

Tgl Menerima : 16-6-10
Beli / Sumbangan :
Nomor Induk : 1612/10
Klasifikasi :



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
KETIDAKDISIPLINAN PERAWAT DALAM MELAKUKAN
PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN
DI RUMAH SAKIT ASRI JAKARTA**

Oleh:

**Gusti Yanti (0806-387256)
Ika Dewi Lestari (0806-387331)
Ririn Christiana (0806-387703)
Sunarsi (0806-387930)**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
2010**

MILIK PERPUSTAKAAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
KETIDAKDISIPLINAN PERAWAT DALAM MELAKUKAN
PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN
DI RUMAH SAKIT ASRI JAKARTA**

RISET

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk tugas akhir mata ajar
Riset Keperawatan**

Oleh:

Gusti Yanti (0806-387256)

Ika Dewi Lestari (0806-387331)

Ririn Christiana (0806-387703)

Sunarsi (0806-387930)


**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
2010**

LEMBAR PERNYATAAN ORISINALITAS

Riset penelitian ini adalah hasil karya kami sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah kami nyatakan dengan benar.

Nama : Gusti Yanti

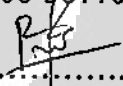
NPM : 0806-387256

Tanda Tangan : 

Tanggal : 20 Mei 2010

Nama : Ririn Christiana

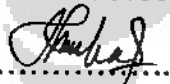
NPM : 0806-387703

Tanda Tangan : 

Tanggal : 20 Mei 2010

Nama : Ika Dewi Lestari

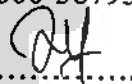
NPM : 0806-387331

Tanda Tangan : 

Tanggal : 20 Mei 2010

Nama : Sunarsi

NPM : 0806-387930

Tanda Tangan : 

Tanggal : 20 Mei 2010

HALAMAN PENGESAHAN

Laporan ini diajukan oleh:

Nama : Gusti Yanti
NPM : 0806-387256
Nama : Ririn Christiana
NPM : 0806-387703
Nama : Ika Dewi Lestari
NPM : 0806-387331
Nama : Sunarsi
NPM : 0806-387930

Program Studi: Fakultas Ilmu Keperawatan

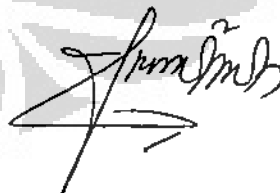
Judul : Gambaran faktor-faktor yang mempengaruhi ketidaksiplinan perawat dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah sakit Asri Jakarta.

**Mengetahui,
Koordinator Mata Ajar
Riset Keperawatan**



Dewi Gayatri, SKp., M.Kes.
NIP. 19711222 1996032 001

**Menyetujui
Pembimbing Riset Keperawatan**



Rr. Tutik S. Hariyati S.Kp., MARS.
NIP. 19711118 199903 001

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kehadiran Allah SWT yang telah memberikan rahmat serta hidayahNya, sehingga peneliti dapat menyelesaikan penelitian yang berjudul ” **Gambaran faktor-faktor yang mempengaruhi ketidaksiplinan perawat dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah Sakit Asri Jakarta.**”

Laporan penelitian ini tersusun atas dukungan dan bimbingan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini peneliti mengucapkan terima kasih kepada :

1. Ibu Dewi Irawati, MA. PhD., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Dewi Gayatri, SKp, M.Kes., selaku koordinator Mata Ajar Riset Keperawatan.
3. Ibu Rr. Tutik S. Hariyati , SKp, MARS., selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu untuk memberikan arahan dan bimbingan sehingga laporan penelitian ini dapat terselesaikan
4. Keluarga tercinta atas doa, dorongan, dukungan, dan kasih sayang yang telah diberikan kepada kami
5. Fery, Hendra, Ardi, Yuni dan rekan-rekan mahasiswa/i Program Ekstensi Sore 2008 yang telah memberikan masukan dan bantuan dalam penyusunan laporan penelitian ini.

Kami menyadari sepenuhnya bahwa masih ada kekurangan dalam penyusunan laporan penelitian ini, untuk itu kami mengharapkan kritik dan saran untuk perbaikan dimasa mendatang. Akhir kata, peneliti berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang membantu. Semoga laporan penelitian ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Depok, Mei 2010

Peneliti

HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI

TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademik universitas indonesia, kami yang bertanda tangan dibawah ini adalah:

Nama : Gusti Yanti

NPM : 0806-387256

Nama : Ririn Christiana

NPM : 0806-387703

Nama : Ika Dewi Lestari

NPM : 0806-387331

Nama : Sunarsi

NPM : 0806-387930

Program Studi : Srata I

Fakultas : Ilmu Keperawatan

Jenis karya : Riset

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*) atas karya ilmiah kami yang berjudul:

Gambaran faktor-faktor yang mempengaruhi ketidaksiplinan perawat dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah sakit Asri Jakarta.

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 20 Mei 2010

Yang menyatakan



(.....SamarSI.....)

ABSTRAK

Nama : Gusti Yanti, Ika Dewi Lestari, Ririn Christiana, Sunarsi
Program Studi : Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
Judul : Gambaran faktor-faktor yang mempengaruhi ketidaksiplinan perawat dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan di rumah sakit asri Jakarta.

Dokumentasi merupakan segala sesuatu yang tertulis yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran faktor-faktor yang mempengaruhi ketidaksiplinan perawat dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah Sakit Asri Jakarta. Penelitian menggunakan desain deskriptif dengan tehnik pengambilan sampel *total sampling* dan *simple random sampling* untuk observasi rekam medis. Jumlah sampel 30 orang dan 48 rekam medis. Hasil penelitian menunjukkan terdapat beberapa faktor pendukung dan penghambat yang mempengaruhi pendokumentasian asuhan keperawatan. Faktor pendukung adalah fasilitas yang memadai, motivasi, dan tingkat pengetahuan. Faktor penghambat yang ditemui adalah bentuk format pendokumentasian yang dirasakan kurang efektif dan kurangnya ketersediaan waktu. Hasil observasi pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah Sakit Asri diperoleh sebanyak 28,97%.

Kata kunci: asuhan keperawatan, dokumentasi

ABSTRACT

Name : Gusti Yanti, Ika Dewi Lestari, Ririn Christiana, Sunarsi
Program Study : Faculty of Nursing University of Indonesia
Title : The description of the factors that affect nurses indiscipline nursing care documentations at Asri Hospital Jakarta.

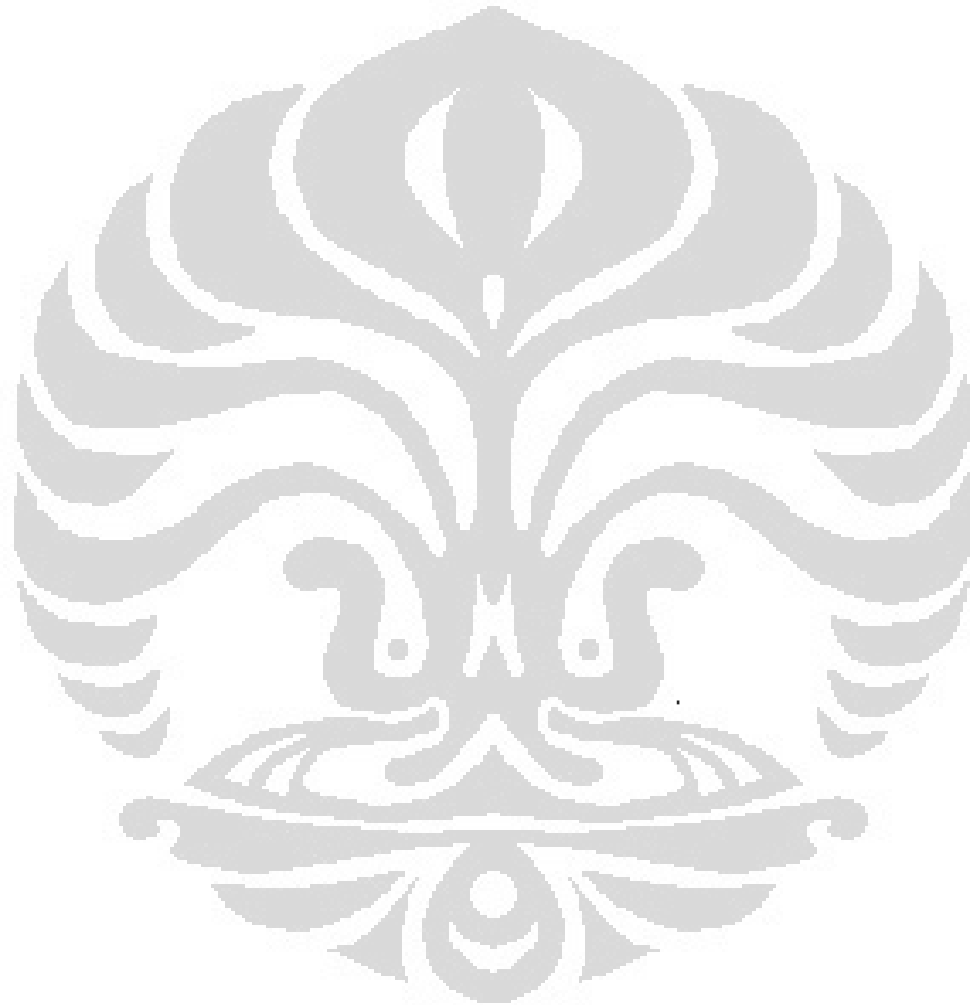
Documentation refers to everything written that can be count on as a note about the evidence for person who in charge. This study aimed to find out the description of factors that affect nurses indiscipline nursing care documentation at Asri Hospital Jakarta. This study uses a descriptive design with sampling techniques performed by the total sampling and simple random sampling for the observation of medical records. The sample are 30 persons and 40 medical record. This study showed there are several factors that affect the supporting and documenting nursing care. Some factors involved so that the documentation can be appropriate, there are: proper facilities in documentation, motivation and level of knowledge. The factors which are forbid including: the documentation's form pattern which is an affective for the nurse, and lack of time. The observations of nursing care documentations at Asri Hospital about 28,97%.

Key word: Documentations, nursing care

DAFTAR ISI

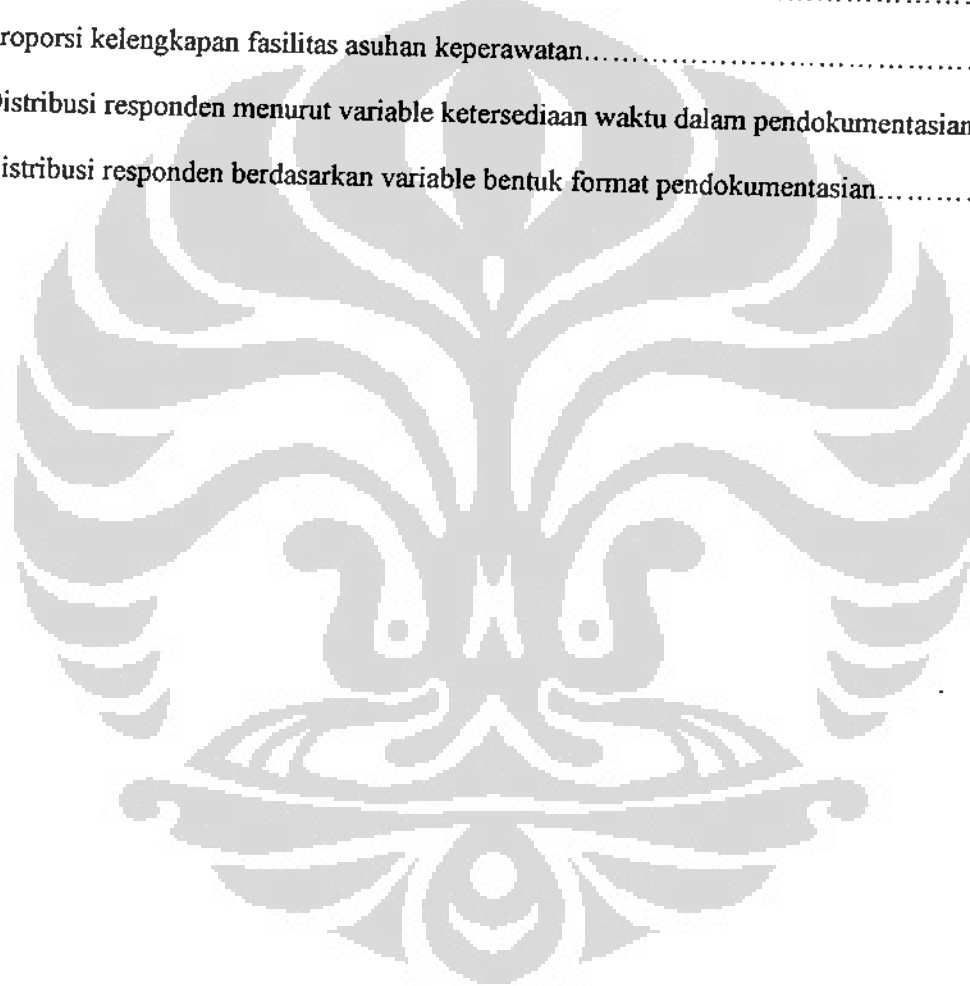
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
HALAMAN PUBLIKASI	v
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR TABEL DAN DIAGRAM.....	x
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Masalah Penelitian.....	3
C. Tujuan Penelitian.....	4
D. Manfaat Penelitian	4
BAB II STUDI KEPUSTAKAAN	6
A. Proses Keperawatan.....	6
B. Dokumentasi keperawatan.....	7
C. Penelitian Terkait.....	23
BAB III KERANGKA KERJA PENELITIAN	24
A. Kerangka Konsep/Teori.....	24
B. Definisi Operasional	25
BAB IV METODE PENELITIAN.....	28
A. Desain Penelitian	28
B. Populasi dan Sampel.....	28
C. Tempat dan Waktu Penelitian.....	30
D. Etika Penelitian.....	30
E. Alat Pengumpulan Data.....	31
F. Instrumen Penelitian	32
G. Prosedur Pengumpulan Data.....	32
H. Pengolahan dan Analisa Data.....	33

