

Berdasarkan studi pendahuluan di Ruang ICU Rumah Sakit X Jember, belum terdapat Standar Operasional Prosedur (SOP) maupun petunjuk teknis yang mengatur pengisian lembar observasi perawatan kritis. Selain itu, ditemukan perbedaan persepsi antarperawat terkait tata cara pengisian formulir serta masih adanya item yang belum terisi secara lengkap pada hasil audit dokumen. Kondisi tersebut berpotensi memengaruhi kualitas dokumentasi dan kontinuitas pelayanan pasien kritis. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan kelengkapan pengisian lembar observasi perawatan kritis oleh perawat di Ruang ICU Rumah Sakit X Jember.

B. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain studi kasus audit dokumentasi. Penelitian dilaksanakan di Ruang *Intensive Care Unit* (ICU) Rumah Sakit X Jember selama periode pengamatan 4–6 Juni 2026. Populasi penelitian meliputi seluruh lembar observasi perawatan kritis pasien ICU yang menjadi bagian dari rekam medis pasien. Sampel penelitian terdiri atas tiga lembar observasi perawatan kritis yang memenuhi kriteria penelitian dan dipilih menggunakan teknik

consecutive sampling. Kriteria inklusi penelitian meliputi: (1) lembar observasi perawatan kritis pada pasien dengan lama perawatan minimal 3 × 24 jam; dan (2) lembar observasi yang telah digunakan oleh perawat dalam proses pemantauan pasien. Adapun kriteria eksklusi meliputi: (1) lembar observasi yang hilang atau rusak; serta (2) pasien yang meninggal dunia atau dipindahkan ke ruang perawatan lain sebelum periode observasi selesai. Data dikumpulkan melalui audit dokumen menggunakan lembar *checklist* yang disusun berdasarkan komponen pada lembar observasi perawatan kritis, serta wawancara kepada kepala ruang ICU, perawat, dan pihak terkait. Analisis data dilakukan secara univariat dengan menyajikan distribusi frekuensi dan persentase kelengkapan pengisian. Persentase kelengkapan dihitung menggunakan rumus: Persentase kelengkapan (%) = (jumlah item yang terisi lengkap / jumlah seluruh item yang seharusnya terisi) × 100%. Peneliti mengajukan permohonan izin dan memberikan *informed consent* kepada kepala ruang ICU sebagai penanggung jawab unit. Persetujuan tersebut diberikan sebagai bentuk izin pelaksanaan penelitian serta akses terhadap dokumen yang menjadi sumber data penelitian.

C. HASIL PENELITIAN

Sampel awal sebanyak 6 dokumen, hanya 3 dokumen memenuhi kriteria inklusi dan diambil sebagai subjek.

Tabel 1. Gambaran Kelengkapan Pengisian Lembar Perawatan Kritis di Ruang ICU (N=3)

Tanggal (Hari ke-)	Kode Px	Komponen Lembar Observasi (%)					Total (%)
		Identitas Pasien	Status Hemodinamik	Status Neurologis	Status Oksigenasi	Cairan & Elektrolit	
04-06-2026 (Hari ke 1)	1	43,47	8,69	0	8,70	13,05	73,91
	2	43,47	8,69	4,34	13,05	13,05	82,6
	3	43,47	13,04	0	13,05	13,05	82,61
05-06-2026 (Hari ke 2)	1	43,47	8,69	0	13,05	13,05	78,26
	2	43,47	8,69	0	8,70	13,05	73,91
	3	39,13	13,04	0	13,05	13,05	78,27
06-06-2026 (Hari ke 3)	1	39,13	8,69	0	13,05	13,05	73,92
	2	43,47	8,69	0	13,05	13,05	82,26
	3	39,13	8,69	0	13,05	13,05	73,92

Keterangan: Nilai maksimal komponen Identitas pasien (47,82%), Status Hemodinamik (17,39%), Status Neurologis (8,69%), Status Oksigenasi (13,05%), Keseimbangan cairan& elektrolit (13,05%), Total keseluruhan (100%)

Tabel 1 menunjukkan tingkat kelengkapan pengisian lembar observasi pada tiga pasien yang diamati selama tiga hari berkisar antara 73,91% - 82,61%. Persentase kelengkapan tertinggi ditemukan pada pasien kode 3 sebesar 82,61%, sedangkan terendah pada pasien kode 1 sebesar 73,91%. Komponen identitas pasien merupakan bagian dengan tingkat kelengkapan tertinggi, sedangkan komponen cairan dan elektrolit menunjukkan persentase yang konsisten pada

seluruh pasien. Komponen status neurologis memiliki tingkat kelengkapan terendah, dimana sebagian besar dokumen tidak menunjukkan adanya pengisian pada komponen tersebut.

