



Optimalisasi Perencanaan, Pengorganisasian, dan Pelaksanaan Dokumentasi Implementasi Asuhan Keperawatan Melalui Sistem CARE TAG (*Clinical Assessment & Recording Evaluation – Training & Guidance*) di RS X Kabupaten Jember

Choiria Firdatul Ulfah^{1*}, Ardho Yuwono Wisnugati², Tantut Susanto³, Debie Saktyana Iriawandani⁴

^{1,2,3,4} Universitas Jember, Jember, 68131, Indonesia

Info Artikel	ABSTRAK
<p>Histori Artikel: Diajukan: 22 Agustus 2025 Direvisi: 5 Januari 2025 Diterima: 26 Januari 2025</p>	<p>Pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan indikator penting mutu pelayanan rumah sakit, namun masih sering mengalami ketidaklengkapan dan inkonsistensi. Audit internal di RS X Kabupaten Jember menunjukkan rendahnya kepatuhan dokumentasi, khususnya pada komponen SBAR, edukasi pasien, verifikasi oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP), dan instruksi profesional pemberi asuhan (PPA). Penelitian ini bertujuan menganalisis efektivitas penerapan sistem CARE-TAG (<i>Clinical Assessment & Recording Evaluation – Training & Guidance</i>) dalam meningkatkan kepatuhan dokumentasi keperawatan. Penelitian ini menggunakan desain pre–post intervention tanpa kelompok kontrol dengan pendekatan deskriptif. Subjek penelitian melibatkan 17 perawat di Ruang Catleya RS X yang dipilih melalui total sampling. Intervensi CARE-TAG dilakukan melalui in house training, penggunaan checklist monitoring harian, supervisi langsung, self-assessment, serta umpan balik real-time. Evaluasi dilakukan selama empat hari terhadap kelengkapan dokumentasi SBAR, instruksi PPA, edukasi pasien, discharge planning, dan verifikasi DPJP. Hasil penelitian menunjukkan peningkatan kepatuhan dokumentasi, dengan kelengkapan SBAR meningkat dari 61,54% menjadi 100% dan instruksi PPA mencapai kepatuhan penuh sejak hari ketiga. Dokumentasi edukasi pasien dan discharge planning mencapai 84,6%, sementara verifikasi DPJP masih rendah. CARE-TAG efektif meningkatkan kepatuhan dokumentasi keperawatan dalam jangka pendek dan memerlukan dukungan kolaborasi interprofesional serta integrasi teknologi untuk keberlanjutan.</p>
<p>Kata kunci: Dokumentasi Keperawatan Kepatuhan CARE-TAG Mutu Pelayanan EMR</p>	<p><i>Nursing care documentation is a key indicator of hospital service quality; however, it often remains incomplete and inconsistent. An internal audit at Hospital X in Jember Regency revealed low compliance in nursing documentation, particularly in SBAR components, patient education, verification by attending physicians, and professional caregiver instructions. This study aimed to analyze the effectiveness of the CARE-TAG (Clinical Assessment & Recording Evaluation – Training & Guidance) system in improving nursing documentation compliance. This study employed a pre–post intervention design without a control group using a descriptive approach. The participants were 17 nurses working in the Catleya Ward of Hospital X, recruited through total sampling. The CARE-TAG intervention included in-house training, daily monitoring checklists, direct supervision, self-assessment, and real-time feedback. Documentation compliance was evaluated over four consecutive days, focusing on SBAR documentation, professional caregiver instructions, patient education, discharge planning, and physician verification. The findings showed improved documentation compliance, with SBAR completeness increasing from 61.54% to 100% and professional caregiver instructions achieving full compliance by the third day. Documentation of patient education and discharge planning reached 84.6%, whereas physician verification remained low. CARE-TAG was effective in improving short-term nursing documentation compliance and requires strengthened interprofessional collaboration and health information technology integration to ensure sustainability.</i></p> <p>Copyright © 2026 Author(s). All rights reserved</p>
<p>Keywords: <i>Nursing Documentation Compliance CARE-TAG Quality Of Care, EMR.</i></p>	
<p>Penulis Korespondensi: Choiria Firdatul Ulfah Email: choiriafu@gmail.com</p>	

