

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Diabetes melitus (DM) merupakan penyakit gangguan metabolik yang ditandai dengan tingginya kadar gula dalam darah. DM juga merupakan salah satu penyakit tidak menular (PTM) (Husain et al., 2022). Berdasarkan data yang diperoleh *International Diabetes Federation* (IDF), diperkirakan penyandang DM di seluruh dunia pada orang dewasa (umur 20-79 tahun) di tahun 2021 mencapai 537 juta orang (IDF, 2021). Indonesia menempati posisi ke lima di seluruh dunia dengan jumlah penderita DM sebanyak 19,47 juta atau 10,6% dari jumlah total penduduk Indonesia yang berjumlah 179,72 juta (Dinkes Kota Yogyakarta, 2020). Di Kota Yogyakarta, prevalensi penyandang DM berdasarkan data Riskesdas 2018 sebesar 4,79% atau 15,540 jiwa (Dinkes Kota Yogyakarta, 2020). Jumlah penyandang DM yang mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai standar bagi penyandang DM di Kota Yogyakarta sebesar 71% dari total prevalensi atau sejumlah 11.046 orang (Dinkes Kota Yogyakarta, 2020).

Komplikasi DM terbagi menjadi komplikasi akut, dan komplikasi kronis. Pada komplikasi akut dapat terjadi ketoasidosis diabetik (KAD), status hiperglikemi hiperosmolar (SHH), dan hipoglikemia. Komplikasi kronis terbagi menjadi dua yaitu makrovaskular dan mikrovaskular (Kemenkes RI, 2020). Komplikasi mikrovaskular meliputi neuropati, retinopati dan nefropati, sedangkan komplikasi makrovaskular meliputi

penyakit serebrovaskular, penyakit arteri perifer, dan penyakit jantung koroner (Suryanegara et al, 2021). Berdasarkan profil kesehatan Dinas Kesehatan DIY (2021), DM termasuk kedalam 10 besar penyakit pada pasien yang menjalani rawat inap di rumah sakit dan berdasarkan laporan pada program surveilans terpadu penyakit (STP), DM tipe dua menempati posisi ketiga dengan jumlah 6818 pasien, dan DM tipe satu menempati posisi ke sembilan dengan jumlah 2004 pasien. Tingginya jumlah penyandang DM yang menjalani rawat inap di rumah sakit menunjukkan seriusnya masalah DM jika tidak ditangani secara komprehensif (Dinkes Kota Yogyakarta, 2019). Selama dalam masa perawatan di rumah sakit, dokumentasi asuhan keperawatan menjadi salah satu aspek untuk memonitor perkembangan pasien yang dapat dijadikan tolok ukur kualitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien.

Dokumentasi adalah sebagai alat bukti tanggung jawab dan tanggung gugat oleh perawat profesional dalam menjalankan tugasnya karena pendokumentasian asuhan keperawatan yang akurat dan berkesinambungan adalah kewajiban seorang perawat (Jaya et al., 2019). Dokumentasi keperawatan yang baik ditulis secara singkat, jelas, lengkap, akurat, dan terkini (Asmirajanti et al., 2019). Dokumentasi keperawatan adalah suatu aspek penting dalam kegiatan keperawatan yang harus disimpan dan dijaga kerahasiaannya (Kurniawandari & Fatimah, 2019).

Dokumentasi asuhan keperawatan memiliki banyak manfaat. Dokumentasi asuhan keperawatan bermanfaat sebagai alat komunikasi

antara pemberi asuhan keperawatan, sebagai jaminan kualitas pelayanan kesehatan pada pasien, sebagai sarana pendidikan bagi siswa dan sebagai sumber penelitian, sebagai standar pendokumentasian yang mudah dipertanggungjawabkan dan digunakan sebagai perlindungan atas gugatan karena memiliki standar hukum. Dokumentasi asuhan keperawatan juga bermanfaat sebagai acuan pertimbangan perhitungan biaya keperawatan yang diberikan pada pasien (Fatimah & Nuryaningsih, 2018)(Fatimah & Nuryaningsih, 2018). Menurut Nursalam (2009), dokumentasi asuhan keperawatan bermanfaat sebagai hukum yang dapat digunakan sewaktu-waktu dan barang bukti di pengadilan yang berhubungan dengan keperawatan jika terjadi gugatan yang dilakukan pasien maupun keluarga..