Tabel 2. Gambaran Kelengkapan Pengisian Identitas Pasien (N=3)

No.	Komponen Identitas Pasien	Hari ke 1			Hari ke 2			Hari ke 3		
		Kode Pasien			Kode Pasien			Kode Pasien		
		1	2	3	1	2	3	1	2	3
1.	Tanggal	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2.	Nama pasien	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3.	Tanggal lahir	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
4.	Jenis kelamin	✓	✓	✓	✓	✓	✓	-	✓	✓
5.	Berat Badan	✓	-	✓	✓	✓	-	✓	✓	-
6.	Diagnosa medis	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
7.	No. RM	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
8.	Ruang, Tempat Tidur	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
9.	Hari rawat ke-	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
10.	PPJP	-	✓	-	-	-	-	-	-	-
11.	DPJP	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Total (%)		90,9	90,9	90,9	90,9	90,9	81,8	81,8	90,9	81,8

Keterangan: diisi (✓); tidak diisi (-)

Tabel 2 menunjukkan bahwa sebagian besar komponen telah terisi pada seluruh dokumen yang diamati selama tiga hari. Namun, masih ditemukan beberapa item yang belum terisi pada komponen jenis kelamin, berat badan, dan identitas perawat penanggung jawab pasien (PPJP). Secara keseluruhan, tingkat kelengkapan pengisian identitas pasien berkisar antara 81,8% hingga 90,9%.

Tabel 3. Gambaran Kelengkapan Pengisian Status Hemodinamik (N=3)

No.	Komponen Status Hemodinamik	Hari ke 1			Hari ke 2			Hari ke 3		
		Kode Pasien			Kode Pasien			Kode Pasien		
		1	2	3	1	2	3	1	2	3
1.	Tekanan darah	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

2.	Heart Rate	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3.	Suhu	-	-	✓	-	-	✓	-	-	-
4.	Capillary Refill Time (CRT)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total (%)		50	50	75	50	50	75	50	50	50

Keterangan: diisi (✓); tidak diisi (-)

Berdasarkan Tabel 3, diperoleh hasil pencatatan suhu tubuh hanya ditemukan pada sebagian dokumen, sedangkan komponen *Capillary Refill Time* (CRT) tidak terdokumentasi pada seluruh lembar observasi yang diaudit. Secara keseluruhan, tingkat kelengkapan pengisian status hemodinamik berkisar antara 50% hingga 75%.

Tabel 4. Gambaran Kelengkapan Pengisian Status Neurologis (N=3)

No.	Komponen Status Neurologis	Hari ke 1			Hari ke 2			Hari ke 3		
		Kode Pasien			Kode Pasien			Kode Pasien		
		1	2	3	1	2	3	1	2	3
1.	Glasgow Coma Scale (GCS)	-	✓	-	-	-	-	-	-	-
2.	Skala nyeri	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total (%)		0	50	0	0	0	0	0	0	0

Keterangan: diisi (✓); tidak diisi (-)

Berdasarkan Tabel 4, diketahui pengisian *Glasgow Coma Scale* (GCS) hanya ditemukan pada satu dokumen, sedangkan seluruh dokumen tidak mencantumkan skala nyeri. Tingkat pengisian status neurologis berkisar antara 0% -50%.