I. PENDAHULUAN

Pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan komponen esensial dalam praktik keperawatan profesional dan menjadi indikator utama mutu pelayanan rumah sakit. Dokumentasi yang lengkap, akurat, dan tepat waktu berfungsi sebagai dasar komunikasi klinis, pengambilan keputusan multidisiplin, serta jaminan keselamatan pasien (Mardiati et al., 2025). Namun, berbagai penelitian menunjukkan bahwa praktik dokumentasi keperawatan masih menghadapi tantangan signifikan, seperti ketidaklengkapan pencatatan, keterlambatan dokumentasi, serta ketidaksesuaian format dengan alur klinis yang seharusnya (De Oliveira & Peres, 2021). Kondisi ini berpotensi menyebabkan informasi klinis tidak tercatat secara real time, sehingga menurunkan kualitas pengambilan keputusan dan kontinuitas pelayanan (Hardido et al., 2023). Beban administratif yang tinggi juga sering mendorong perawat memprioritaskan tindakan langsung dibandingkan pencatatan, yang pada akhirnya berdampak pada mutu dokumentasi dan keselamatan pasien (Bachnick et al., 2023; Mkhonto et al., 2025).

Permasalahan mutu dokumentasi keperawatan merupakan isu global yang juga terjadi di negara dengan sistem kesehatan yang mapan. Audit mutu di Mother-and-Child University Hospital, Kanada, melaporkan bahwa kepatuhan dokumentasi prosedur keperawatan hanya mencapai 76% pada tahun 2021 dan menurun menjadi 69% pada tahun 2022, dengan penurunan paling signifikan terjadi pada shift malam (Michaud et al., 2024). Studi lain menunjukkan variasi kepatuhan dokumentasi antara 62,3% hingga 93,4% tergantung indikator yang dinilai (Silva et al., 2021). Tinjauan sistematis juga mengonfirmasi bahwa intervensi berupa audit berkala dan umpan balik personal mampu meningkatkan kepatuhan dokumentasi hingga di atas 70%, terutama ketika dikombinasikan dengan sistem electronic health records (EHR) yang terintegrasi (Adane et al., 2022).

Temuan global tersebut sejalan dengan kondisi lokal di salah satu rumah sakit di Kabupaten Jember. Hasil audit internal menunjukkan bahwa hanya 66,8% dokumentasi keperawatan yang memenuhi standar mutu, jauh di bawah target ideal >90%. Kepatuhan terhadap verifikasi instruksi dokter dan pencatatan evaluasi harian bahkan lebih rendah, khususnya pada shift malam. Data ini mengindikasikan bahwa permasalahan dokumentasi bukan semata disebabkan oleh kompetensi individu perawat, tetapi juga oleh sistem monitoring dan penguatan perilaku pencatatan yang belum optimal. Ketidakhadiran mekanisme pengingat harian dan umpan balik langsung membuat kesalahan atau kelalaian dokumentasi sering terlambat teridentifikasi dan diperbaiki (De Oliveira & Peres, 2021; Purwandari et al., 2022; Tadese et al., 2024).

Berbagai studi menunjukkan bahwa rendahnya mutu dokumentasi dipengaruhi oleh persepsi perawat yang masih memandang dokumentasi sebagai beban administratif, perbedaan pemahaman terhadap indikator wajib pencatatan, serta kurangnya integrasi antara sistem pelaporan dan evaluasi kinerja (Gurung, 2022). Tanpa adanya sistem yang mampu memberikan pengingat, monitoring harian, serta umpan balik real-time, upaya peningkatan dokumentasi cenderung bersifat sementara dan tidak berkelanjutan. Oleh karena itu, diperlukan pendekatan inovatif yang tidak hanya berfokus pada pelatihan, tetapi juga pada penguatan perilaku dan pemantauan kinerja dokumentasi secara berkelanjutan.