BAB V HASIL PENELITIAN.....	36
BAB VI PEMBAHASAN.....	42
BAB VII KESIMPULAN.....	48
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

Tabel 2.1.model diagnose keperawatan menurut NANDA 2009-2011.....	14
Tabel 4.1. Analisis data univariat.....	35
Tabel 5.1. Distribusi frekuensi karakteristik perawat pelaksana	37
Tabel 5.2. Observasi dokumentasi Penerapan standar asuhan keperawatan	41
Diagram 5.1. Distribusi responden menurut tingkat pengetahuan.....	38
Diagram 5.2. Proporsi kelengkapan fasilitas asuhan keperawatan.....	39
Diagram 5.3. Distribusi responden menurut variable ketersediaan waktu dalam pendokumentasian...	39
Diagram 5.4. Distribusi responden berdasarkan variable bentuk format pendokumentasian.....	40



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Asuhan keperawatan di Indonesia saat ini masih dalam proses menuju profesionalisme, yang mengarah pada suatu perubahan dan perkembangan karakteristik sesuai tuntutan global. Perawat harus mampu memberikan asuhan keperawatan secara profesional. Asuhan keperawatan yang diberikan harus di dokumentasikan secara lengkap dan akurat sebagai bukti legal terhadap tindakan yang telah dilakukan.

Dokumentasi keperawatan merupakan media komunikasi yang efektif antar profesi dalam suatu tim pelayanan kesehatan klien. Perawat sebagai salah satu tenaga yang mempunyai kontribusi besar bagi pelayanan kesehatan. Disamping itu dokumentasi keperawatan bertujuan untuk perencanaan perawatan klien sebagai indikator kualitas pelayanan kesehatan, sumber data untuk penelitian bagi pengembangan ilmu keperawatan, sebagai bahan bukti pertanggung jawaban dan pertanggunggugatan (Handayaningsih, 2009).

Penatalaksanaan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan mendapat proporsi terbesar dalam kategori kurang disebabkan karena adanya faktor-faktor penghambat. Faktor-faktor penghambat yang dihadapi dalam pendokumentasian asuhan keperawatan diantaranya tidak seimbangny jumlah tenaga perawat dengan pekerjaan yang ada, formulir terlalu panjang, perawat harus mendampingi kunjungan dokter dan malas. Hasil wawancara dengan perawat menunjukkan bahwa pengarahan dan bimbingan tidak pernah dilakukan oleh Kepala Ruang rawat inap (Diyanto, 2007).

Penelitian menggambarkan faktor-faktor yang mempengaruhi pendokumentasian yaitu usia, pendidikan, lamanya bekerja dan manajemen waktu. Kontribusinya semakin baik dalam pendokumentasian asuhan keperawatan bila terpenuhi dari faktor-faktor tersebut. Dengan demikian, gambaran yang diperoleh dapat dijadikan dasar pertimbangan dalam pelaksanaan pendokumentasian perawat sehari-hari di Rumah Sakit (Syafrudin, 2003).

Pencatatan keperawatan mencerminkan tingkat profesionalisme keperawatan dan juga memperlihatkan tingkat pendidikan dari para pelaksana keperawatan. Selain itu, pencatatan keperawatan memperlihatkan tingkat kewaspadaan tenaga keperawatan terhadap status kesehatan klien, khususnya respon klien terhadap penyakit, pengobatan, dan lingkungan. Pencatatan keperawatan juga digunakan sebagai materi dasar penilaian akreditasi pelayanan kesehatan yang diberikan oleh institusi (Nurachmah, 1999).

Rumah sakit Asri merupakan salah satu rumah sakit swasta di wilayah Jakarta Selatan yang memberikan pelayanan kesehatan berfokus pada kesehatan reproduksi (infertilitas) dan urologi kepada masyarakat sekitar dan masyarakat yang berada jauh di luar Rumah Sakit Asri. Rumah Sakit Asri mayoritas digunakan oleh kalangan menengah ke atas, sehingga dituntut untuk memberikan pelayanan kesehatan secara optimal. Pelayanan optimal dapat terlihat dari pendokumentasian asuhan keperawatan yang lengkap.

Pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan rangkaian kegiatan yang sangat penting dan tidak boleh ditinggalkan. Proses pendokumentasian keperawatan di RS Asri meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi yang dilakukan secara manual. Berdasarkan data analisa kuantitatif rekam medik pada Oktober 2009 di rawat inap dari 73 pasien, jumlah formulir asuhan keperawatan yang diisi adalah pengkajian (24,66%), rencana keperawatan (10,96%), catatan keperawatan (100%), evaluasi keperawatan (17,80%).

Tim mutu rumah sakit belum pernah mengadakan audit mutu asuhan keperawatan sampai dengan Januari 2010. Pendokumentasian dapat menjadi bukti bahwa segala tindakan perawat yang telah dilaksanakan secara profesional dan legal sehingga dapat melindungi klien dan perawat dari kesalahan. Kenyataannya akhir-akhir ini tanggung jawab perawat terhadap dokumentasi sudah berkurang. Berdasarkan fenomena tersebut maka peneliti tertarik melakukan penelitian berjudul "Gambaran faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakdisiplinan perawat dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah Sakit Asri Jakarta".

A. Masalah Penelitian

Pendokumentasian keperawatan merupakan segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan (Perry & Potter, 2007). Perawat mendokumentasikan dan mengevaluasi respon klien terhadap tindakan yang diberikan. Keterampilan dokumentasi yang kurang efektif dapat menimbulkan kesalahan dalam memberikan informasi dengan tenaga kesehatan lain mengenai dokumen penting apa yang sudah, sedang, dan yang akan dikerjakan perawat. Namun kenyataan di lapangan sering tidak sesuai dengan apa yang diharapkan. Hal ini dapat dipengaruhi oleh kurangnya pengetahuan, sikap, sarana dan prasarana yang tersedia.

Dokumentasi keperawatan merupakan bagian dari pelaksanaan asuhan keperawatan yang menggunakan pendekatan proses keperawatan yang memiliki nilai hukum yang sangat penting. Tanpa dokumentasi keperawatan maka semua implementasi keperawatan yang telah dilaksanakan oleh perawat tidak mempunyai makna dalam hal tanggung jawab dan tanggung gugat. Dokumentasi keperawatan merupakan bukti otentik yang dituliskan dalam format yang telah disediakan dan harus disertai dengan pemberian tanda tangan dan nama perawat.

Pendokumentasian format asuhan keperawatan yang tersedia harus didokumentasikan sesuai dengan keadaan klien. Berdasarkan penelitian yang telah diuraikan diatas, kenyataannya saat ini masih ada perawat yang menuliskan asuhan keperawatan sebagai rutinitas. Kadang kala masih ada yang belum melaksanakan pendokumentasian seperti pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana asuhan keperawatan, tindakan dan evaluasi. Sehingga penelitian ini dilakukan untuk mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakdisiplinan perawat dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah Sakit Asri Jakarta.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Mengidentifikasi faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi ketidakdisiplinan perawat dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah Sakit Asri Jakarta.

2. Tujuan Khusus, mengidentifikasi:

- a. Karakteristik perawat pelaksana Rumah Sakit Asri Jakarta
- b. Tingkat pengetahuan perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan
- c. Fasilitas pendokumentasian asuhan keperawatan
- d. Bentuk format pendokumentasian asuhan keperawatan
- e. Motivasi perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan
- f. Ketersediaan waktu perawat pelaksana dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan.

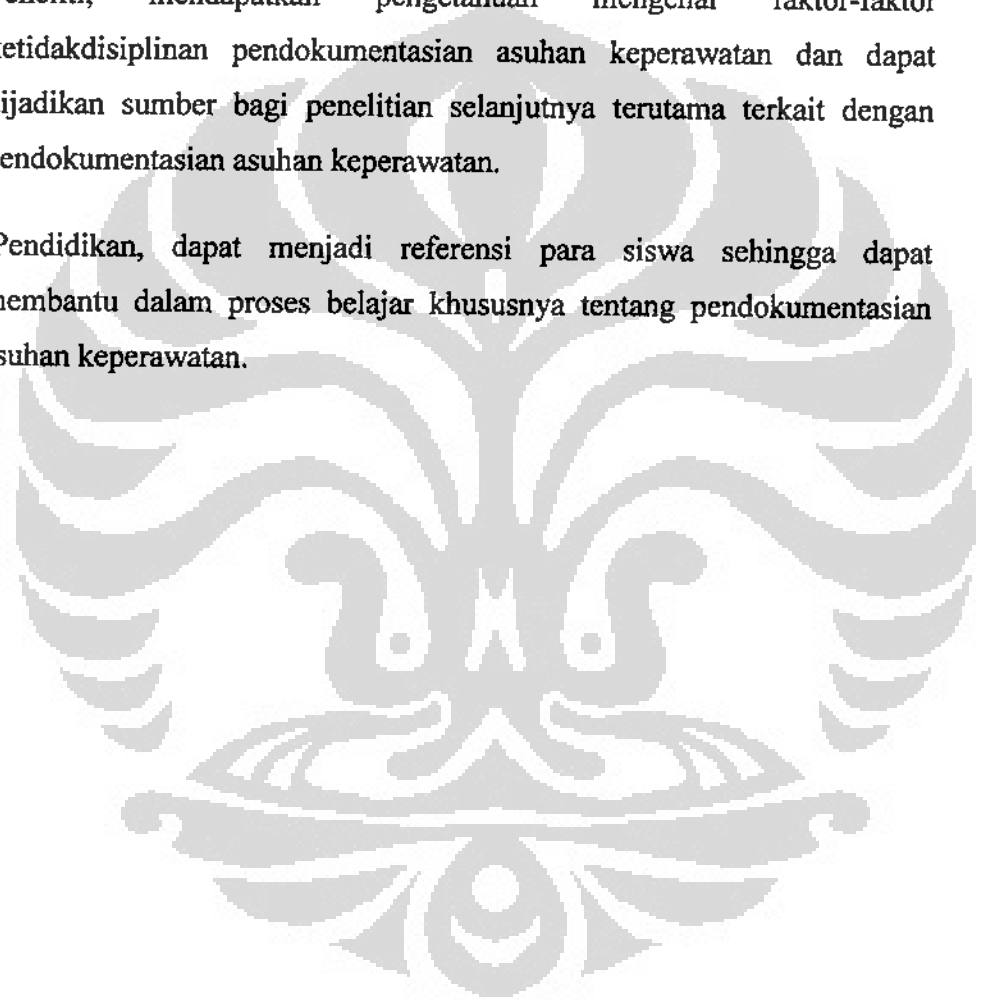
D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan berguna untuk:

1. Rumah sakit, sebagai data dasar yang memberi informasi tentang faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakdisiplinan perawat dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan sehingga dapat memperbaiki dan

meningkatkan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan dan mutu pelayanan.