Dokumentasi asuhan keperawatan terdiri dari komponen pengkajian, diagnosis, rencana, implementasi, dan evaluasi keperawatan. Pengkajian keperawatan mencakup informasi dasar tentang pasien. Diagnosis keperawatan merupakan keputusan klinis dari pasien yang mengalami masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual dan potensial. Rencana keperawatan adalah langkah-langkah untuk pemecahan masalah yang terjadi pada pasien berdasarkan analisis data dan diagnosis keperawatan. Implementasi keperawatan adalah tindakan yang dilakukan perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang sudah direncanakan. Evaluasi keperawatan adalah proses membandingkan secara sistematis dan terencana tentang masalah pasien yang bertujuan untuk menilai apakah tindakan keperawatan yang dilakukan sudah tercapai atau

perlu adanya pendekatan lain secara berkesinambungan dengan melibatkan pasien dan tenaga kesehatan lain untuk mencapai tujuan keperawatan (Leniwita & Anggraini, 2019).

Menurut *The College of Nurses of Ontario* (CNO) (2017), dokumentasi keperawatan harus memenuhi tiga prinsip yaitu komunikasi (*communication*), akuntabilitas (*accountability*), dan keamanan (*safety*). Prinsip komunikasi adalah untuk memastikan bahwa dokumentasi yang dilakukan dapat menggambarkan keadaan pasien secara akurat, lengkap dan komprehensif sehingga dapat menjelaskan luaran dan intervensi pasien. Prinsip akuntabilitas berarti perawat bertanggung jawab untuk memastikan bahwa dokumentasi asuhan keperawatan didokumentasikan secara akurat, lengkap dan tepat. Prinsip keamanan terkait dengan kerahasiaan data informasi tentang pasien dengan standar dan perundang-undangan. Menurut *The American Nurses Association* (ANA), prinsip-prinsip pendokumentasian asuhan keperawatan meliputi akurat, relevan dapat dibaca, bisa diaudit, jelas, singkat, lengkap, dapat diakses, dan dapat menjaga kerahasiaan informasi pasien (ANA, 2010). Di Indonesia, aturan pendokumentasian asuhan keperawatan terdapat dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (PERMENKES) Nomor 26 Tahun 2019 Tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang keperawatan. Pada BAB IV tentang penyelenggaraan praktik keperawatan pasal 36 tertulis perawat mempunyai kewajiban mendokumentasikan asuhan keperawatan sesuai standar, yaitu meliputi

pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi (Menteri Kesehatan RI, 2019).

Beberapa penelitian telah dilakukan di luar negeri maupun di Indonesia untuk menganalisis kualitas dokumentasi asuhan keperawatan. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Semachew (2018) yang menilai kualitas implementasi proses keperawatan berdasarkan dokumentasi asuhan keperawatan pada rekam medis pasien di tiga rumah sakit di Ethiopia menunjukkan hasil bahwa dari total 338 dokumen yang dianalisis, 264 (78,1%) dokumen memiliki format proses keperawatan yang dilampirkan pada dokumen profil pasien, 107 (31,7%) dokumen tidak memiliki diagnosis keperawatan, 185 (54,7%) dokumen tidak tertulis terkait rencana perawatan berdasarkan prioritas, 173 (51,2%) dokumen tidak memuat informasi intervensi keperawatan mereka berdasarkan rencana dan 179 (53,0%) dokumen tidak tertulis terkait evaluasi intervensi keperawatan. Dalam penelitian tersebut dilaporkan bahwa pelaksanaan proses keperawatan di tiga rumah sakit dalam kategori baik hanya terdapat pada sekitar 60% dokumen (Semachew, 2018).