Sebagai respons terhadap permasalahan tersebut, dikembangkan sistem CARE-TAG (Clinical Assessment & Recording Evaluation – Training & Guidance), yaitu pendekatan terintegrasi yang mengombinasikan pelatihan in house dengan monitoring dokumentasi berbasis checklist harian. CARE-TAG menitikberatkan pada lima indikator utama dokumentasi keperawatan, yaitu kelengkapan pencatatan SBAR, kepatuhan verifikasi, kelengkapan instruksi profesional pemberi asuhan (PPA), dokumentasi edukasi pasien, dan discharge planning. Sistem ini dirancang tidak hanya sebagai alat evaluasi kuantitatif, tetapi juga sebagai sarana refleksi dan penguatan perilaku melalui guidance dan umpan balik langsung. Dengan demikian, CARE-TAG diharapkan mampu menjembatani kesenjangan antara standar dokumentasi dan praktik klinis sehari-hari, sekaligus memperkuat peran manajerial dalam pengendalian mutu dokumentasi keperawatan.

Berdasarkan uraian tersebut, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis efektivitas penerapan sistem CARE-TAG terhadap peningkatan kepatuhan dan mutu dokumentasi keperawatan di ruang rawat inap rumah sakit. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi ilmiah dalam pengembangan strategi peningkatan mutu dokumentasi keperawatan serta menjadi dasar pengambilan keputusan manajerial dalam mendukung keselamatan pasien dan kualitas pelayanan rumah sakit.

II. METODE

Penelitian ini menggunakan desain pre–post intervention tanpa kelompok kontrol dengan pendekatan deskriptif untuk mengevaluasi efektivitas penerapan sistem CARE-TAG (Clinical Assessment & Recording Evaluation – Training & Guidance) dalam meningkatkan mutu dokumentasi keperawatan. Desain ini dipilih untuk menggambarkan perubahan kepatuhan dokumentasi sebelum dan sesudah intervensi pada satu kelompok yang sama dalam konteks praktik klinis nyata.

Penelitian dilaksanakan di Ruang Catleya RS X Kabupaten Jember pada tanggal 4–16 Agustus 2025. Populasi penelitian adalah seluruh perawat pelaksana yang bertugas di ruangan tersebut. Teknik pengambilan sampel menggunakan total sampling, sehingga seluruh perawat yang memenuhi kriteria inklusi dilibatkan sebagai responden. Kriteria inklusi meliputi perawat yang aktif bertugas selama periode penelitian dan mengikuti rangkaian in house training serta penerapan CARE-TAG secara penuh. Jumlah responden dalam penelitian ini adalah 17 perawat.

Intervensi CARE-TAG dilakukan dalam dua tahap utama. Tahap pertama berupa in house training yang bertujuan meningkatkan pemahaman dan keterampilan perawat terkait standar dokumentasi asuhan keperawatan, khususnya pada komponen SBAR, instruksi profesional pemberi asuhan (PPA), edukasi pasien, discharge planning, serta verifikasi oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP). Pelatihan dilaksanakan secara tatap muka menggunakan pendekatan berbasis kasus klinis. Pada tahap ini dilakukan pengukuran pengetahuan perawat melalui pre-test dan post-test. Tahap kedua adalah penerapan CARE-TAG selama empat hari berturut-turut, yang meliputi penggunaan checklist monitoring harian, alokasi waktu khusus untuk pencatatan, supervisi langsung oleh kepala ruangan, self-assessment oleh perawat, verifikasi acak, serta pemberian umpan balik secara real-time.

Instrumen penelitian terdiri atas dua jenis. Instrumen pertama adalah kuesioner pengetahuan tentang dokumentasi asuhan keperawatan yang digunakan pada tahap pre-test dan post-test. Kuesioner ini disusun dalam bentuk pilihan ganda dan telah melalui uji validitas isi oleh pakar keperawatan. Instrumen kedua adalah checklist CARE-TAG yang digunakan untuk monitoring harian kelengkapan dokumentasi. Checklist ini mencakup lima indikator utama, yaitu kelengkapan dokumentasi SBAR, kepatuhan verifikasi SOAPIER oleh DPJP, kelengkapan instruksi PPA, dokumentasi edukasi pasien, dan discharge planning. Checklist CARE-TAG dikembangkan berdasarkan standar dokumentasi keperawatan rumah sakit dan digunakan sebagai alat evaluasi kuantitatif sekaligus refleksi praktik klinis.