2. Bidang Keperawatan, untuk mengetahui sejauhmana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan sehingga bidang keperawatan dapat mengevaluasi tingkat keberhasilan pemberian asuhan keperawatan pada klien.
3. Peneliti, mendapatkan pengetahuan mengenai faktor-faktor ketidakdisiplinan pendokumentasian asuhan keperawatan dan dapat dijadikan sumber bagi penelitian selanjutnya terutama terkait dengan pendokumentasian asuhan keperawatan.
4. Pendidikan, dapat menjadi referensi para siswa sehingga dapat membantu dalam proses belajar khususnya tentang pendokumentasian asuhan keperawatan.



BAB II

STUDI KEPUSTAKAAN

Proses keperawatan merupakan pendekatan keperawatan professional untuk memilih, mengatur, dan memberikan pelayanan keperawatan yang tepat kepada klien. Proses keperawatan digunakan untuk mengidentifikasi, mendiagnosa, menjaga respon manusia pada keadaan sehat dan sakit (American Nurse Association, 2003 dikutip dalam Perry & Potter, 2007).

A. Proses Keperawatan

Proses keperawatan sebagai metode pemecahan masalah keperawatan mempunyai posisi yang sangat penting dalam pemberian asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan praktik keperawatan langsung pada klien diberbagai tatanan pelayanan kesehatan yang pelaksanaannya berdasarkan kaidah profesi keperawatan dan merupakan inti praktik keperawatan. Kaidah profesi keperawatan tersebut berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan yang bersifat humanistik sesuai dengan kebutuhan obyektif klien (Ali, 2010).

Standar praktik keperawatan profesional merupakan pedoman bagi perawat di Indonesia dalam melaksanakan asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan. Standar praktik tersebut dilaksanakan oleh perawat generalis maupun spesialis di seluruh tatanan pelayanan kesehatan di rumah sakit, puskesmas, maupun tatanan pelayanan kesehatan lain di masyarakat (PPNI, 2000). Standar praktik keperawatan profesional di Indonesia telah dijabarkan oleh PPNI pada tahun 2000. Standar tersebut mengacu pada proses keperawatan yang terdiri atas lima tahap, yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

B. Dokumentasi Keperawatan

1. Pengertian

Dokumentasi merupakan segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang (Potter & Perry, 2005). Menurut Tungpalan, 1983 dalam Handayaningsih, 2008 dokumentasi adalah suatu catatan yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum. Menurut Kozier, 2000 dokumentasi adalah proses membuat catatan klien.

2. Tujuan Pendokumentasian

Menurut Handayaningsih, 2008 pendokumentasian keperawatan bertujuan sebagai:

a. Sarana komunikasi

Dokumentasi yang dikomunikasikan secara akurat dan lengkap dapat digunakan untuk: membantu koordinasi asuhan keperawatan yang diberikan oleh tim kesehatan, mencegah informasi yang berulang terhadap klien atau anggota tim kesehatan atau mencegah tumpang tindih dan meningkatkan ketelitian dalam memberikan asuhan keperawatan.

b. Tanggungjawab dan tanggung gugat

Upaya untuk melindungi klien terhadap kualitas pelayanan keperawatan yang diterima dan perlindungan terhadap keamanan perawat dalam melaksanakan tugasnya.

c. Informasi statistik

Data statistik dari dokumentasi keperawatan dapat membantu melaksanakan kebutuhan dimasa mendatang, baik sumber daya manusia, sarana prasarana, dan teknis.

d. Sarana pendidikan

Dokumentasi sarana keperawatan yang dilakukan secara baik dan benar akan membantu para mahasiswa keperawatan dalam proses belajar mengajar untuk mendapatkan pengetahuan dan membandingkannya baik teori maupun praktik lapangan.

e. Sumber data penelitian

Informasi yang ditulis dalam dokumentasi dapat digunakan sebagai sumber data penelitian. Sumber data penelitian ini erat kaitannya dengan yang dilakukan terhadap asuhan keperawatan yang diberikan, sehingga melalui penelitian dapat diciptakan satu bentuk pelayanan keperawatan yang aman, efektif dan etis.

f. Jaminan kualitas

Jaminan kualitas pelayanan keperawatan melalui dokumentasi yang dilakukan dengan baik dan benar, diharapkan asuhan keperawatan dapat dicapai, karena jaminan kualitas merupakan bagian dari program pengembangan pelayanan kesehatan. Suatu perbaikan tidak dapat diwujudkan tanpa dokumentasi yang berkelanjutan, akurat dan rutin baik yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga kesehatan lainnya. Audit jaminan kualitas membantu menetapkan suatu akreditasi pelayanan keperawatan dalam mencapai standar yang telah ditetapkan.

g. Sumber data perencanaan asuhan keperawatan

Pencatatan dokumentasi akan didapatkan data yang aktual dan konsisten mencakup suatu kegiatan keperawatan yang dilakukan melalui tahapan kegiatan proses keperawatan.

3. Komponen Model Dokumentasi Keperawatan

Komponen keperawatan merupakan bagian-bagian yang membentuk suatu sistem. Menurut Fisbach dikutip dalam Ali, 2010 ada tiga komponen yang berperan dalam pembuatan dokumen keperawatan meliputi :

a. Komunikasi

Keterampilan dokumentasi yang efektif memungkinkan perawat untuk mengkomunikasikan kepada tenaga kesehatan lainnya dan menjelaskan apa yang sudah, sedang, dan yang akan dikerjakan oleh perawat.

b. Proses keperawatan

Pencatatan proses keperawatan merupakan metode yang tepat untuk pengambilan keputusan yang sistematis, *problem solving*, dan riset

lebih lanjut. Dokumentasi proses keperawatan mencakup pengkajian, identifikasi masalah, perencanaan, dan tindakan. Perawat kemudian mengobservasi dan mengevaluasi respon klien terhadap tindakan yang diberikan, dan mengkomunikasikan informasi tersebut kepada tenaga kesehatan lainnya.

c. Standar dokumentasi

Perawat memerlukan sesuatu keterampilan untuk memenuhi standar dokumentasi. Standar dokumentasi adalah suatu pernyataan tentang kualitas dan kuantitas dokumentasi yang dipertimbangkan secara adekuat dalam suatu situasi tertentu. Standar dokumentasi berguna untuk memperkuat pola pencatatan dan sebagai petunjuk atau pedoman praktik pendokumentasian dalam memberikan tindakan keperawatan.

Dokumentasi keperawatan merupakan dokumentasi yang legal bagi profesi keperawatan. Model dokumentasi keperawatan menurut Kozier, 2000 adalah:

a. Catatan berorientasi pada sumber (*Source Oriented Record/SOR*)

Sistem dokumentasi ini menggunakan catatan yang terpisah untuk data dari tiap bagian atau jenis profesi, antara lain catatan perawatan, catatan dokter, bagian penerimaan klien, lembar instruksi dokter, lembar riwayat penyakit dan perkembangan penyakit.

b. Catatan berorientasi pada masalah (*Problem Oriented Record/POR*)

Catatan ini merupakan kebalikan dari catatan yang berorientasi pada sumber, yakni mengintegrasikan semua data dalam satu catatan, misalnya catatan dokter, perawat dan tenaga kesehatan lain. Isi catatan berorientasi pada masalah klien, bukan berdasarkan sumber informasi. Pada *problem-oriented medical record (POMR)* atau *problem oriented record (POR)*, dikenalkan oleh Lawrence Weed tahun 1960, data diurutkan sesuai dengan masalah klien yang didapatkan dari sumber-sumber yang ada. Ada empat komponen dasar POR: data dasar, daftar masalah, rencana keperawatan, catatan perkembangan.

c. *Charting by Exception (CBE)*

Sistem dokumentasi yang hanya temuan-temuan yang signifikan atau pengecualian terhadap norma-norma dicatat. CBE menggabungkan tiga komponen: *flowsheets* unik yang menonjolkan menemukan yang signifikan dan menentukan parameter penilaian dan temuan, dokumentasi dengan mengacu kepada badan standar dicetak dari praktik keperawatan menghilangkan sebagian besar pembuatan diagram berulang perawatan rutin, dan dokumentasi ada disamping tempat tidur klien.

d. *Kardeks*

Sistem ini terdiri atas serangkaian kartu yang disimpan pada *index file*, dapat dengan mudah dipindahkan, berisi informasi yang terdapat dalam *kardeks*. *Kardeks* harus ditulis tentang data pengkajian keperawatan yang berhubungan, diagnosis keperawatan, instruksi keperawatan, observasi yang harus dilakukan, prosedur keperawatan terkait dengan pemulihan, pemeliharaan, dan peningkatan kesehatan. Cara khusus yang digunakan untuk mengimplementasikan tindakan keperawatan melibatkan keluarga dan perencanaan pulang serta hasil yang digunakan.

Keuntungan menggunakan sistem ini adalah memungkinkan mengkomunikasikan informasi yang berguna kepada sesama anggota tim keperawatan. Kelemahan sistem ini adalah informasi dalam *kardeks* hanya terbatas untuk tim keperawatan saja dan tidak cukup tempat untuk menulis rencana keperawatan bagi klien dengan banyak masalah.

e. *Komputerisasi*

Perawat menggunakan komputer untuk menyimpan data dasar klien, menambah data baru, membuat dan memperbaiki rencana dan dokumentasi perkembangan klien. Sistem komputerisasi ini menimbulkan keuntungan dan kerugian. Keuntungannya adalah perawat dapat menggunakan waktunya secara efisien, *system link* tentang semua jenis sumber-sumber informasi klien, informasi,

permintaan dan hasil klien dapat dikirim dan diterima secara cepat, komputer dapat menjadi fasilitas yang berfokus pada hasil klien, informasi terbaca, sistem menggabungkan dan memperkuat standar perawatan, meningkatkan standar terminologi, *link* ke monitor meningkatkan keakuratan dokumentasi, sedangkan kerugiannya adalah sistem ini mahal, diperlukan pelatihan ketika *update* sistem di *install*, kegagalan membuat informasi sementara tidak tersedia, privasi klien dapat dilanggar jika langkah-langkah keamanan yang tidak digunakan.

4. Manfaat Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi menyediakan berbagai manfaat: memfasilitasi komunikasi dengan perawat pelaksana untuk melanjutkan perawatan klien, legalitas, keuangan, sebagai dasar penelitian klinik dan kemajuan pedoman professional dan pelaksanaan organisasi. (JCHO, 2005 dalam Perry & Potter, 2007)

a. Komunikasi

Pencatatan merupakan cara bagi tim perawatan kesehatan untuk menyediakan perawatan yang *continue* dan mengkomunikasikan kebutuhan klien dan kemajuan klien memenuhi tujuan akhir. Pencatatan juga termasuk respon klien pada intervensi dan modifikasi dari perawatan. Dokumentasi merupakan sumber informasi yang akurat tentang status kesehatan klien.

b. Dokumentasi legal

Dokumentasi yang efektif merupakan salah satu pertahanan yang legal untuk tuntutan yang berhubungan dengan perawatan kesehatan. Dokumentasi harus mengikuti standar dokumentasi untuk membatasi pertanggungjawaban. Cara yang terbaik untuk memastikan standar legal dokumentasi adalah mencatat semua informasi sebagai penyedia perawatan.

c. Keuangan

Diagnosis-relating groups (DRGs) merupakan dasar untuk pembayaran klien dalam perawatan. DRG diklasifikasikan berdasarkan diagnosis kesehatan klien primer dan sekunder. Waktu dan keakuratan dokumentasi pemasukan dan peralatan yang digunakan menggambarkan biaya yang diperlukan klien.

d. Pendidikan

Catatan klien mencakup beberapa informasi, contohnya pengobatan dan diagnosa keperawatan, tanda dan gejala penyakit, keberhasilan dan ketidakberhasilan terapi, diagnosis yang ditemukan, dan kelakuan klien. Membaca catatan perawatan klien merupakan cara yang efektif untuk belajar penyakit alami dan respon klien terhadap penyakit.

e. Penelitian

Data statistik adalah elemen yang penting dalam catatan klien, termasuk frekuensi gangguan klinis, komplikasi, penggunaan pengobatan spesifik, terapi keperawatan, perbaikan dari penyakit, dan kematian.

f. *Auditing dan monitoring*

Perawat memonitor atau mengulang catatan selama dalam tahun untuk menggambarkan derajat kemajuan yang ditampilkan.