Tabel 4. Gambaran Kelengkapan Pengisian Status Oksigenasi (N=3)

No.	Komponen Status Oksigenasi	Hari ke 1			Hari ke 2			Hari ke 3		
		Kode Pasien			Kode Pasien			Kode Pasien		
		1	2	3	1	2	3	1	2	3
1.	Setting Ventilator/ Oksigen yang digunakan	-	✓	✓	✓	-	✓	✓	✓	✓
2.	Respiratory Rate (RR)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3.	SpO2	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Total (%)	66,6	100	100	100	66,6	100	100	100	100
-----------	------	-----	-----	-----	------	-----	-----	-----	-----

Keterangan: diisi (✓); tidak diisi (-)

Berdasarkan Tabel 5, diperoleh hasil bahwa komponen *Respiratory Rate* (RR) dan saturasi oksigen (SpO₂) terdokumentasi secara lengkap pada seluruh pasien selama periode pengamatan. Komponen *setting ventilator* sebagian besar telah terisi. Secara keseluruhan, tingkat kelengkapan pengisian status oksigenasi berkisar antara 66,6% hingga 100%.

Tabel 5. Gambaran Kelengkapan Pengisian Keseimbangan Cairan & Elektrolit (N=3)

No.	Komponen Keseimbangan Cairan & Elektrolit	Hari ke 1			Hari ke 2			Hari ke 3		
		Kode Pasien			Kode Pasien			Kode Pasien		
		1	2	3	1	2	3	1	2	3
1.	<i>Intake-Output</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
2.	<i>Balance cairan</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
3.	<i>Terapi/obat-obatan</i>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Total (%)		100	100	100	100	100	100	100	100	100

Keterangan: diisi (✓); tidak diisi (-)

Berdasarkan Tabel 6, diperoleh tingkat kelengkapan sebesar 100% pada seluruh lembar observasi yang diaudit. Persentase kelengkapan mencapai 100% pada seluruh periode pengamatan.

D. PEMBAHASAN

Hasil penelitian menunjukkan bahwa komponen identitas pasien memiliki tingkat kelengkapan yang relatif tinggi. Sebagian besar item, seperti tanggal, nama pasien, tanggal lahir, diagnosis medis, nomor rekam medis, ruang perawatan, dan hari rawat, telah terisi lengkap. Namun, masih ditemukan ketidaklengkapan pada item berat badan, jenis kelamin, dan identitas Perawat Penanggung Jawab Asuhan (PPJA). Berdasarkan informasi dari perawat ICU, ketidaklengkapan data berat badan disebabkan oleh keterbatasan memperoleh data pada pasien dengan penurunan kesadaran serta belum tersedianya alat yang dapat mengukur berat badan pasien kritis secara praktis. Sementara itu, identitas PPJA tidak selalu dicantumkan karena informasi tersebut telah tersedia pada sistem *Electronic Medical Record* (EMR), sehingga sebagian perawat menganggap pencatatan ulang pada lembar observasi sebagai bentuk duplikasi dokumentasi. Temuan ini sejalan dengan penelitian Patil dkk. (2023) yang menyatakan bahwa identitas pasien merupakan komponen penting dalam dokumentasi keperawatan untuk mendukung keselamatan pasien. Meskipun tingkat kelengkapan identitas tergolong tinggi, Chen & Gong (2022), menegaskan bahwa ketidaklengkapan identitas tetap berpotensi meningkatkan risiko kesalahan identifikasi dan pelayanan. Oleh karena itu, keterbatasan sarana serta persepsi mengenai redundansi dokumentasi perlu menjadi perhatian dalam upaya meningkatkan kepatuhan pengisian komponen identitas pada lembar observasi perawatan kritis.

Kelengkapan dokumentasi status hemodinamik belum optimal. Tekanan darah dan *heart rate* terdokumentasi secara lengkap pada seluruh pasien, sedangkan suhu tubuh hanya dicatat pada sebagian dokumen dan *Capillary Refill Time* (CRT) tidak terdokumentasi sama sekali. Berdasarkan informasi dari perawat ICU, pengukuran suhu tubuh lebih difokuskan pada pasien dengan gangguan termoregulasi, sedangkan pemeriksaan CRT umumnya dilakukan pada pasien dengan indikasi gangguan hemodinamik tertentu. Selain itu, tidak adanya petunjuk teknis (juknis) pengisian lembar observasi menyebabkan perbedaan persepsi antarperawat mengenai frekuensi pemantauan dan pendokumentasian parameter tersebut. Sebaliknya, tekanan darah dan *heart rate* terdokumentasi secara lengkap karena dipantau secara kontinu melalui *bedside monitor*, sehingga data mudah diperoleh dan dicatat. Temuan ini sejalan dengan Nuraeni dkk. (2022), yang menyatakan bahwa pemantauan hemodinamik merupakan aspek penting dalam perawatan pasien kritis karena berperan dalam menilai perfusi jaringan dan stabilitas sirkulasi. Ketidaklengkapan dokumentasi parameter hemodinamik berpotensi menghambat deteksi dini perubahan kondisi pasien dan pengambilan keputusan klinis. Oleh karena itu, keberadaan pedoman yang jelas, keseragaman persepsi antartugas, serta ketersediaan sarana pemantauan perlu diperhatikan untuk meningkatkan kelengkapan dokumentasi status hemodinamik.