Prosedur pengumpulan data dilakukan secara bertahap, dimulai dari persiapan instrumen dan koordinasi dengan manajemen keperawatan, pelaksanaan in house training, penerapan CARE-TAG dengan observasi langsung dan penilaian dokumentasi harian, hingga tahap evaluasi. Untuk meminimalkan potensi bias observasi dan efek Hawthorne, monitoring dilakukan secara rutin sebagai bagian dari aktivitas pelayanan, dan umpan balik diberikan secara konstruktif tanpa sanksi.

Analisis data dilakukan secara deskriptif, meliputi distribusi frekuensi, persentase, dan nilai rata-rata. Hasil pre-test dan post-test disajikan dalam bentuk perbandingan rata-rata nilai pengetahuan dan kategori tingkat pengetahuan. Sementara itu, hasil penerapan CARE-TAG disajikan dalam bentuk tabel dan grafik tren kepatuhan dokumentasi harian. Analisis inferensial tidak dilakukan karena tujuan penelitian berfokus pada evaluasi awal efektivitas intervensi dan keterbatasan jumlah sampel... Penelitian ini telah memperoleh izin dari manajemen rumah sakit dan dilaksanakan dengan memperhatikan prinsip etika penelitian, termasuk kerahasiaan data responden dan partisipasi secara sukarela.

III. HASIL DAN DISKUSI

III.1 Karakteristik Responden dan Dampak In House Training

Karakteristik peserta in house training menunjukkan bahwa mayoritas responden berada pada kelompok usia 36–45 tahun (42,9%), dengan latar belakang pendidikan Profesi Ners dan D3 Keperawatan yang proporsinya seimbang (masing-masing 50%). Sebagian besar responden memiliki pengalaman kerja 11–20 tahun (57,1%) dan menjabat sebagai perawat pelaksana (50,0%). Komposisi ini mencerminkan dominasi perawat dengan pengalaman kerja menengah yang secara teoritis memiliki kesiapan adaptasi terhadap perubahan praktik kerja, termasuk dalam aspek dokumentasi keperawatan.

Tabel 1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Peserta dan Hasil *In House Training* di Rumah Sakit X Jember (n=14)

Variabel	Kategori	Frekuensi	(%)
Usia (tahun)	25–35	3	21,4
	36–45	6	42,9
	46–55	4	28,6
	56–65	1	7,1
Pendidikan Terakhir	Profesi Ners	7	50,0
	D3 Keperawatan	7	50,0
Lama Bekerja (tahun)	0–10	2	14,3
	11–20	8	57,1
	21–30	4	28,6
Jabatan	Kepala Ruangan	6	42,9
	Perawat Pelaksana	7	50,0
	PJ Perawat Ruangan	1	7,1
Hasil <i>In Pre Test</i> dan <i>Post Test In House Training</i>			
Hasil Pre-Test	Cukup (C)	1	7,1
	Baik (B)	9	64,3
	Baik Sekali (A)	4	28,6
Hasil Post-Test	Cukup (C)	1	7,1
	Baik (B)	2	14,3
	Baik Sekali (A)	11	78,6

Hasil evaluasi pre-test menunjukkan bahwa sebagian besar peserta memiliki tingkat pengetahuan kategori baik (64,3%) dengan rata-rata nilai 69,29. Setelah pelaksanaan in house training, proporsi peserta dengan kategori pengetahuan baik sekali meningkat menjadi 78,6% dengan rata-rata nilai 80,71. Peningkatan ini mengindikasikan bahwa pelatihan berbasis standar dan studi kasus mampu memperkuat pemahaman konseptual dan teknis perawat terkait dokumentasi asuhan keperawatan. Namun demikian, peningkatan pengetahuan ini belum dapat secara langsung menjamin keberlanjutan praktik dokumentasi yang konsisten tanpa dukungan sistem monitoring, sebagaimana ditegaskan dalam literatur tentang mutu dokumentasi keperawatan (Shinta & Bunga, 2024).

Pada tahap penerapan CARE-TAG, seluruh perawat di Ruang Cathleya RS X Jember yang terlibat berjumlah 17 orang. Mayoritas perawat berada pada kelompok usia 25–35 tahun (52,94%) dengan tingkat pendidikan Profesi Ners sebesar 88,2%. Dari segi pengalaman kerja, sebagian besar perawat memiliki masa kerja 11–20 tahun (47,06%).