5. Tahap-tahap dokumentasi keperawatan

Tahap pendokumentasian keperawatan meliputi:

a. Pengkajian

Pengkajian diidentifikasi sebagai tahap pertama dari proses keperawatan. Pengkajian bisa disebut sebagai suatu pengkajian keperawatan jika menghasilkan data yang diperlukan dalam asuhan keperawatan. Data pengkajian yang dihasilkan melalui sistem biologis, yang dilakukan untuk menghasilkan diagnosa medis tidak cukup untuk menghasilkan data yang diperlukan untuk diagnosa keperawatan sehingga kerangka pengkajian lainnya seperti pola kesehatan fungsional dilakukan pada sistem asuhan kesehatan dimana

ketepatan dari diagnosa keperawatan diperlukan (Gordon, 2007 dikutip dalam NANDA, 2009).

Pengkajian keperawatan pada semua tingkatan analisa (individu, keluarga, dan masyarakat) terdiri dari data subyektif dari individu dan data objektif dari pemeriksaan diagnostik serta sumber-sumber lainnya. Menurut Weber & Kelly, 2007 dikutip dalam NANDA, 2009 pengkajian individu terdiri dari riwayat kesehatan (data subyektif) dan pemeriksaan fisik (data obyektif). Menurut Wright & Leahey, 2005 dikutip dalam NANDA, 2009 pengkajian keluarga meliputi pengumpulan informasi khusus dari keluarga (data subyektif) dan observasi interaksi keluarga (data obyektif).

Menurut NANDA, 2009 ada dua tipe pengkajian yang dilakukan untuk menghasilkan diagnosa keperawatan yang akurat yaitu komprehensif dan terfokus. Pengkajian komprehensif meliputi semua aspek pengkajian keperawatan seperti pola kesehatan fungsional untuk menentukan status kesehatan dari individu, keluarga, ataupun komunitas. Sedangkan pengkajian terfokus lebih memfokuskan pada masalah khusus. Pengkajian terfokus dilakukan apabila terdapat gejala-gejala yang perlu dikaji lebih mendalam. Tujuan dari pengkajian keperawatan yaitu berfokus pada data yang diperlukan untuk mengidentifikasi respon manusia serta pengalaman, melibatkan kerjasama antara individu, keluarga ataupun komunitas bila mungkin, dan penemuan didasari oleh penelitian dan bukti-bukti lainnya.

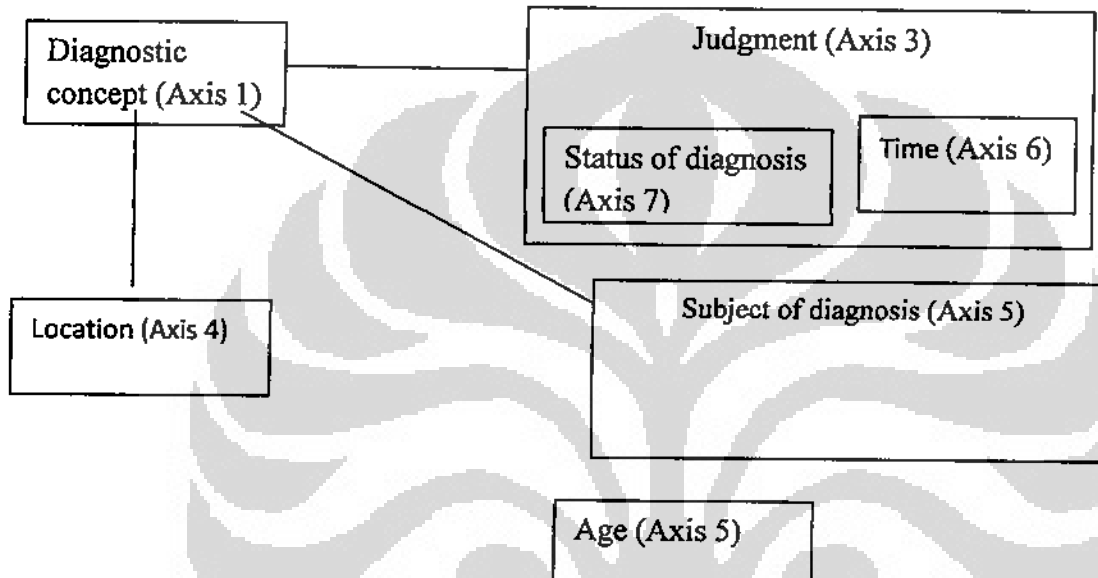
b. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis tentang respon individu, keluarga, ataupun komunitas terhadap masalah-masalah kesehatan *actual* ataupun potensial (NANDA, 2009). Tujuan diagnosa keperawatan adalah mengarahkan rencana asuhan keperawatan untuk membantu klien dan keluarga beradaptasi terhadap masalah perawatan kesehatan. Sasaran diagnosa keperawatan adalah untuk

mengembangkan suatu rencana asuhan yang bersifat individual sehingga klien dan keluarganya mampu untuk mengatasi perubahan dan untuk menghadapi tantangan yang diakibatkan dari masalah kesehatan (Perry & Potter, 2005).

Tabel 2.1.

Model diagnosa keperawatan menurut NANDA 2009-2011



Tujuh alasan pokok yang harus dipertimbangkan dalam menegakkan diagnosa menurut NANDA, 2009:

1. Konsep diagnosa

Konsep dasar merupakan komponen dasar dari diagnosa. Konsep diagnosa bisa terdiri dari satu atau lebih kata benda. Apabila lebih dari satu kata benda yang digunakan (contoh: toleransi aktifitas) tiap kata benda berkaitan dengan arti khusus pada konsep. Umumnya kata sifat (contoh: spritual) bisa digunakan dengan kata kerja (contoh: *distress*) untuk menunjukkan konsep diagnosa (contoh: spiritual *distress*). Pada beberapa kasus konsep diagnosa dan diagnosis sama (contoh: nyeri). Hal ini terjadi apabila diagnosa keperawatan dirumuskan pada tingkat klinis penting.

2. Subyek diagnosa, yaitu individu atau kelompok yang menjadi tujuan dari diagnosa keperawatan tersebut dibuat.

3. Penilaian adalah suatu deskripsi ataupun pembuat modifikasi yang membatasi atau mengkhususkan arti dari konsep diagnosa.
4. Lokasi, menggambarkan bagian atau wilayah dari tubuh dan fungsinya, semua jaringan, organ-organ, dan struktur anatomi.
5. Usia, menunjukkan usia seseorang atau subyek dari diagnosa.
6. Waktu, menggambarkan durasi dari konsep diagnosa. Parameter waktu yang diidentifikasi oleh NANDA I meliputi akut, kronis, *intermitten*, dan berkelanjutan.
7. Status diagnosa, menunjukkan diagnosa aktual, potensial, ataupun kategori diagnosa NANDA I mengidentifikasi status diagnosa sebagai berikut:
 - a) Aktual, menggambarkan respon manusia terhadap kondisi kesehatan yang terjadi pada individu yang didukung oleh karakteristik (manifestasi tanda & gejala),
 - b) Promosi kesehatan, diagnosa promosi kesehatan merupakan penilaian klinis terhadap motivasi dan keinginan dari individu, keluarga, ataupun komunitas untuk meningkatkan kesejahteraan, potensi aktualisasi kesehatan individu, serta kebiasaan kesehatan khusus seperti nutrisi dan latihan yang dikelompokkan ke dalam pola yang berhubungan dengan tanda dan kesimpulan.
 - c) Faktor resiko kerentanan, terutama sebagai hasil dari paparan faktor-faktor yang meningkatkan kemungkinan terjadinya cedera atau kehilangan. Diagnosa resiko menggambarkan respon individu terhadap kondisi kesehatan/proses kehidupan yang dapat berkembang menjadi kerentanan individu, keluarga ataupun komunitas.
 - d) *Wellness*, diagnosa *wellness* menggambarkan respon individu terhadap tingkat *wellness* pada individu, keluarga, ataupun komunitas yang siap dalam menghadapi suatu perubahan.

c. Perencanaan

Perencanaan merupakan rencana yang disusun oleh perawat untuk kepentingan keperawatan. Perawat membuat rencana asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan status kesehatan klien. Rencana asuhan keperawatan disusun berdasarkan data pengkajian, diagnosa keperawatan, tujuan, hasil yang diharapkan, aktivitas dan strategi keperawatan spesifik (Perry & Potter, 2005).

Prinsip dasar pencatatan asuhan keperawatan menurut Nurachmah, 1999 adalah tulisan harus jelas, cantumkan waktu dan tanggal pencatatan, isi setiap kolom dengan informasi yang relevan dengan topik/judul kolom. Selanjutnya gunakan singkatan yang berlaku lazim di institusi terkait, gunakan kata-kata yang dapat diukur, respon verbal klien menggunakan tanda kutip, warna tinta/tulisan untuk tujuan khusus misal "alergi", "pemberian obat perintravena" dan lain-lain perlu disepakati apakah berbeda dengan warna dasar tulisan. Serta tidak menggunakan kata-kata yang tidak dipahami oleh orang lain.

Prinsip dasar yang lain adalah susunan kalimat harus jelas dan tegas serta tidak menimbulkan keragu-raguan dalam menginterpretasikan maksudnya. Jika terdapat kesalahan penulisan harus segera dicoret dan dicantumkan kata "salah", kemudian diikuti dengan kata yang benar, serta diberi inisial nama yang menulis. Setiap halaman format proses keperawatan perlu mencantumkan nama klien dan nomor identitas keperawatan. Jika akan meneruskan kalimat pada halaman berikut, cantumkan kembali waktu tanggal yang sama pada bagian atas halaman, tidak memuat komentar pribadi pemberi asuhan dan akhiri dengan tanda tangan serta nama jelas.

d. Intervensi

Intervensi keperawatan merupakan komponen dari proses keperawatan yang terdiri dari kategori dari perilaku keperawatan. Tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan yang dilakukan dan diselesaikan (Perry & Potter, 2005). Intervensi keperawatan semua tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien beralih dari status kesehatan yang diuraikan dalam hasil yang diharapkan (Gordon, 1994 dikutip dalam Perry & Potter, 2005).

Menurut Dochterman & Bulechek, 2004 intervensi *Nursing Interventions Classification* (NIC) didefinisikan sebagai “negosiasi persetujuan dengan individu yang mendukung perubahan kebiasaan khusus”. Aktifitas-aktifitas yang dilakukan pada intervensi antara lain: membantu klien mengenali praktek kesehatan yang ingin diubahnya, serta mengenali tujuan dari asuhan keperawatan yang dilakukan sangat penting bagi perawat untuk membantu klien memahami grafik perkembangan sehingga perawat dan klien dapat melihat sejauh mana perkembangan kesehatan.

e. Evaluasi

Perawat mengevaluasi kemajuan klien terhadap asuhan keperawatan dalam pencapaian tujuan dan merevisi data dasar serta perencanaan. Kriteria proses meliputi: menyusun perencanaan evaluasi hasil dari implementasi secara komperhensif, tepat waktu, dan terus menerus, menggunakan data dasar dan respon klien dalam mengukur perkembangan ke arah pencapaian tujuan, memvalidasi dan menganalisis data baru dengan rekan sejawat dan klien, bekerja sama dengan klien dan keluarga untuk memodifikasi rencana asuhan keperawatan, dan mendokumentasikan hasil evaluasi dan memodifikasi perencanaan.

Menurut Moorhead et al, 2004 dikutip dalam NANDA, 2009 klasifikasi *outcome* health promoting behavior di definisikan sebagai tindakan personal untuk mempertahankan atau meningkatkan wellness. Menurut Griffith & Christensen, 1986 dikutip dalam Handayaningsih, 2009 evaluasi sebagian yang direncanakan dan perbandingan yang sistematis pada status kesehatan klien. Perkembangan klien dapat diukur dalam mencapai suatu tujuan, maka perawat bisa menentukan efektifitas tindakan keperawatan. Proses evaluasi memerlukan beberapa keterampilan dalam menetapkan rencana asuhan keperawatan, termasuk pengetahuan mengenai standar asuhan keperawatan, respon klien yang normal terhadap tindakan keperawatan, dan pengetahuan konsep teladan dari keperawatan.