Komponen status neurologis merupakan bagian dengan tingkat kelengkapan terendah. Sebagian besar dokumen tidak mencantumkan nilai *Glasgow Coma Scale* (GCS) maupun hasil pengkajian nyeri. Berdasarkan informasi dari perawat ICU, data GCS umumnya telah didokumentasikan pada catatan terintegrasi dalam sistem *Electronic Medical Record* (EMR), sehingga tidak selalu dicatat kembali pada lembar observasi perawatan kritis. Selain itu, sebagian besar pasien ICU berada dalam kondisi terintubasi dan mendapat terapi sedasi, sehingga penilaian GCS dianggap kurang representatif terhadap kondisi neurologis pasien. Pengkajian nyeri juga umumnya didokumentasikan pada formulir khusus yang terintegrasi dalam EMR, sehingga tidak selalu tercantum pada lembar observasi. Temuan ini menunjukkan bahwa ketidaklengkapan dokumentasi status neurologis tidak selalu mencerminkan bahwa pengkajian tidak dilakukan, tetapi dapat dipengaruhi oleh penggunaan media dokumentasi yang berbeda. Sejalan dengan Najoan & Anderson (2023), pengkajian neurologis merupakan komponen penting dalam pemantauan pasien kritis untuk mendeteksi perubahan kesadaran dan mengevaluasi respons terapi. Sementara itu, Silitonga dkk. (2020), menyatakan bahwa dokumentasi neurologis yang tidak lengkap berpotensi menghambat identifikasi dini perubahan kondisi pasien. Adanya pencatatan pada lembar observasi dan EMR secara terpisah juga berpotensi menyebabkan fragmentasi informasi, sehingga diperlukan sistem dokumentasi yang lebih terintegrasi untuk mendukung akses informasi klinis yang cepat, akurat, dan komprehensif.

Komponen status oksigenasi memiliki tingkat kelengkapan yang relatif baik. Parameter *respiratory rate* (RR) dan saturasi oksigen (SpO₂) terdokumentasi secara lengkap pada seluruh pasien, sedangkan parameter *setting* ventilator dan jenis oksigen yang digunakan belum selalu terisi secara konsisten. Tingginya kelengkapan dokumentasi RR dan SpO₂ dipengaruhi oleh pemantauan yang dilakukan secara kontinu melalui *bedside monitor*, sehingga data tersedia secara *real time* dan mudah dicatat oleh perawat. Sebaliknya, *setting* ventilator umumnya hanya didokumentasikan ketika terjadi perubahan pengaturan, terutama pada pasien yang menjalani proses *weaning*. Selain itu, dokumentasi terapi oksigen masih ditemukan tidak lengkap karena pencatatan sering kali hanya mencantumkan jenis alat oksigen tanpa disertai informasi laju aliran (*flow rate*). Temuan ini sejalan dengan Kim dkk. (2025), yang menyatakan bahwa pemantauan oksigenasi merupakan aspek penting dalam perawatan pasien kritis, terutama pada pasien dengan gangguan pernapasan atau penggunaan ventilator mekanik. Patil dkk.

(2023) juga menegaskan bahwa dokumentasi parameter oksigenasi yang lengkap diperlukan untuk mengevaluasi efektivitas terapi dan mendeteksi dini gangguan pernapasan. Dengan demikian, tingkat kelengkapan dokumentasi status oksigenasi dipengaruhi oleh karakteristik pemantauan parameter, frekuensi perubahan terapi, serta praktik pendokumentasian yang dilakukan oleh perawat.