Tabel 2 Distribusi Frekuensi Karakteristik Perawat di Ruang Cathleya Rumah Sakit X Jember (n=17)

Variabel	Kategori	Frekuensi	(%)
Usia (tahun)	25–35	9	52,94
	36–45	6	35,29
	46–55	2	11,76
Pendidikan Terakhir	D3 Keperawatan	2	11,8
	Profesi Ners	15	88,2
Lama Bekerja (tahun)	0–10	5	29,41
	11–20	8	47,06
	21–30	4	23,53

Kondisi ini menunjukkan bahwa implementasi CARE-TAG didukung oleh sumber daya manusia dengan tingkat pendidikan dan pengalaman yang relatif baik. Kombinasi antara perawat senior dan perawat usia produktif memungkinkan terjadinya transfer pengetahuan dan penguatan budaya dokumentasi, terutama ketika difasilitasi oleh sistem monitoring harian yang terstruktur.

Hasil evaluasi penerapan CARE-TAG selama empat hari menunjukkan tren peningkatan kepatuhan dokumentasi keperawatan pada beberapa indikator utama. Kelengkapan dokumentasi SBAR meningkat secara bertahap dari 61,54% pada hari pertama menjadi 100% pada hari keempat.

Tabel 3 Evaluasi Penerapan Clinical Assessment & Recording Evaluation (CARE-TAG) di Ruang Cathleya Rumah Sakit X Jember (n=17)

Indikator	Hari 1	Hari 2	Hari 3	Hari 4	Rerata / Temuan Utama
Pencatatan SBAR (kebutuhan pasien)	84,6%	84,6%	84,6%	84,6%	Mayoritas pasien (84,6%) memerlukan SBAR tiap shift
Kelengkapan dokumentasi SBAR	61,54% sesuai, 30,77% tidak lengkap, 7,69% tidak ada	70,00% sesuai, 20,00% tidak lengkap, 10,00% tidak ada	88,89% sesuai, 11,11% tidak lengkap, 0% tidak ada	100% sesuai, 0% tidak lengkap, 0% tidak ada	Ada tren peningkatan kepatuhan hingga 100% di hari ke-4
Verifikasi SOAPIER oleh DPJP	53,8% tidak diverifikasi, 46,2% diverifikasi	53,8% tidak diverifikasi, 46,2% diverifikasi	53,8% tidak diverifikasi, 46,2% diverifikasi	53,8% tidak diverifikasi, 46,2% diverifikasi	Mayoritas SOAPIER belum diverifikasi (53,8%)
Kelengkapan instruksi PPA	73,08% lengkap, 15,38% sebagian, 7,69% kosong	95,83% lengkap, 4,17% sebagian, 0% kosong	100% lengkap	100% lengkap	Kepatuhan meningkat, hari 3–4 seluruhnya sesuai standar
Tanda tangan instruksi PPA (DPJP)	53,8% belum ditandatangani, 46,2% ditandatangani	53,8% belum ditandatangani, 46,2% ditandatangani	53,8% belum ditandatangani, 46,2% ditandatangani	53,8% belum ditandatangani, 46,2% ditandatangani	Mayoritas instruksi PPA belum ditandatangani DPJP (53,8%)
Pencatatan edukasi pasien	84,6% dilakukan, 15,4% tidak dilakukan	84,6% dilakukan, 15,4% tidak dilakukan	84,6% dilakukan, 15,4% tidak dilakukan	84,6% dilakukan, 15,4% tidak dilakukan	Sebagian besar edukasi pasien terdokumentasi (84,6%)
Pencatatan discharge planning	84,6% dilakukan, 15,4% tidak dilakukan	84,6% dilakukan, 15,4% tidak dilakukan	84,6% dilakukan, 15,4% tidak dilakukan	84,6% dilakukan, 15,4% tidak dilakukan	Sebagian besar discharge planning terdokumentasi (84,6%)

Peningkatan ini menunjukkan bahwa format SBAR yang terstandar, apabila diperkuat dengan checklist harian dan umpan balik langsung, mampu meningkatkan konsistensi pencatatan kebutuhan pasien. Temuan ini mendukung hasil penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa SBAR berperan penting dalam meningkatkan kualitas komunikasi klinis dan memperkuat budaya keselamatan pasien (Shinta & Bunga, 2024).