6. Pedoman pendokumentasian

Pendokumentasian yang berkualitas sangat penting untuk meningkatkan efisiensi, perawatan klien secara individual. Enam pedoman yang penting yang harus diikuti untuk pendokumentasian: dasar *factual*, keakuratan, kelengkapan, keterkinian, organisasi, dan kerahasiaan (Potter & Perry, 2005).

- a. Dasar *factual* adalah informasi tentang klien dan perawatan berdasarkan fakta. Informasi yang *factual* tidak akan menyebabkan salah arah atau salah interpretasi. Catatan harus mengandung deskripsi, informasi objektif tentang apa yang perawat lihat, dengar, rasakan, dan penciuman (Egglund, 1993 dikutip dalam Potter & Perry, 2005).
- b. Keakuratan, catatan klien harus akurat sehingga dokumentasi yang tepat dapat dipertahankan. Standar JCAHO (1995) dikutip dalam Potter & Perry, 2005 mengharuskan bahwa "semua *entri* dalam catatan medis harus diberi tanggal dan tanda tangan identitas, dan suatu metode ditetapkan untuk mengidentifikasi penulis *entri* tersebut.
- c. Kelengkapan adalah informasi didalam *entri* yang dicatatkan atau laporan harus lengkap, mengandung informasi singkat, lengkap tentang perawatan klien. Data yang singkat mudah dipahami.

- d. Keterkinian, mengentri data secara tepat waktu penting dalam perawatan bersama klien (JCAHO, 1995 dikutip dalam Potter & Perry, 2005). Aktivitas yang harus dikomunikasikan pada waktu terjadinya mencakup: tanda-tanda vital, pemberian medikasi, persiapan untuk pemeriksaan diagnostik, perubahan status, penerimaan, pemindahan, pemulangan atau kematian klien, dan pengobatan untuk perubahan mendadak dalam status kesehatan.
- e. Organisasi, perawat mengkomunikasikan informasi dalam format atau urutan yang logis.
- f. Kerahasiaan, komunikasi yang terjaga adalah informasi yang diberikan oleh seseorang ke orang lain dengan kepercayaan dan keyakinan bahwa informasi tersebut tidak akan dibocorkan.

Pengembangan standar rencana keperawatan bertujuan untuk mengurangi waktu perawat untuk menulis, sehingga waktu yang tersedia lebih banyak dilakukan untuk sesuai dengan tindakan kebutuhan klien. Format standar rencana keperawatan yang biasa digunakan terdiri dari diagnosa, data penunjang, tujuan, tindakan keperawatan dan kolom keterangan. Rencana tindakan yang dilakukan diberi tanda *check list* (v) dari etiologi, data-data penunjang, data yang sesuai, tindakan keperawatan dan menuliskan beberapa hasil pengukuran jika ada. Selain itu dengan sistem *check list* (v) yang digunakan pada tindakan keperawatan sangat memudahkan perawat untuk menentukan tindakan-tindakan apa yang perlu direncanakan. Perawat cukup memberi tanda pada seperangkat daftar terhadap tindakan keperawatan yang diperlukan untuk mengatasi masalah (Sitorus dan Yulia, 2006)

7. Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku

Secara operasional perilaku dapat diartikan sebagai suatu respons seseorang terhadap rangsangan (stimulus) dari luar subyek. Menurut Notoatmodjo, 2002 respon yang dihasilkan terbagi menjadi dua bentuk yaitu respon internal dan bentuk aktif, apabila perilaku tersebut jelas

dapat diobservasi. Dalam teori Green, 1980 menganalisa perilaku dari tingkat kesehatan. Perilaku terbentuk dari tiga faktor yaitu: faktor predisposisi, faktor pendukung dan faktor pendorong.

a. Faktor predisposisi yang terwujud dalam sosio demografi yaitu:

- 1) Umur menunjukkan tingkat kedewasaan atau maturitas yang dikaitkan dalam melaksanakan tugas-tugas teknis dan pengalaman. Menurut Tyson & Jackson, 2001 produktifitas kerja ditinjau dari usia dibagi menjadi tiga bagian yaitu usia 25 tahun, dimana individu mulai bekerja dan merupakan awal karir seseorang, 25-40 tahun merupakan puncak karir seseorang, > 40 tahun mulai terjadi penurunan karir. Hubungan umur dengan perilaku menurut Suwanto, 1999 semakin tua seseorang maka produktifitas seseorang makin menurun. Umur juga mempunyai kaitan yang erat dengan berbagai segi kehidupan oganisasional, kaitan umur dengan tingkat kedewasaan teknis dan kedewasaan psikologis (Siagian, 1999).
- 2) Jenis kelamin, merupakan sikap jasmani dan rohani yang membedakan dua mahluk sebagai wanita dan pria, yang juga membedakan mereka dalam berperilaku.
- 3) Pendidikan merupakan proses pengubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok orang dalam usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan latihan atau suatu penyampaian bahan materi pendidikan oleh pendidik kepada sasaran pendidikan guna mencapai perubahan perilaku. Sedangkan pelatihan dapat diartikan sebagai suatu pendidikan untuk memperoleh kemahiran atau kecakapan dalam bidang tertentu.
- 4) Lama kerja, merupakan variabel penjelas tunggal yang paling penting bagi pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan. Siagian (2000) menegaskan bahwa semakin lama seseorang bekerja atau berkarya maka kedewasaan teknisnya akan meningkat dan semakin berpengalaman dalam melaksanakan pekerjaannya. Menurut Swansburg (1999) bahwa semakin lama seseorang bekerja maka semakin bertambah pengalaman dan keterampilan

dalam melakukan pekerjaannya termasuk dokumentasi proses keperawatan sehingga dengan bertambahnya pengalaman bekerja yang dimiliki akan membantu karyawan dalam menghadapi kendala kerja dengan cepat dan tanggap.

- b. Faktor-faktor pendukung (*enabling factors*), yang terwujud dalam lingkungan fisik, tingkat pengetahuan, tersedia atau tidak tersedianya fasilitas-fasilitas atau sarana-sarana dalam melakukan proses pendokumentasian. Tingkat pengetahuan, semakin tinggi tingkat pendidikan rata-rata maka makin banyak karyawan yang memiliki pengetahuan luas dan ketrampilan beraneka ragam, yang pada saatnya akan menjadi SDM yang produktif (Siagian, 2002).
- c. Faktor-faktor pendorong (*reinforcing factors*), yang terwujud dalam sikap dan perilaku kesehatan atau petugas yang lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku perawat yaitu motivasi dan supervisi. Motivasi merupakan daya dorong bagi seseorang untuk memberikan kontribusi yang sebesar mungkin demi keberhasilan organisasi mencapai tujuannya. Dengan pengertian, bahwa tercapainya tujuan organisasi berarti tercapai pula tujuan pribadi para anggota organisasi yang bersangkutan (Siagian, 2002)

Supervisi menurut Ilyas, 2000, yaitu suatu proses memacu anggota unit kerja untuk berkontribusi secara positif agar tujuan organisasi tercapai. Tujuan dari supervisi adalah untuk mengoptimalkan kondisi kerja yang nyaman, mencakup lingkungan fisik dan suasana kerja tenaga keperawatan dan tenaga lainnya, serta jumlah persediaan dan kelayakan sarana untuk memudahkan pelaksanaan tugas.

Supervisi dalam pelayanan keperawatan memerlukan tehnik khusus yang bersifat klinis (Swansburg, 1999). Supervisi dalam keperawatan mencakup hal – hal dibawah ini:

- a. Proses supervisi dalam praktek keperawatan meliputi tiga elemen, yaitu standar praktek keperawatan sebagai acuan, faktor pelaksanaan praktek keperawatan sebagai pembimbing dalam pencapaian atau kesenjangan dan tindak lanjut, dan upaya mempertahankan kualitas maupun upaya memperbaiki.
- b. Area yang disupervisi dalam keperawatan mencakup pengetahuan dan pengertian tentang tugas yang akan dilaksanakan, ketrampilan yang dilakukan dan disesuaikan dengan standar, dan sikap serta penghargaan terhadap pekerjaan seperti kejujuran dan empati.

8. Pengukuran pelaksanaan dokumentasi keperawatan

Cara yang dilakukan dalam menilai kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat dengan membandingkan pendokumentasian yang ditemukan dalam rekam medis klien dengan pendokumentasian yang ditentukan dalam standar asuhan keperawatan (Depkes, 2005). Aspek yang dinilai dalam instrumen tersebut adalah pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, evaluasi keperawatan dan catatan asuhan keperawatan.

Rekam medis klien yang dinilai harus memiliki kriteria sebagai berikut: rekam medis klien yang telah pulang dan telah dirawat minimal 3 hari di ruangan yang diteliti, khusus untuk kamar operasi dan IGD, penilaian dilakukan setelah klien dipindahkan ke ruang rawat inap, rekam medis klien yang memenuhi kriteria selama periode evaluasi berjumlah sesuai dengan perawat yang akan diteliti (Depkes, 2005).

C. Penelitian terkait

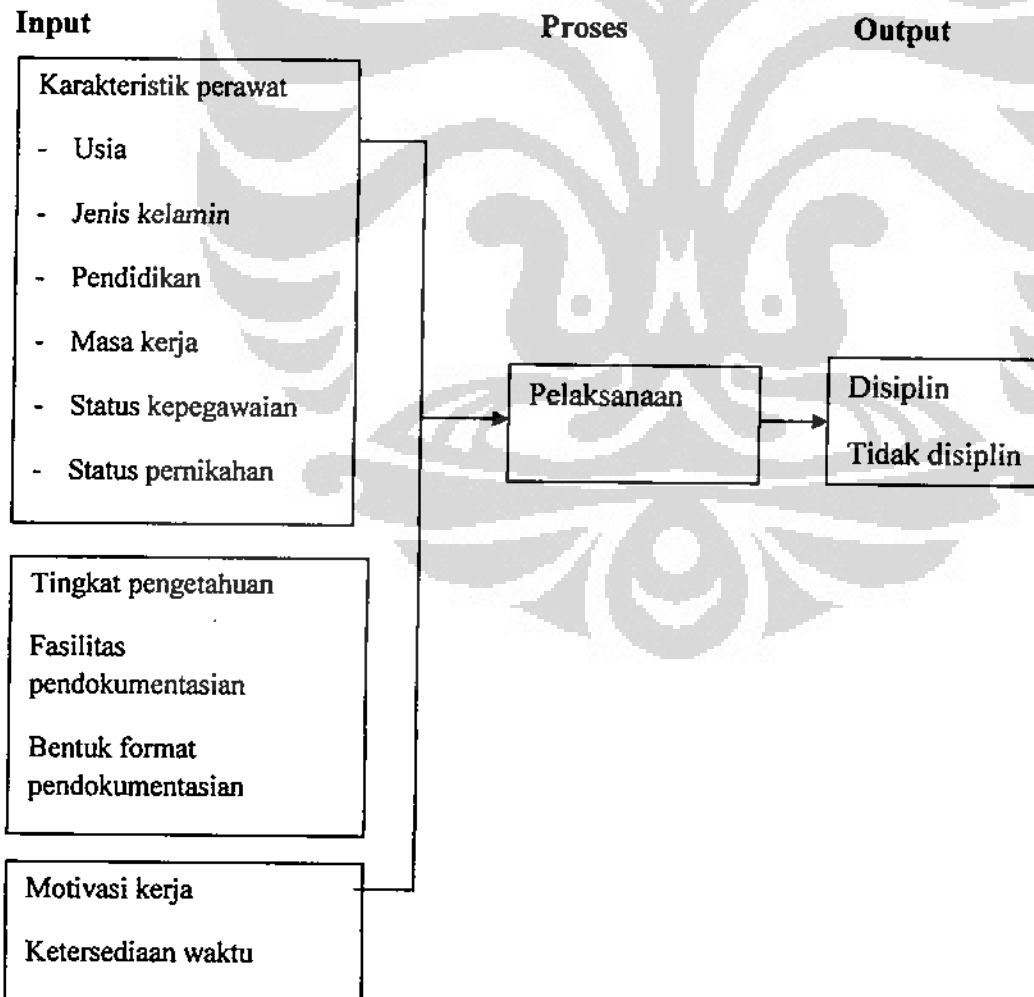
1. Astuti dan Kustiwi, 2006 dalam penelitiannya "Gambaran pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Penyakit dalam RS Umum Tangerang, menunjukkan bahwa pendokumentasian evaluasi mendapatkan nilai tertinggi 96,7% untuk item evaluasi, sedangkan nilai terendah 0% adalah pendokumentasian implementasi untuk item revisi. Tindakan berdasarkan evaluasi dan secara keseluruhan hasil yang didapat pada penelitian pendokumentasian asuhan keperawatan ini tidak ada yang lengkap.
2. Girsang, 2006 dalam penelitiannya "Analisis kinerja perawat pelaksana ditinjau dari dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSPGI Cikini" menyampaikan umur, pendidikan, lama bekerja dan pelatihan tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. Hanya imbalan yang mempunyai hubungan yang bermakna dengan kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. Hasil penelitian yang didapatkan dari pengisian dokumentasi asuhan keperawatan dalam kategori baik 50,3% dan kurang 49,7%.

BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Kerangka konsep

Kerangka konsep penelitian merupakan hubungan-hubungan antara konsep yang satu dengan yang lainnya dari masalah yang diteliti sesuai dengan apa yang telah diuraikan pada tinjauan pustaka (Notoatmodjo, 2002). Sesuai dengan tujuan penelitian yaitu untuk mengetahui gambaran faktor-faktor yang mempengaruhi ketidaksiplinan perawat dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah Sakit Asri Jakarta, maka kerangka konsep pada penelitian ini adalah sebagai berikut :



A. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Umur	Usia responden yang dihitung sejak lahir hingga ulang tahun terakhir	Mengukur variabel umur responden.	Kuisisioner (instrument I, no. 1)	Tahun	Rasio
2.	Tingkat Pendidikan	Pendidikan formal terakhir yang dimiliki responden terdiri atas lulusan SPK (tingkat pendidikan rendah), DIII dan S1 keperawatan (tingkat pendidikan tinggi)	Mengukur variabel tingkat pendidikan responden.	Kuisisioner (instrument I, no. 3)	1. Rendah (tamat SPK) 2. Tinggi (DIII-S1 keperawatan)	Ordinal
3.	Jenis kelamin	Karakteristik yang membedakan responden yang mencerminkan jenis kelaminnya	Mengukur variabel jenis kelamin	Kuisisioner (instrument I, no. 2)	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
4.	Masa kerja	Lamanya responden sudah bekerja di Rumah Sakit.	Mengukur variabel lama kerja	Kuisisioner (instrument I, no. 4)	1. kurang dari 1 tahun 2. lebih dari 1 tahun	Ordinal
5.	Status Kepegawaian	Status kepegawaian responden pada saat dilakukan penelitian.	Mengukur variabel status kepegawaian	Kuisisioner (instrument I, no. 5)	1. kontrak 2. tetap	Ordinal
6.	Status pernikahan	Status perkawinan responden pada saat dilakukan penelitian	Mengukur variabel status pernikahan	Kuisisioner (instrument I, no. 6)	1. Menikah 2. Belum menikah	Nominal
7.	Tingkat Pengetahuan	Hal-hal yang diketahui responden yang berhubungan dengan proses pendokumentasian asuhan keperawatan	Mengukur variabel tingkat pengetahuan	Kuisisioner (instrumen II, terdiri dari 20 soal pilihan ganda)	Nilai atau angka dari jumlah jawaban benar dikalikan 5. 1. Tinggi (80-100)	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
					2. Sedang (60-79) 3. Rendah (< 60)	
8.	Fasilitas pendokumentasian	Segala sesuatu yang dapat mendukung penulisan dokumentasian proses keperawatan	Mengukur variabel fasilitas	Kuesioner (instrumen III, pertanyaan no. 1,2,3,4,5,6) Tidak = 0 Ya = 1	1. Lengkap (> 3 = 60 - 100 %) 2. Tidak lengkap ($\leq 3 = 0 - 50\%$)	Ordinal
9.	Ketersediaan waktu	Waktu yang tersedia bagi responden dalam pendokumentasian	Mengukur variabel ketersediaan waktu	Kuesioner (instrumen III, pertanyaan no. 7,14,16,17,18) Pernyataan positif Tidak = 0 Ya = 1 Pernyataan negatif Tidak = 1 Ya = 0	1. Cukup (> 2 = 60 - 100 %) 2. Tidak cukup ($\leq 2 : 0 - 40\%$)	Ordinal
0.	Motivasi kerja	Dorongan yang timbul pada diri seseorang secara sadar atau tidak sadar untuk melakukan tindakan dengan tujuan tertentu	Mengukur variabel motivasi kerja	Kuesioner (instrumen III, pertanyaan no. 8,9,12,13) Ya = 1 Tidak = 0	1. Rendah ≤ 2 (0-50%) 2. Tinggi > 2 (> 50%)	Ordinal
1.	Bentuk format pendokumentasian asuhan keperawatan	Model formulir asuhan keperawatan yang tersedia di Rumah sakit Asri	Mengukur tingkat keefisienan format pendokumenta	Kuesioner (instrumen III, pertanyaan no. 10,11,15,19,20)	Pernyataan benar, dinilai 1, pernyataan salah dinilai 0	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
			sian yang tersedia.	Ya = 1 Tidak = 0	1. Efisien ($> 2 = 60 - 100\%$) 2. Tidak efiseien ($\leq 2: 0 - 40\%$)	
12.	Kedisiplinan pendokumentasian asuhan keperawatan.	Ketaatan dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada 3 bulan terakhir.	Dengan observasi pada dokumentasi proses keperawatan, menggunakan instrumen baku dari Depkes RI, dengan item 25.	Formulir observasi standar asuhan keperawatan (Depkes, 2005)	Nilai atau angka dari hasil penjumlahan seluruh skore dibagi nilai tertinggi dibagi 25 X 100% Baik: $> 79\%$ Kurang: $< 79\%$	Ordinal

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Desain penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan studi deskriptif. Studi deskriptif merupakan penelitian yang bertujuan melakukan deskripsi mengenai fenomena yang ditemukan, baik berupa faktor risiko maupun efek atau hasil (Sastroasmoro, 2005). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakdisiplinan perawat dalam melakukan pendokumentasian. Berdasarkan waktunya penelitian ini merupakan penelitian *cross sectional*, yaitu penelitian hanya dilakukan pada beberapa populasi dan diamati pada waktu yang sama (Hidayat, 2007).

B. Populasi dan sampel

Populasi adalah keseluruhan subyek penelitian, subyek berupa benda. Semua benda yang memiliki sifat atau ciri adalah subyek yang bisa diteliti. Sampel adalah sebagian dari populasi yang merupakan wakil dari populasi (Machfoedz, 2005). Teknik pengambilan sampel responden yang digunakan adalah *total sampling* dengan jumlah keseluruhan perawat sebanyak 37 orang. Populasi dari penelitian ini adalah seluruh perawat yang ada di RS Asri dengan kriteria sebagai berikut:

1. Perawat pelaksana.
2. Perawat yang sudah bekerja minimal selama 6 bulan.
3. Perawat yang bersedia diteliti.

4. Perawat yang sedang tidak cuti/izin belajar

Penelitian ini menggunakan pengambilan sampel jenis *probability sampling* memakai tehnik *simple random sampling*, untuk rekam medis. *Probability sampling* menjelaskan bahwa tiap subyek dalam populasi (terjangkau) mempunyai kesempatan yang sama untuk terpilih atau tidak terpilih sebagai sampel penelitian (Sastroasmoro, 2005).

Keterangan:

$$Z_{\frac{1}{2}\alpha} =$$

p = proporsi penelitian sebelumnya

q = proporsi penelitian

e = presisi relatif

diketahui :

$$Z_{\frac{1}{2}\alpha} = 1,96$$

$$q = (1 - 0,5) = 0,5$$

$$e = 0,3$$

$$p = 0,5$$

$$N : \frac{Z_{\frac{1}{2}\alpha} \cdot q}{e^2 \cdot p} \Rightarrow \frac{1,96 \cdot 0,5}{0,3^2 \cdot 0,5} = 42,6 \Rightarrow \text{rekam medis}$$

jadi dari perhitungan diatas diperoleh besar sample yang akan diambil adalah 43 rekam medis untuk mencegah data yang tidak lengkap maka sampel ditambahkan sebanyak 10% dari total responden menjadi sebanyak 48 sampel rekam medis.

C. Tempat penelitian

Penelitian dilaksanakan di Rumah Sakit Asri. Waktu penelitian direncanakan pada tanggal 9 April 2010.

D. Etika penelitian

Dalam melakukan penelitian, peneliti perlu mendapatkan rekomendasi dari institusi dengan mengajukan permohonan izin kepada Direktur Rumah Sakit Asri tempat penelitian dilaksanakan. Setelah mendapatkan izin, peneliti barulah melakukan penelitian dengan menekankan masalah etika. Menurut Beauchamp & Childress, 1981 dalam Thompson, 2000 menguraikan bahwa untuk mencapai suatu keputusan etik diperlukan enam kaidah dasar moral yaitu:

1. *Fidelity* (kesetiaan): kewajiban individu atau tenaga kesehatan untuk patuh terhadap komitmen pekerjaan atau dengan kata lain kepatuhan atau kesetiaan profesional terhadap perjanjian dan tanggung jawab terhadap profesi. Dalam penelitian ini peneliti berupaya meneliti dari aspek keperawatan, dimana pada penelitian sebelumnya mengenai latihan ataupun senam lebih banyak dilakukan oleh bidang lain.
2. *Beneficence* (kemurahan hati): prinsip moral yang mengutamakan tindakan yang ditujukan ke kebaikan klien. Dalam *beneficence* tidak hanya dikenal perbuatan untuk kebaikan saja, melainkan juga perbuatan yang sisi baiknya (manfaat) lebih besar daripada sisi buruknya (mudharat). Melakukan kebaikan untuk orang lain, melakukan tindakan yang dapat meningkatkan kesejahteraan orang lain dan melakukan pelayanan kesehatan dengan pendekatan klien secara holistik. Dari tujuan penelitian ini jelas bahwa penelitian bertujuan untuk memberikan *advocacy* terhadap pemilihan pola hidup yang masyarakat dengan melakukan senam sudah tepat atau belum dan sejauh mana kemanfaatan yang didapatkan oleh masyarakat dari aktifitas latihan ini.
3. *Autonomy* adalah hak untuk mengekspresikan diri secara mandiri dan bebas prinsip moral yang menghormati hak-hak klien, terutama hak

otonomi klien (*the rights to self determination*). Prinsip moral inilah yang kemudian melahirkan *informed consent*. Dalam penelitian ini *informed consent* menjadi persyaratan utama untuk menunjukkan kesediaan responden terlibat dalam penelitian.

4. *Justice* adalah berlaku adil untuk semua, yaitu prinsip moral yang mementingkan *fairness* dan keadilan dalam bersikap maupun dalam mendistribusikan sumber daya (*distributive justice*). Dalam penelitian ini pengambilan sampel diupayakan merata disetiap klub, sehingga selain sampel bersifat mewakili populasi juga interaksi peneliti dengan responden menjadi lebih merata, karena proses interaksi yang terjadi selama proses penelitian pastinya akan memberikan dampak positif pada kedua belah pihak.
5. *Nonmaleficence*: melakukan tindakan yang melindungi klien dari keadaan yang membahayakan atau dapat juga diartikan secara lebih luas yaitu untuk melindungi klien yang tidak bisa melakukan proteksi terhadap dirinya sendiri. Dalam penelitian ini tidak terdapat satupun tindakan yang akan merugikan atau membahayakan responden baik secara fisik maupun psikologis.
6. *Veracity* (kejujuran): mengatakan sesuatu dengan benar tanpa dengan sengaja menipu atau menyesatkan klien. Klien berhak tahu informasi tentang penyakitnya baik diagnosa, tindakan dan pengobatan. Peraturan mendasar yang harus diperhatikan adalah *veracity* (berbicara benar, jujur dan terbuka), *privacy* (menghormati hak privasi klien), *confidentiality* (menjaga kerahasiaan klien) dan *fidelity* (loyalitas), serta *keeping promise* (memegang janji).

E. Alat Pengumpulan data

Dalam pengumpulan data digunakan berupa daftar pernyataan berbentuk kuesioner yang mengacu pada tujuan dan kerangka konsep. Kuesioner yang dipakai sebelumnya telah digunakan pada penelitian Lusiana, 2008 dengan r table 0,361. Pengujian realibilitas dan validitas kuesioner, terlebih dahulu dilakukan uji kuesioner untuk mengetahui realibilitas dan

validitas kuesioner. Uji yang dilakukan dengan melakukan *uji cronbach alfa*.