Di Indonesia, penelitian yang menganalisis kualitas dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan oleh Rosa (2017) yang menunjukkan hasil bahwa dari 25 perawat di Ruang Bougenville Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) MGR Gabriel Manek, didapatkan sebanyak sembilan (36,0%) perawat melakukan dokumentasi asuhan keperawatan dengan kategori baik, 11 (44,0%) perawat dengan kategori cukup, dan lima (20,0%) perawat

dengan kategori kurang. Indrajati et al., (2011) mengungkapkan bahwa dari 10 dokumentasi asuhan keperawatan disalah satu rumah sakit di Indonesia, dokumentasi pengkajian terisi sebanyak 25%, diagnosis keperawatan sebanyak 50%, perencanaan sebanyak 37,5%, implementasi sebanyak 35,5%, dan evaluasi sebanyak 25%. Pada penelitian yang dilakukan di ruang rawat inap di rumah sakit (RS) Wates Kulon Progo peneliti menemukan hasil bahwa kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pada aspek pengkajian sebesar 77,5%, diagnosis sebesar 93,7%, perencanaan sebesar 73,9%, tindakan sebesar 45,9%, evaluasi sebesar 76,6%, catatan asuhan keperawatan sebesar 45% dan dokumentasi asuhan keperawatan yang dilakukan di ruang rawat dalam kategori lengkap sebanyak 27,9% (Kurniawandari & Fatimah, 2019).

Hasil-hasil penelitian sebelumnya baik yang dilakukan di luar negeri maupun di Indonesia menunjukkan bahwa kualitas dokumentasi asuhan keperawatan masih belum baik. Penelitian ini diharapkan dapat menghasilkan informasi mengenai kualitas dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien DM yang menjalani rawat inap di rumah sakit sehingga dapat digunakan untuk mengevaluasi dokumentasi yang telah dilakukan oleh perawat.

Perawat memiliki tanggung jawab atas tindakan yang dilakukan pada pasiennya termasuk tanggung jawab untuk menulis dokumentasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan kepada pasiennya. Setiap orang akan dimintai pertanggung jawabannya, semakin tinggi kedudukan

seseorang maka semakin tinggi pula tanggung jawab yang dipegangnya. Dalam Islam, seseorang akan dimintai tanggung jawab atas segala sesuatu baik dilakukan secara sengaja maupun tidak disengaja (Ma'mun, 2020). Seperti dalam firman Allah SWT pada Q.S Al- Mudatstsir ayat 38:

وَكُلُّ نَفْسٍ بِمَا كَسَبَتْ رَهِيْنَةٌ

Artinya: "Tiap-tiap diri bertanggung jawab atas apa yang telah diperbuat"

Ayat diatas menjelaskan bahwa setiap orang memiliki tanggung jawabnya masing-masing. Perawat bertanggung jawab atas tindakan yang dilakukan pada pasiennya termasuk bertanggung jawab dalam dokumentasi asuhan keperawatan. Perawat juga perlu menjaga kerahasiaan data pasien karena dokumentasi asuhan keperawatan merupakan aspek penting dalam kegiatan keperawatan yang berisi data pribadi pasien dan kondisi kesehatan pasien. Imam Al-Ghazali mengatakan bahwa membocorkan rahasia merupakan sebuah pengkhianatan yang sulit diterima, mengutip hadits Nabi SAW dengan percakapan seseorang

أَفْشَاءُ السُّرُوْهُ هُوَ مَنْهِيٌّ عَنْهُ لِمَا فِيهِ مِنَ الْإِعْيَادِ وَالْوَالِيَّتِهَا وَتَبْحُقُ الْمَعَارِفِ وَالْإِصْدِقَاءِ قَالَ النَّبِيُّ

صَلَّى اللهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ إِذَا حَدَّثَ الرَّجُلَ ثُمَّ التَّقَتْ فِيهَا مَا نَأْتِ

Artinya: "Buka rahasia (orang lain) dilarang (dalam agama) karena menyakiti dan mempermainkan hak (orang) kenalan dan sahabat. Nabi Muhammad SAW bersabda: "bila seseorang bercerita, lalu menoleh, maka itu amanah" (HR Abu Dawud dan At-Tirmidzi).