Pada indikator kelengkapan instruksi profesional pemberi asuhan (PPA), kepatuhan meningkat dari 73,08% pada hari pertama menjadi 100% sejak hari ketiga. Peningkatan yang relatif cepat ini menunjukkan bahwa indikator dokumentasi yang sepenuhnya berada dalam kewenangan perawat lebih responsif terhadap intervensi berbasis pelatihan dan monitoring. Hal ini menguatkan argumen bahwa standarisasi pencatatan melalui checklist harian efektif dalam membantu perawat mempertahankan praktik dokumentasi yang sesuai standar.

Sebaliknya, indikator verifikasi oleh dokter penanggung jawab pasien (DPJP), baik pada dokumentasi SOAPIER maupun tanda tangan instruksi PPA, menunjukkan hasil yang stagnan. Sebanyak 53,8% dokumentasi masih belum diverifikasi selama seluruh periode evaluasi. Temuan ini menegaskan bahwa kelemahan dokumentasi tidak semata-mata berada pada perawat, tetapi juga dipengaruhi oleh mekanisme koordinasi lintas profesi. Kondisi ini sejalan dengan temuan Salim et al. (2021) yang menyatakan bahwa keterlambatan atau kelalaian verifikasi dokter merupakan salah satu penyebab utama ketidaklengkapan dokumen klinis. Tidak adanya sistem pengingat atau blokir dalam

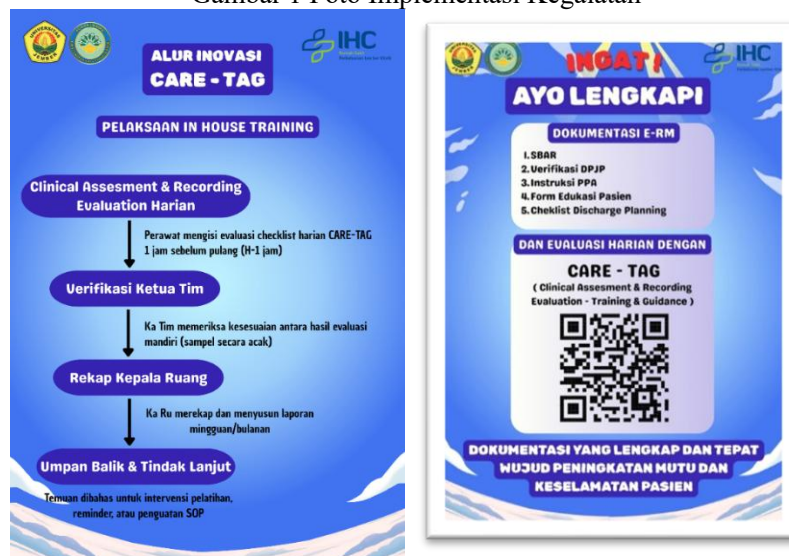
EMR membuat proses verifikasi sangat bergantung pada inisiatif individu, sehingga sulit mencapai kepatuhan optimal.

Pada indikator pencatatan edukasi pasien, kepatuhan relatif stabil sebesar 84,6% selama periode monitoring. Stabilitas ini menunjukkan bahwa perawat telah memiliki kesadaran profesional yang cukup baik terhadap pentingnya peran edukatif dalam asuhan keperawatan. Pencatatan edukasi yang terstruktur diketahui dapat memperkuat hubungan terapeutik dan meningkatkan kepatuhan pasien terhadap rencana perawatan (Ryu et al., 2023).

Demikian pula, pencatatan discharge planning menunjukkan capaian yang cukup baik, namun belum sepenuhnya optimal. Beban kerja yang tinggi dan keterbatasan waktu, terutama pada shift sibuk, masih menjadi kendala utama. Temuan ini sejalan dengan penelitian Dwiastuti dan Handayani (2022) yang menyatakan bahwa tingginya beban kerja berdampak negatif terhadap kualitas pencatatan discharge planning. CARE-TAG mampu meningkatkan kesadaran perawat terhadap pentingnya discharge planning, namun efektivitasnya masih terbatas tanpa dukungan manajemen beban kerja yang lebih proporsional.