Komponen keseimbangan cairan dan elektrolit memiliki tingkat kelengkapan tertinggi, dengan seluruh item terdokumentasi secara lengkap pada semua dokumen yang diaudit. Komponen yang diamati meliputi *intake-output*, balance cairan, serta terapi dan obat-obatan. Berdasarkan informasi dari perawat ICU, pencatatan keseimbangan cairan merupakan prosedur rutin yang wajib dilakukan, termasuk pengukuran output urin dan rekapitulasi *intake-output* pada setiap pergantian shift untuk menghitung balance cairan harian. Selain itu, dokumentasi terapi dan obat-obatan mendapat perhatian tinggi karena berkaitan langsung dengan kontinuitas pelayanan dan menjadi informasi penting dalam proses *handover* antarperawat. Temuan ini sejalan dengan Rosanti dkk. (2022) yang menyatakan bahwa pemantauan keseimbangan cairan merupakan aspek utama dalam perawatan pasien kritis karena berperan dalam menilai status hemodinamik, fungsi ginjal, dan efektivitas terapi. Kelengkapan dokumentasi pada komponen ini menunjukkan bahwa prosedur kerja yang jelas, pelaksanaan yang rutin, serta komunikasi yang efektif saat *handover* berkontribusi terhadap tingginya kepatuhan pendokumentasian oleh perawat.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat kelengkapan pengisian lembar observasi perawatan kritis bervariasi pada setiap komponen. Variasi tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain keterbatasan sarana, karakteristik pasien kritis, perbedaan persepsi antartugas, serta penggunaan media dokumentasi yang berbeda. Keterbatasan sarana, seperti belum tersedianya alat pengukur berat badan untuk pasien kritis, menjadi salah satu penyebab ketidaklengkapan dokumentasi identitas pasien. Sejalan dengan Sholihin dkk. (2020), yang menyatakan bahwa ketersediaan sarana atau fasilitas berperan dalam kelengkapan dokumentasi keperawatan. Selain itu, tidak adanya SOP atau petunjuk teknis pengisian lembar observasi menyebabkan perbedaan persepsi mengenai parameter yang perlu dipantau dan frekuensi pencatatannya. Kondisi ini sesuai dengan temuan Tadesse dkk. (2024), yang menegaskan pentingnya pedoman kerja yang jelas untuk meningkatkan konsistensi praktik keperawatan. Penggunaan *Electronic Medical Record* (EMR) juga memengaruhi praktik pendokumentasian. Beberapa informasi yang telah tercatat pada EMR, seperti identitas PPJA dan pengkajian neurologis, tidak selalu dicatat kembali pada lembar observasi perawatan kritis. Hal ini sejalan dengan Keristiana dkk. (2026), yang menyebutkan bahwa budaya kerja dan beban kerja perawat dapat memengaruhi kelengkapan dokumentasi. Selain itu, karakteristik pasien kritis yang sebagian besar terintubasi dan tersedasi turut memengaruhi pelaksanaan pengkajian neurologis dan nyeri (Severgnini dkk., 2016). Parameter yang dipantau secara kontinu melalui *bedside monitor*, seperti tekanan darah, nadi, *respiratory rate* (RR), dan saturasi oksigen, cenderung memiliki tingkat kelengkapan dokumentasi yang lebih tinggi dibandingkan parameter yang hanya dinilai pada kondisi klinis tertentu. Temuan ini didukung oleh (Leenen dkk., 2020) dan Yang dkk. (2024) yang menyatakan bahwa ketersediaan data fisiologis secara *real time* dapat meningkatkan ketepatan dokumentasi dan mendukung pemantauan kondisi pasien.

E. KESIMPULAN

Penelitian ini menunjukkan bahwa kelengkapan pengisian lembar observasi perawatan kritis oleh perawat belum optimal. Temuan ini menunjukkan bahwa kelengkapan dokumentasi cenderung lebih tinggi pada komponen yang memiliki prosedur kerja yang jelas, dilakukan secara rutin, dan menjadi fokus komunikasi antarperawat. Sebaliknya, ketidaklengkapan

dokumentasi dipengaruhi oleh perbedaan persepsi dalam pengisian formulir, adanya dokumentasi pada media lain, serta belum tersedianya pedoman khusus terkait pengisian lembar observasi perawatan kritis. Oleh karena itu, diperlukan upaya standarisasi dokumentasi melalui penyusunan pedoman pengisian, penguatan supervisi, dan integrasi sistem dokumentasi untuk meningkatkan kualitas pencatatan serta mendukung keselamatan pasien di ruang ICU.