Allah SWT dalam Al-Qur'an Q.S AT-Tahrim ayat 3 yang berbunyi

وَإِذْ أَسْرَأَ النَّبِيُّ إِلَىٰ بَعْضِ أَزْوَاجِهِ حَدِيثًا فَلَمَّا نَبَّأَتْ بِهِ وَأَظْهَرَهُ اللَّهُ عَلَيْهِ عَرَفَ بَعْضُهُ
وَأَعْرَضَ عَنْ بَعْضٍ فَلَمَّا نَبَّأَهَا بِهِ قَالَتْ مَنْ أَنْبَأَكَ هَذَا قَالَ نَبَّأَنِيَ الْعَلِيمُ الْخَبِيرُ

Artinya: "Dan ingatlah ketika Nabi membicarakan secara rahasia kepada salah seorang istrinya (Hafsah) suatu peristiwa. Maka tatkala (Hafsah) menceritakan peristiwa itu (kepada Aisyah) dan Allah memberitahukan hal itu (pembicaraan Hafsah dan Aisyah) kepada Muhammad lalu Muhammad memberitahukan sebagian (yang diberitakan Allah kepadanya) dan menyembunyikan sebagian yang lain (kepada Hafsah). Maka tatkala (Muhammad) memberitahukan pembicaraan (antara Hafsah dan Aisyah) lalu (Hafsah) bertanya: "Siapakah yang telah memberitahukan hal ini kepadamu?" Nabi menjawab: "Telah diberitahukan kepadaku oleh Allah yang Maha Mengetahui lagi Maha Mengenal".

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada tanggal 23 Oktober 2023 didapatkan data bahwa dalam tiga bulan terakhir dari bulan Juli sampai September 2023 dan terdapat delapan bangsal rawat inap yang merawat pasien DM dewasa dengan jumlah sebanyak 209 pasien dan 220 kunjungan. RS PKU Muhammadiyah menggunakan *electronic medical record* (EMR) untuk mendokumentasikan catatan selama pasien dirawat di RS termasuk dokumentasi asuhan keperawatan. Setiap perawat di bangsal memiliki password untuk dapat mengakses EMR sehingga dapat melakukan pendokumentasian setiap saat. Proses pendokumentasian asuhan keperawatan berakhir ketika pasien pulang dari RS. Peneliti mendapatkan

akses EMR hanya melalui satu komputer RS yang terletak di bagian rekam medis.

Berdasarkan fenomena diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai analisis kualitas dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien DM di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Penelitian-penelitian yang telah dilakukan sebelumnya tidak spesifik menilai kualitas dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien DM. Penelitian saat ini penting dilakukan untuk menunjukkan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien DM di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta belum pernah dilakukan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas didapatkan rumusan masalah penelitian: “Bagaimana kualitas dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien DM di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui kualitas dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien DM di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

2. Tujuan khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini sebagai berikut:

- a. Mengetahui karakteristik pasien DM yang di rawat inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

- b. Menganalisis kualitas dokumentasi pengkajian keperawatan pada pasien DM di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta
- c. Menganalisis kualitas dokumentasi diagnosis keperawatan pada pasien DM di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta
- d. Menganalisis kualitas dokumentasi perencanaan keperawatan pada pasien DM di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta
- e. Menganalisis kualitas dokumentasi intervensi keperawatan pasien DM di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta
- f. Menganalisis kualitas dokumentasi evaluasi keperawatan pada pasien DM di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta
- g. Menganalisis kualitas dokumentasi *discharge planning* pada pasien DM di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Perawat