F. Instrumen penelitian

Penelitian dibagi menjadi empat kuesioner terdiri dari:

1. Instrument I terdiri dari alat pengumpul data responden digunakan sebagai instrument pembuka dan untuk mengontrol karakteristik sampel agar sesuai dengan kriteria yang diinginkan. Kuesioner ini meliputi data demografi responden: umur, jenis kelamin, pendidikan terakhir, lama bekerja, status kepegawaian dan status pernikahan,
2. Instrumen 2 terdiri dari alat pengumpul data untuk mengukur tingkat pengetahuan responden, yang terdiri dari 20 pertanyaan *multiple choice*.
3. Instrumen 3, terdiri dari 16 pertanyaan; fasilitas (6 pertanyaan), ketersediaan waktu (3 pertanyaan), motivasi (4 pertanyaan), bentuk format pendokumentasian (3 pertanyaan).
4. Instrumen 4 terdiri dari lembar observasi dokumentasi keperawatan terdiri dari 6 komponen meliputi 25 pertanyaan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, tindakan, evaluasi, dan syarat pencatatan.

G. Prosedur pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan di Rumah Sakit Asri, dengan langkah-langkah sebagai berikut:

1. Setelah mendapat izin dari Direktur RS Asri berdasarkan surat permohonan yang dikeluarkan institusi. Maka peneliti mengadakan pendekatan dengan kepala ruang Rumah Sakit Asri Jakarta untuk diketahui dan memulai penelitian yang diawali dengan pengumpulan data.
2. Sebelum pengumpulan data dilakukan, peneliti menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian serta kerahasiaan data responden dengan tujuan

- agar responden memberikan data secara lengkap dan menjawab dengan sejujurnya sehingga peneliti memperoleh data akurat dan valid.
3. Setelah mendapatkan persetujuan, peneliti meminta responden membaca dan menandatangani lembar persetujuan. Peneliti membagikan secara langsung kuesioner kepada responden di Rumah Sakit Asri
 4. Selama proses pengisian kuesioner peneliti mendampingi responden dan bila responden mengalami kesulitan dalam pengisian kuisisioner segera mendapat penjelasan dari peneliti. Setelah diisi, kuesioner dikumpulkan sebanyak jumlah responden dalam masa penelitian tersebut, kemudian data diolah dengan pengukuran statistik.

H. Pengolahan dan analisis data

Setelah data sudah dikumpulkan, kemudian data diolah dengan tujuan mengubah data menjadi informasi. Pengolahan dan analisis data yang dilakukan menggunakan uji univariat. Dalam proses pengolahan data terdapat langkah-langkah yang harus ditempuh, diantaranya:

1. *Editing*

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. *Editing* dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul.

2. *Coding*

Coding merupakan kegiatan pemberian kode numerik (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa kategorik. Pemberian kode ini sangat penting bila pengolahan dan analisis data menggunakan komputer. Biasanya dalam pemberian kode dibuat juga daftar kode dan artinya dalam satu buku (*code book*) untuk memudahkan kembali melihat lokasi dan arti suatu kode dari suatu variabel.

3. *Cleaning*

Proses pembersihan data dilakukan setelah data dimasukkan ke program komputer dan diteliti agar data bebas dari kesalahan.

4. *Entry*

Data *entry* adalah kegiatan memasukkan data yang telah dikumpulkan ke dalam master tabel atau *database* komputer, kemudian membuat distribusi frekuensi sederhana atau bisa juga menggunakan tabel kontigensi.

5. Melakukan analisis univariat

Analisis *univariat* bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan masing-masing variabel yang diteliti. Analisa Univariat yang digunakan yaitu untuk melakukan analisa terhadap distribusi frekuensi dari variabel-variabel yang digunakan dalam penelitian yaitu variabel independen dan variabel dependen, Penyajian dilakukan dalam bentuk distribusi frekuensi, tendensi sentral (proporsi, mean, median, modus) dan variasi data (range, standar deviasi) dari masing-masing variabel. Penyajian analisis univariat terdiri dari variabel karakteristik perawat, variabel tingkat pengetahuan, variabel fasilitas pendokumentasian, variabel bentuk format pendokumentasian, variabel motivasi kerja, variabel ketersediaan waktu.

Tabel 4.1.
Analisis data univariat

No	Variable	Jenis data	Uji statistik
1.	Umur	Rasio	Interval
2.	Tingkat Pendidikan	Kategorik	Proporsi
3.	Jenis kelamin	Kategorik	Proporsi
4.	Masa kerja	Kategorik	Proporsi
5.	Status Kepegawaian	Kategorik	Proporsi
6.	Status pernikahan	Kategorik	Proporsi
7.	Tingkat Pengetahuan	Kategorik	Proporsi
8.	Fasilitas pendokumentasian	Kategorik	Proporsi
9.	Ketersediaan waktu	Kategorik	Proporsi
10.	Motivasi kerja	Kategorik	Proporsi
11.	Bentuk format pendokumentasian asuhan keperawatan	Kategorik	Proporsi
12.	Kedisiplinan pendokumentasian asuhan keperawatan	Kategorik	Proporsi

BAB V

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini akan disajikan hasil penelitian yang telah dilaksanakan di RS Asri sejak tanggal 10 April 2010 sampai dengan 8 Mei 2010. Pengumpulan data dilakukan dengan cara memberikan kuesioner dan observasi rekam medis terhadap dokumentasi asuhan keperawatan. Kuesioner diberikan pada tanggal 1 Mei 2010 sampai dengan tanggal 8 Mei 2010 (6 hari kerja).

Kuesioner diberikan kepada 30 orang responden yang memenuhi syarat untuk dijadikan sampel. Selama pengumpulan data tidak ada responden yang *droup out*. Pengumpulan data pada rekam medis dilakukan dengan observasi langsung terhadap dokumentasi asuhan keperawatan pasien yang sudah dirawat dalam 3 bulan terakhir (Januari-Maret) dengan lama hari rawat minimal 3 hari.

Hasil analisis penelitian disajikan dalam bentuk tabel, diagram dan tekstual yang didasarkan pada analisis univariat. Hasil penelitian disajikan dalam analisis univariat dengan menggunakan distribusi proporsi untuk kategori sedangkan untuk data rasio disajikan dalam bentuk interval. Setiap instrumen yang telah diisi oleh responden maupun *observer* dikumpulkan dan diperiksa kelengkapan jawabannya.

Analisis data Kuantitatif

Analisis univariat dalam penelitian ini akan menggambarkan distribusi frekuensi karakteristik perawat pelaksana yang terdiri dari (usia, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja, status kepegawaian, dan status pernikahan), tingkat pengetahuan pendokumentasian, fasilitas pendokumentasian, bentuk format pendokumentasian, motivasi kerja dan ketersediaan waktu, sampai dalam pelaksanaan pendokumentasian (pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, evaluasi dan dokumentasi) sebagai variabel dependen yang diuraikan dibawah ini:

a. Karakteristik Perawat

Gambaran karakteristik individu perawat pelaksana yang menjadi responden dalam penelitian ini dianalisis dengan menggunakan distribusi frekuensi.

Tabel 5.1.
Distribusi Frekuensi Karakteristik Perawat Pelaksana
di RS Asri Jakarta, Mei 2010
N = 30

Variable	Jumlah (orang)	Presentasi (%)
Umur (tahun)		
Awal karir (<25)	9	30
Puncak karir (25 – 40)	19	63,3
Penurunan karir (>40)	2	6,7
Tingkat pendidikan		
Tinggi:		
S1 Keperawatan	1	1
D3 Keperawatan	29	99
Rendah (SPK)	0	0
Jenis Kelamin		
Laki-laki	2	6,7
Perempuan	28	93,3
Lama Kerja (Bulan)		
<12	2	6,7
12-24	24	80
>24	4	13,3
Status Kepegawaian		
Tetap	25	16,7
Kontrak	5	83,3
Status Pernikahan		
Menikah	18	60
Belum Menikah	12	40

Pada tabel 5.1 tergambar umur perawat pelaksana di RS Asri mayoritas dalam usia puncak karir (63,3%). Karakteristik perawat pelaksana yang bekerja di RS Asri sebagian besar berpendidikan tinggi (D3 Keperawatan) yaitu 99%. Berdasarkan jenis

kelamin menunjukkan perempuan sebesar 93,3%. Berdasarkan lama kerja menunjukkan bahwa 6,7% perawat bekerja kurang dari 12 bulan. Karakteristik perawat menurut status perkawinan rerata berstatus sudah menikah, yaitu sebesar 60%.

b. Tingkat pengetahuan

Diagram 5.1.
Distribusi Frekuensi Responden Menurut Tingkat Pengetahuan
di RS Asri Jakarta, Mei 2010
N = 30

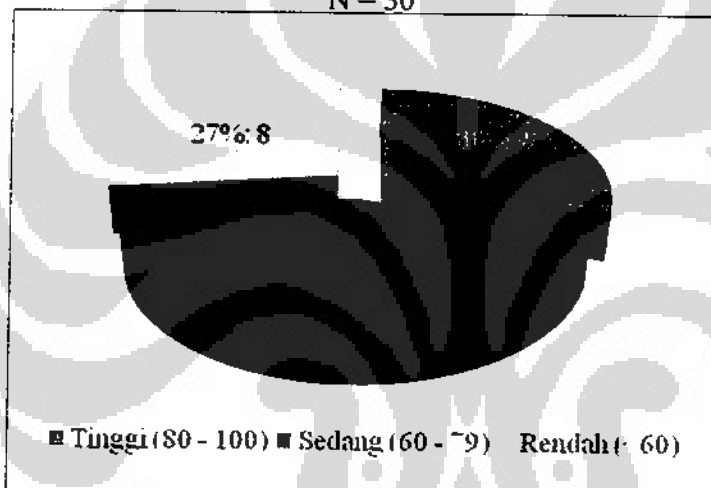
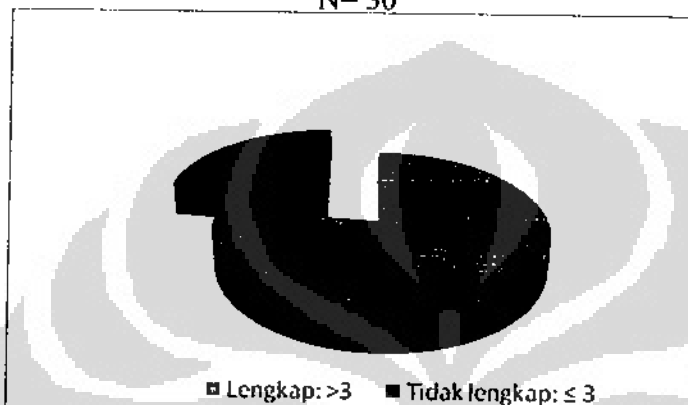


Diagram 5.1 tersebut menunjukkan bahwa 43% masuk dalam kategori sedang (60-79), dan 27% termasuk dalam kategori rendah.

c. Fasilitas pendokumentasian

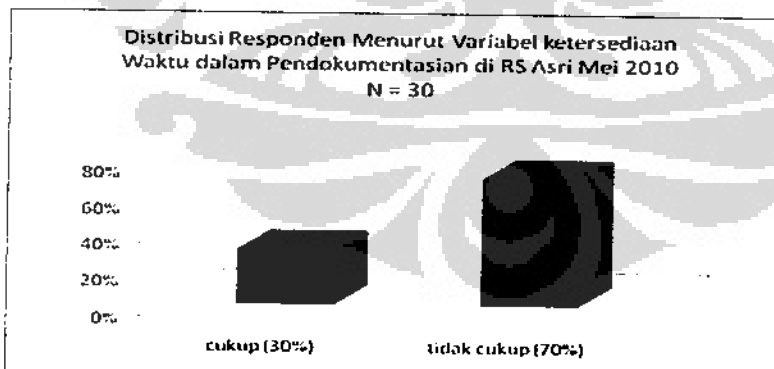
Diagram 5.2.
Proporsi Kelengkapan Fasilitas Asuhan Keperawatan
di RS. Asri, Mei 2010
N= 30



Menurut diagram 5.2 Sebagian besar fasilitas pendokumentasian sudah lengkap, sebanyak 77% dan hanya 23% fasilitas pendokumentasian yang tidak lengkap.

d. Ketersediaan waktu

Diagram 5.3.