F. REFERENSI

- Ali, S. R., Sleem, W. F., & Elsayed, W. A. (2016). A Retrospective Analysis of Nursing Documentation in The Intensive Care Unit. *Mansoura Nursing Journal (MNJ)*, 3(2), 188-197. <https://doi.org/10.21608/mnj.2016.149432>
- Chen, Y., & Gong, Y. (2022). Teamwork and Patient Safety in Intensive Care Units: Challenges and Opportunities. *Stu Health Technol Inform*, 6(290), 469-473. <https://doi.org/10.3233/SHTI220120>.Teamwork
- Effendi, R. (2022). Hubungan Supervisi Keperawatan dengan Kualitas Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Kemuning dan Dahlia RSUD Wale Kabupaten Cirebon. *Jurnal Ilmiah Indonesia*, 2(November), 966-975. <https://doi.org/10.36418/cerdika.v2i11.477>
- Imamah, I. N., Husain, F., & Mustika, Y. (2023). The Role of Nurse In Fulfilling The Family Needs Of Critical Patients in The ICU. *Jurnal Profesional Islam: Media Publikasi Penelitian*, 21(1), 33-37. <https://doi.org/10.26576/profesi.v21i1.200>
- Jurlina, Tondang, G., & Karo, M. B. (2025). Gambaran Karakteristik Pasien ICU di Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan Tahun 2021-2023. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Indonesia (JIKI)*, 1(1), 39-46. <https://aipvikireg1.org/index.php/jiki/article/view/24>
- Kemendes RI. (2010). *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1778/MENKES/SK/XII/2010* (hal. 20).
- Keristiana, N. W., Dwijayanto, I. M. R., & Fristalia, M. D. (2026). Association Between Knowledge Level and Workloa with The Completeness of Nursing Care Dokumentation in The Intensive Care Unit of Madani Regional Hospital, Central Sulawesi Province. *Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 14(1), 1-14. <https://doi.org/10.52236/ih.v14i1.859>
- Kim, M., Kim, Y., & Choi, M. (2025). Intensive Care Unit Nurses' Experiences of Nursing Concerns, Activities, and Documentation on Patient Deterioration: A Focus-Group Study. *Australian Critical Care*, 38(2), 101126. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2024.09.011>
- Kusumawati, Y., Ira, F., & Lumadi, S. A. (2022). Hubungan Antara Supervisi Perawat Dengan Kelengkapan Pengisian Dokumentasi Pengkajian Keperawatan. *Media Husada Journal of Nursing Science*, 3(1), 64-72. <https://doi.org/10.33475/mhjns.v3i1.77>
- Leenen, J. P. L., Leerentveld, C., Dijk, J. D. Van, & Van, H. L. (2020). Current Evidence for Continuous Vital Signs Monitoring by Wearable Wireless Devices in Hospitalized Adults: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 22(6), 18636. <https://doi.org/10.2196/18636>
- Leniwita, H., & Anggraini, Y. (2019). *Modul Dokumentasi Keperawatan*.
- Mardevian, D., Yuswadi, Yusuf, M., Jannah, N., & Mayasari, P. (2025). Evaluasi Kelengkapan