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan informasi dan refleksi perawat terkait kualitas dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien DM yang telah dilakukan. Dengan diketahuinya kualitas dokumentasi asuhan keperawatan, perawat diharapkan dapat meningkatkan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan sehingga dapat meningkatkan kualitas dan akuntabilitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien DM yang menjalani rawat inap.

2. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan informasi terkait kualitas dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien DM di rumah sakit, sehingga rumah sakit dapat membuat kebijakan dan intervensi atau program untuk meningkatkan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat di rumah sakit.

3. Bagi Penelitian Selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai data dasar bagi penelitian selanjutnya terkait kualitas dokumentasi asuhan keperawatan terutama pada penderita DM.

E. Penelitian Terkait

1. Jaya et al., (2019) melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui gambaran dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Buton Utara. Metode penelitian yang digunakan adalah *deskriptif analitik* dengan pendekatan *cross sectional* dan pengambilan data dengan teknik *purposive sampling* yang berjumlah sebanyak 36 rekam medis. Pada penelitian yang dilakukan Jaya (2019), peneliti tidak mencantumkan instrumen penelitian yang digunakan. Hasil penelitian Jaya et al. (2019) menunjukkan bahwa dokumentasi pengkajian pada sembilan (25%) rekam medik dalam kategori baik dan 27 (75%) rekam medik dalam kategori kurang baik, dokumentasi diagnosis pada 28 (77,8%) rekam medik dalam kategori baik dan delapan (22,2%) rekam medik dalam kategori kurang, dokumentasi intervensi tiga (8,3%) rekam medik

dalam kategori baik dan 33 (91,7%) rekam medik dalam kategori kurang, dokumentasi implementasi 26 (72,2%) rekam medik dalam kategori baik dan 10 (27,8%) rekam medik dalam kategori kurang, dokumentasi evaluasi lima (13,9%) rekam medik dalam kategori baik dan 31 (86,1%) rekam medik dalam kategori kurang. Persamaan dari penelitian ini yaitu sama-sama menggunakan metode penelitian *deskriptif analitik*, variabel penelitian berupa dokumentasi asuhan keperawatan. Perbedaan dari penelitian ini adalah populasi dan sampel yang digunakan penelitian Jaya et al. (2019), tidak spesifik pada dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien DM sedangkan penelitian yang akan dilakukan melibatkan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien DM. Selain itu kuesioner yang digunakan berbeda.

2. Kurniawandari et al, (2019) melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui gambaran dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap di RSUD Wates. Metode penelitian yang digunakan adalah *deskriptif kuantitatif* dengan pengambilan data dengan teknik *cluster random sampling* pada 111 sampel dokumen. Penelitian Kurniawandari et al. (2019), menggunakan instrumen berupa checklist untuk mengukur kualitas proses dokumentasi asuhan keperawatan yang disusun sesuai dengan kajian literatur, yang berisi 24 butir soal dengan alternatif jawaban lengkap dan tidak lengkap. Hasil yang yang diperoleh dari penelitian Kurniawandari et

al. (2019), menunjukkan bahwa kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan pada aspek pengkajian sebesar 77,5%, diagnosis sebesar 93,7%, perencanaan sebesar 73,9%, tindakan sebesar 45,9%, evaluasi sebesar 76,6%, dan catatan asuhan keperawatan sebesar 45%. Kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di RSUD Wates Kulon Progo diklaim lengkap sebanyak 27,9%. Persamaan dari penelitian ini yaitu sama-sama menggunakan metode penelitian deskriptif kuantitatif dan variabel penelitian berupa kualitas dokumentasi asuhan keperawatan. Perbedaan dari penelitian ini adalah teknik pengumpulan yang digunakan menggunakan *cluster random sampling* sedangkan peneliti menggunakan *quota sampling*. Populasi dan sampel yang digunakan pada penelitian Kurniawandari dan Fatimah (2019) tidak spesifik pada pasien DM dan kuesioner yang digunakan berbeda.