Gambar 1 Foto Implementasi Kegiatan



Gambar 2. Inovasi CARE TAG

Gambar 1 memperlihatkan pelaksanaan CARE-TAG secara operasional melalui kegiatan in house training, pendampingan, supervisi langsung, dan penggunaan checklist monitoring harian yang terintegrasi dengan aktivitas pelayanan keperawatan. Visual ini menunjukkan keterlibatan aktif perawat dan peran kepala ruangan dalam memberikan umpan balik real-time, sehingga proses perbaikan dokumentasi dapat dilakukan segera dan kontekstual tanpa mengganggu alur pelayanan. Sementara itu, Gambar 2 menyajikan skema inovasi CARE-TAG sebagai suatu sistem siklik yang menghubungkan komponen pelatihan, monitoring, evaluasi, dan guidance secara berkelanjutan. Skema tersebut menegaskan bahwa CARE-TAG tidak hanya berfungsi sebagai alat audit dokumentasi, tetapi juga sebagai mekanisme penguatan perilaku dan refleksi praktik yang memungkinkan perawat mengidentifikasi kekurangan pencatatan dan melakukan perbaikan secara langsung. Integrasi antara implementasi lapangan dan kerangka konseptual yang ditunjukkan pada kedua gambar ini memperkuat

pemahaman bahwa CARE-TAG merupakan pendekatan sistematis yang menjembatani peningkatan pengetahuan dengan konsistensi praktik dokumentasi keperawatan, sekaligus mendukung pengendalian mutu dan keselamatan pasien di rumah sakit.

Secara keseluruhan, hasil penelitian menunjukkan bahwa CARE-TAG efektif meningkatkan kepatuhan dokumentasi keperawatan dalam jangka pendek, terutama pada indikator yang berada di bawah kewenangan langsung perawat. Namun, stagnasi pada indikator verifikasi DPJP menegaskan bahwa mutu dokumentasi keperawatan dipengaruhi oleh ekosistem kerja yang lebih luas, termasuk kolaborasi interprofesional dan dukungan teknologi. Temuan ini sejalan dengan Prasetyo et al. (2023) yang menekankan bahwa kualitas dokumentasi tidak hanya ditentukan oleh kompetensi individu, tetapi juga oleh sistem kerja dan integrasi lintas profesi.

Dengan demikian, CARE-TAG dapat dipandang sebagai intervensi awal yang efektif, namun perlu dikombinasikan dengan kebijakan manajerial, penguatan kolaborasi dokter–perawat, serta integrasi sistem elektronik agar peningkatan mutu dokumentasi dapat berkelanjutan dan berdampak pada keselamatan pasien.

IV. KESIMPULAN

Penerapan sistem Clinical Assessment & Recording Evaluation – Training & Guidance (CARE-TAG) terbukti efektif dalam meningkatkan kepatuhan dan kualitas dokumentasi keperawatan dalam jangka pendek, khususnya pada komponen dokumentasi yang berada di bawah kewenangan langsung perawat. Intervensi ini mampu memperbaiki konsistensi pencatatan SBAR, kelengkapan instruksi profesional pemberi asuhan, serta dokumentasi edukasi pasien dan discharge planning melalui kombinasi pelatihan terstruktur, monitoring harian, dan umpan balik real-time. Temuan ini menunjukkan bahwa pendekatan sistematis yang mengintegrasikan aspek edukatif dan pengawasan operasional dapat memperkuat perilaku dokumentasi keperawatan di lingkungan klinis.

Namun demikian, penelitian ini juga mengidentifikasi keterbatasan signifikan pada aspek verifikasi oleh dokter penanggung jawab pasien, yang tidak mengalami peningkatan selama periode intervensi. Kondisi tersebut menegaskan bahwa mutu dokumentasi keperawatan tidak hanya ditentukan oleh kompetensi dan kepatuhan perawat, tetapi sangat dipengaruhi oleh kolaborasi interprofesional dan dukungan sistem kerja yang terintegrasi. Oleh karena itu, CARE-TAG perlu dikembangkan lebih lanjut sebagai bagian dari strategi manajemen mutu rumah sakit yang melibatkan tenaga medis dan didukung oleh sistem teknologi informasi, seperti pengingat otomatis atau integrasi dengan rekam medis elektronik.