- Dokumentasi Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) Keperawatan: Studi Kasus. *Indonesian Journal of Health Science*, 5(3), 561-570. <https://doi.org/10.54957/ijhs.v5i3.1516>
- Marganita, N., Sommeng, F., Muchsin, A. H., Rochman, M. E., & Pratiwi, D. (2026). Karakteristik Pasien Stroke di Intensive Care Unit (icu) Rumah Sakit Ibnu Sina YW-Umi Tahun 2023-2024. *Jurnal Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*, 8(1), 1464-1477. <https://doi.org/10.31970/ma.v8i01.418>
- Megawati, S. W., Dewi, T., Nurohmat, A. D., & Muliani, R. (2020). Analisis Mortalitas Pasien di Ruang Intensive Care Unit (ICU) Sri. *Jurnal Kesehatan Indonesia*, 1(2), 127-135. <https://doi.org/10.33482/medika.v7i02.151>
- Najoran, L. J., & Anderson, E. (2023). Keberadaan Tingkat Kesadaran pada Sistem Pemantauan Kegawatan di Ruang Intensif. *Klabat Journal of Nursing*, 5(1), 74-79. <https://doi.org/10.37771/kjn.v5i1.914>
- Noorkasiani, Gustina, & Maryam, S. (2015). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 18(1), 1-8. <https://doi.org/10.7454/jki.v18i1.391>
- Nuraeni, A., Mirwanti, R., Sugiharto, F., Istiazahra, D., Sonandar, E. E., Komala, K., Hidayat, M. N., Virgianty, N. N., Anisa, N., Cahya, P., Restuti, S., & Pratiwi, W. (2022). Efikasi Pemantauan Hemodinamik Non-Invasif Pada Pasien Gagal Jantung: Literature Review. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*, 7(3), 94-102. <https://doi.org/10.30651/jkm.v7i3.14104>
- Patil, S. J., Ambulkar, R., & Kulkarni, A. P. (2023). Patient Safety in Intensive Care Unit : What can We Do Better? *Indian Journal of Critical Care Medicine*, 27(03), 163-165. <https://doi.org/10.4103/0972-5229.180042.4>
- Rosanti, E. F., Arianto, A. B., & Barus, L. S. (2022). Gambaran Karakteristik Pasien Kritis di Area Critical Unit. *Jurnal Kesehatan*, 10(1), 67-74. <https://doi.org/10.55912/jks.v10i1.51>
- Samsualam, Asnaniar, W. O. S., Fitriani, Ernasari, Handayani, D. E., Alam, R. I., Jama, F., & Taqiyah, Y. (2023). *Buku Referensi Keperawatan Holistik* (A. I. Agus, R. Hidayat, H. Amir, & Safruddin (ed.); Cetakan Pe). Eurika Media Aksara.
- Severgnini, P., Pelosi, P., Contino, E., Serafinelli, E., Novario, R., & Chiaranda, M. (2016). Accuracy of Critical Care Pain Observation Tool and Behavioral Pain Scale to assess pain in critically ill conscious and unconscious patients : prospective, observational study. *Journal of Intensive Care*, 4(68), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s40560-016-0192-x>
- Sholihin, Sukartini, T., & Nastiti, A. A. (2020). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Dokumentasi Keperawatan: A Systematic Review. *Jurnal Penelitian Kesehatan Suara Forikes*, 11(5), 222-227. <https://doi.org/10.33846/sf11301>
- Silitonga, D. C., Natalia, S., & Silalahi, E. (2020). Implementation Comfort Scale in Intensive Care Unit at One Private Hospital in Indonesia. *Nursing Current*, 8(2), 146-155. <https://doi.org/10.19166/nc.v8i2.3100>
- Soekerno, N., Ahsan, & Laily. (2025). Internal and External Determinants of Nursing Care Documentation: A Scoping Review in Inpatient Settings. *Jurnal Riset Kesehatan*, 17(2),

633-643. <https://doi.org/10.34011/juriskesbdg.v17i2.2943>

- Tadese, M., Endale, A., Asegidew, W., Tessema, S. D., & Shiferaw, W. (2024). Nursing patient record practice and associated factors among nurses working in North Shewa Zone public hospitals, Ethiopia. *Frontiers in Health Services, February*, 1-8. <https://doi.org/10.3389/frhs.2024.1340252>
- Yang, S., Galvagno, S., Badjatia, N., Stein, D., & Teeter, W. (2024). A Novel Continuous Real-Time Vital Signs Viewer for Intensive Care Units : Design and Evaluation Study. *JMIR Human Factors, 11*(1), 1-12. <https://doi.org/10.2196/46030>
- Yuliastanti, Y., & Wulandari, C. I. (2025). Analisis Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Dokumentasi Keperawatan: Literature Review. *Jurnal Kesehatan Masyarakat, 9*(1), 1637-1648. <https://doi.org/10.31004/prepotif.v9i1.43388>