3. Juniarti et al., (2020) melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di RSUD Dr. Slamet Garut. Peneliti menggunakan metode *deskriptif* dengan pengambilan data *accidental sampling* pada 100 dokumen yang dijadikan sampel. Dalam pengumpulan data, Juniarti et al. (2020), mengumpulkan data dengan menggunakan data sekunder pada lembar observasi dokumentasi asuhan keperawatan. Instrumen yang digunakan adalah instrumen studi dokumentasi penerapan standar asuhan keperawatan di rumah sakit dari berdasarkan departemen

kesehatan. Dalam uji validasi peneliti melakukan uji konten yang dilakukan oleh pakar oleh dosen keperawatan dasar dan manajemen keperawatan. Peneliti juga melakukan uji reliabilitas pada instrumen yang dipakai. Hasil yang didapat dari penelitian Juniarti et al. (2020) adalah 77,24% dokumentasi terisi lengkap dengan aspek pengkajian 81,61%, diagnosis 82,17%, perencanaan 61,96%, tindakan 64,80%, dan evaluasi 95,65%. Persamaan dari penelitian ini yaitu sama-sama menggunakan metode penelitian deskriptif dan variabel penelitian berupa kualitas dokumentasi asuhan keperawatan. Perbedaan dari penelitian ini adalah pada populasi penelitian yang spesifik pada dokumentasi asuhan keperawatan pasien DM dan instrumen untuk pengumpulan data.

4. Semachew, (2018) melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengevaluasi implementasi proses keperawatan di tiga rumah sakit pemerintah yang dipilih secara acak di Ethiopia. Penelitian dilakukan di Felege Hitowe Comprehensive Referral Hospital, Debre Tabor General Hospital, and Finote selam General Hospital pada bulan Februari sampai tanggal 30 Maret 2017. Penelitian Semachew (2018), menggunakan desain studi deskriptif dan retrospektif dengan populasi dokumen pasien yang berada di unit rekam medis dan di ruang perawat yang memiliki Nomor Registrasi Medis (NRM) dalam enam bulan terakhir sebelum masa pengambilan data. Sampel penelitian didapat sebanyak 160

dokumen dari Felege Hitowe Comprehensive Referral Hospital, 110 dokumen dari Debre Tabor General Hospital, and 68 dokumen dari Finote selam General Hospital. Hasil dari penelitian dari total 338 dokumentasi di tiga rumah sakit yaitu, 264 (78,1%) memiliki format proses keperawatan yang dicantumkan di profil pasien, 107 (31,7%) tidak memiliki diagnosis keperawatan, 185 (54,7%) perawat tidak menyatakan perencanaan yang disusun berdasarkan prioritas keperawatan, 173 (51,2%) perawat tidak mendokumentasikan intervensi berdasarkan rencana dan 179 (53,0%) perawat tidak mengevaluasi intervensi. Sedangkan dalam pelaksanaan proses keperawatan di masing-masing rumah sakit yaitu, Debre Tabor General Hospital dilakukan dengan baik sebesar 68,18%, Finote selam General Hospital dilakukan dengan baik sebesar 69,42%, dan di Felege Hitowe Comprehensive Referral Hospital dilakukan dengan baik sebesar 49,12%. Persamaan dari penelitian ini yaitu sama-sama menggunakan desain penelitian kuantitatif. Perbedaan dari penelitian ini adalah pada lokasi penelitian, populasi penelitian yang spesifik pada dokumentasi asuhan keperawatan pasien DM dan instrumen untuk pengumpulan data.