Secara keseluruhan, CARE-TAG berpotensi menjadi model awal penguatan dokumentasi keperawatan yang aplikatif dan berorientasi pada perbaikan mutu pelayanan. Penelitian lanjutan dengan desain yang lebih kuat, periode evaluasi yang lebih panjang, serta penerapan pada unit layanan yang berbeda diperlukan untuk menilai keberlanjutan dampak intervensi dan kaitannya dengan keselamatan pasien serta outcome klinis.

DAFTAR PUSTAKA

- Adane, K., Walle, A. D., Shibabaw, A. A., & Kassie, S. Y. (2022). Strategies to improve nursing documentation practice in hospitals: A systematic review. *BMC Nursing*, 21(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00876-3>
- Bachnick, S., Mkhonto, F., & Ntuli, T. (2023). Administrative workload and its impact on nursing documentation quality: A qualitative study. *Journal of Nursing Management*, 31(4), 567–575. <https://doi.org/10.1111/jonm.13742>
- De Oliveira, N. B., & Peres, H. H. C. (2021). Quality of the documentation of the nursing process in clinical decision support systems. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3426. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4510.3426>
- Dwiastuti, M., & Handayani, L. T. (2022). Faktor yang memengaruhi kualitas discharge planning dalam pelayanan keperawatan. *Jurnal Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan*, 5(2), 85–94. <https://doi.org/10.32584/jkkm.v5i2.1823>

- Gurung, N. (2022). Knowledge and practice of documentation techniques among staff nurses. *Journal of College of Medical Sciences–Nepal*, 18(1), 36–41. <https://doi.org/10.3126/jcmsn.v18i1.43293>
- Hardido, T. G., Kedida, B. D., & Kigongo, E. (2023). Nursing documentation practices and related factors in patient care: A systematic review and meta-analysis. *Advances in Medicine*, 2023, 5565226. <https://doi.org/10.1155/2023/5565226>
- Mardiati, M., Rahmawati, I., & Asmaningrum, N. (2025). Factors hindering nursing care documentation: A scoping review. *Indonesian Journal of Global Health Research*, 7(2), 1087–1098. <https://doi.org/10.37287/ijghr.v7i2.5760>
- Michaud, K., Tremblay, D., & Gagnon, M. P. (2024). Audit of nursing documentation compliance in acute care settings: A longitudinal study. *Journal of Clinical Nursing*, 33(5–6), 1234–1243. <https://doi.org/10.1111/jocn.16921>
- Mkhonto, F., Ntuli, T., & Mabunda, N. F. (2025). Barriers to quality nursing documentation in clinical practice: A qualitative study. *Curationis*, 48(1), a2737. <https://doi.org/10.4102/curationis.v48i1.2737>
- Prasetyo, A., Purwandari, R., & Kurniawan, D. E. (2023). Nursing documentation quality and interprofessional collaboration in hospital settings. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 26(2), 101–110. <https://doi.org/10.7454/jki.v26i2.1432>
- Purwandari, R., Kurniawan, D. E., & Kotimah, S. K. (2022). Nursing documentation practice in accredited hospitals. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 25(1), 42–51. <https://doi.org/10.7454/jki.v25i1.1139>
- Ryu, H., Kim, S., & Lee, J. (2023). Structured patient education documentation and its impact on patient adherence: A mixed-methods study. *Journal of Clinical Nursing*, 32(9–10), 2150–2160. <https://doi.org/10.1111/jocn.16587>
- Salim, M., Hidayat, R., & Sari, D. P. (2021). Physician verification as a determinant of clinical documentation completeness. *International Journal of Health Documentation*, 6(2), 89–97.
- Shinta, R., & Bunga, A. (2024). Implementation of SBAR communication to improve patient safety culture in hospitals. *Jurnal Keperawatan Klinis*, 11(1), 45–53.
- Silva, A. C., Pereira, M. L., & Costa, R. S. (2021). Compliance with nursing documentation standards: A cross-sectional study. *Nursing Open*, 8(6), 3214–3222. <https://doi.org/10.1002/nop2.910>
- Tadese, M., Endale, A., Asegidew, W., Tessema, S. D., & Shiferaw, W. S. (2024). Nursing patient record practice and associated factors among nurses working in public hospitals. *Frontiers in Health Services*, 4, 1340252. <https://doi.org/10.3389/frhs.2024.1340252>