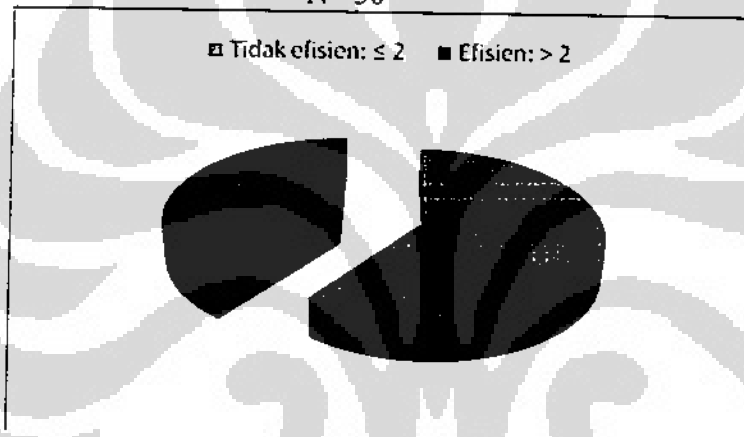
Menurut diagram 5.3 menunjukkan bahwa sebagian besar perawat pelaksana berpendapat bahwa kurang tersedianya waktu untuk melakukan dokumentasi asuhan keperawatan, yaitu sebesar 70%.

e. Motivasi Kerja

Hasil penelitian menunjukkan semua responden (100%) mempunyai motivasi yang tinggi dalam melakukan dokumentasi asuhan keperawatan.

f. Bentuk format pendokumentasian

Diagram 5.4.
Distribusi Responden Berdasarkan Variabel Bentuk Format Pendokumentasian
di RS. Asri, Mei 2010
N= 30



Menurut diagram 5.4 hasil penelitian menunjukkan bahwa bentuk format pendokumentasian yang ada sebagian besar tidak efisien, yaitu sebesar 60%.

g. Pendokumentasian asuhan keperawatan

Kualitas dokumentasi asuhan keperawatan diukur dengan penilaian dokumen yang dibuat oleh responden berdasarkan instrumen A Depkes RI. Total dokumen yang dinilai sebanyak 48 buah rekam medis. Gambaran kualitas dokumentasi asuhan keperawatan dapat dilihat pada tabel 5.2.

Tabel 5.2.
 Observasi Dokumentasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan
 Tiap Rekam Medik Di Rawat Inap RS. Asri
 Tanggal 28 April 2010 (N = 48)

No	Aspek yang dinilai	Jumlah	%
1	Pengkajian	25	13
2	Diagnosa keperawatan	3	2,1
3	Perencanaan	0	0
4	Tindakan	133	69,3
5	Evaluasi	7	7,3
6	Syarat pencatatan	236	81,9
	Rerata		28,97

Dari hasil penelitian didapatkan responden yang menerapkan asuhan keperawatan sesuai dengan pedoman yaitu pengkajian sebanyak 13%, diagnosa keperawatan 2,1%, perencanaan 0%, tindakan 69,3%, evaluasi 7,3%, dan pencatatan pendokumentasian sebanyak 81,9%. Jadi untuk keseluruhan hasil observasi dokumentasi keperawatan adalah 28,97%.

BAB VI PEMBAHASAN PENELITIAN

Pada bab ini diuraikan pembahasan hasil penelitian dan keterbatasan penelitian.

A. Pembahasan hasil penelitian

Pembahasan hasil penelitian sesuai tujuan dan kerangka konsep penelitian yaitu difokuskan pada faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakdisiplinan perawat dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan: karakteristik perawat (usia, jenis kelamin, pendidikan, status kepegawaian dan status perkawinan, tingkat pengetahuan pendokumentasian, fasilitas pendokumentasian, bentuk format pendokumentasian, motivasi kerja dan ketersediaan waktu).

Karakteristik menurut umur perawat pelaksana dirumah sakit Asri berada pada rentang 22 – 60 tahun, mayoritas pada usia puncak karir yaitu 25 – 40 tahun sebanyak 19 orang. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar perawat pelaksana RS Asri dalam tahap umur produktif, jika dikelola dengan baik dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan. Usia produktif merupakan komponen sumber daya manusia yang sangat mendukung dalam pelayanan keperawatan yang berkualitas. Menurut Tyson dan Jackson, 2001 produktivitas kerja ditinjau dari usia dibagi menjadi 3 bagian, dimana individu saat berusia 25 – 40 tahun berada dalam puncak karirnya. Umur mempunyai kaitan erat dengan produktivitas seseorang dan tingkat kedewasaan teknis maupun psikologis (Siagian, 2002).

Karakteristik perawat pelaksana yang bekerja di RS Asri sebagian besar adalah berpendidikan tinggi yaitu D3 Keperawatan (99%). Rerata tingkat pengetahuan perawat pelaksana RS Asri termasuk dalam kategori sedang (43%). Dari hasil observasi rekam medis didapatkan hasil kurang baik (28,97%), hal ini terjadi kemungkinan karena belum adanya penilaian langsung dari atasan tentang dokumentasi asuhan keperawatan atau pelatihan tentang dokumentasi asuhan keperawatan.

Berdasarkan hasil penelitian diatas, menunjukkan bahwa adanya ketidaksesuaian antara teori dan praktek. Bila dilihat dari teori, seharusnya semakin tinggi tingkat pendidikan dan pengetahuan, maka prosentase hasil pendokumentasian juga tinggi. Menurut Siagian, 2002 bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan rata-rata maka semakin banyak pengetahuan yang dimiliki karyawan, dan semakin beraneka ragam keterampilan yang dimiliki sehingga menjadi sumber daya manusia yang produktif.

Karakteristik perawat pelaksana RS Asri berdasarkan jenis kelamin sebagian besar berjenis kelamin perempuan (93,3 %). Kemungkinan antara perawat pelaksana yang berjenis kelamin laki – laki dan perempuan tidak akan berbeda. Hal ini dikarenakan karena peneliti tidak menguji perbedaan antara jenis kelamin laki – laki dan perempuan terhadap faktor – faktor yang dapat mempengaruhi ketidakdisiplinan pendokumentasian asuhan keperawatan.

Masa kerja perawat pelaksana di rumah sakit Asri minimal kurang dari 12 bulan (6,7 %) dan maksimal perawat bekerja lebih dari 24 bulan (13,3 %). Hal ini menunjukkan bahwa semakin lama seseorang bekerja, maka semakin sering seseorang berhadapan dengan dokumentasi dan semakin terampil dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan. Hal tersebut sesuai dengan Siagian (2000) menegaskan bahwa semakin lama seseorang bekerja atau berkarya maka kedewasaan teknisnya akan meningkat dan semakin berpengalaman dalam melaksanakan pekerjaannya. Menurut Swansburg (1999) bahwa semakin lama seseorang bekerja maka semakin bertambah pengalaman dan keterampilan dalam melakukan pekerjaannya termasuk dokumentasi proses keperawatan sehingga dengan bertambahnya pengalaman bekerja yang dimiliki akan membantu karyawan dalam menghadapi kendala kerja dengan cepat dan tanggap.

Status kepegawaian perawat pelaksana RS Asri sebagian besar pegawai tetap (83,3 %). Kemungkinan antara perawat pelaksana yang berstatus pegawai tetap dan pegawai kontrak tidak akan berbeda. Hal ini dikarenakan karena peneliti tidak menguji perbedaan antara pegawai tetap dan pegawai kontrak

terhadap faktor – faktor yang dapat mempengaruhi ketidakdisiplinan pendokumentasian asuhan keperawatan.

Status pernikahan perawat pelaksana RS Asri 60% sudah menikah dan 40% belum menikah. Sebagian besar jumlah perawat telah menikah, sehingga peran mereka ganda, yaitu sebagai ibu rumah tangga dan pekerja. Faktor kelelahan dari peran ganda ini dapat mempengaruhi pendokumentasian asuhan keperawatan. Menurut Siagian, 1995 tingkat ketidakhadiran karyawati yang telah berkeluarga dengan mempunyai anak lebih tinggi dari pada yang belum berkeluarga.

Tingkat pengetahuan perawat pelaksana RS Asri termasuk dalam kategori sedang (43%). Tingkat pengetahuan sesuai dengan tingkat pendidikan, semakin tinggi tingkat pendidikan rata-rata maka semakin banyak pengetahuan yang dimiliki karyawan. Dan semakin beraneka ragam keterampilan yang dimiliki sehingga menjadi sumber daya manusia yang produktif, menurut Siagian (2002).

Fasilitas pendokumentasian RS asri sebagian besar pendokumentasian sudah lengkap sebanyak 77% dan hanya 23% tidak lengkap. Fasilitas pendokumentasian tersebut termasuk salah satu sarana dalam melakukan proses pendokumentasian. Fasilitas pendokumentasian yang lengkap merupakan faktor pendukung yang mempengaruhi kedisiplinan perawat dalam pendokumentasian (Siagian, 2002).

Ketersediaan waktu perawat pelaksana dalam melakukan proses pendokumentasian sebagian besar berpendapat bahwa tidak memiliki waktu yang cukup untuk melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan (70%). Hal ini dikarenakan terlalu banyak tugas non keperawatan (*visite* dokter, administrasi) yang harus dilakukan. Dokumentasi proses asuhan keperawatan dianggap perawat sebagai beban karena banyaknya pekerjaan yang dilakukan oleh perawat dalam satu periode, sehingga perawat pelaksana memerlukan waktu khusus dan waktu tambahan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan (Lusiana, 2008).

Motivasi kerja perawat pelaksana RS Asri mempunyai motivasi yang tinggi dalam melakukan dokumentasi asuhan keperawatan. Motivasi merupakan daya dorong bagi seseorang untuk memberikan kontribusi yang sebesar mungkin demi keberhasilan organisasi dalam mencapai tujuannya (Siagian, 2002). Motivasi berdasarkan hasil penelitian ini tidak sesuai dengan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan, dimana diharapkan dengan motivasi perawat yang tinggi akan meningkatkan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan.

Bentuk format RS Asri sebagian besar tidak efisien (60%). Bentuk format tidak efektif karena format pengkajian terlalu panjang (4 lembar), masih tumpang tindih dengan diagnosa keperawatan, belum semua rencana tindakan keperawatan dibuat dalam sistem *check list*, catatan keperawatan bercampur dengan non keperawatan. Unsur – unsur yang harus ada dalam catatan perkembangan klinis yaitu diagnosa keperawatan, data yang sudah di kaji, data klinis pasien, intervensi, tujuan atau respon pasien, rencana tindak lanjut (Setriyani, 2009).

Pengembangan standar rencana keperawatan bertujuan untuk mengurangi waktu perawat untuk menulis, sehingga waktu yang tersedia lebih banyak dilakukan untuk sesuai dengan tindakan kebutuhan klien. Format standar rencana keperawatan yang biasa digunakan terdiri dari diagnosa, data penunjang, tujuan, tindakan keperawatan dan kolom keterangan. Rencana tindakan yang dilakukan diberi tanda *check list* (v) dari etiologi, data-data penunjang, data yang sesuai, tindakan keperawatan dan menuliskan beberapa hasil pengukuran jika ada. Selain itu dengan sistem *check list* (v) yang digunakan pada tindakan keperawatan sangat memudahkan perawat untuk menentukan tindakan-tindakan apa yang perlu direncanakan. Perawat cukup memberi tanda pada seperangkat daftar terhadap tindakan keperawatan yang diperlukan untuk mengatasi masalah (Sitorus dan Yulia, 2006)

Menurut Korn (1987) dalam Lusiana (2008) kualitas dokumentasi dikatakan baik bila bernilai lebih dari 80 %, sedangkan menurut Depkes RI adalah

sebesar 75%. Hasil observasi dokumentasi yang peneliti lakukan di RS Asri berdasarkan 48 rekam medis ditemukan data sebagai berikut pengkajian sebanyak 13%, pengkajian merupakan tahap awal dalam proses keperawatan untuk menghasilkan data yang diperlukan dalam asuhan keperawatan. Pengkajian yang komprehensif dan terfokus sangat diperlukan untuk menegakan diagnosa keperawatan yang akurat (NANDA, 2009).

Observasi dokumentasi keperawatan pada diagnosa keperawatan sebanyak 2%, tujuan dibuat diagnosa keperawatan sangat penting untuk mengarahkan rencana asuhan keperawatan sehingga dapat mengembangkan suatu rencana asuhan yang bersifat individual untuk mengatasi perubahan dan tantangan yang diakibatkan dari masalah kesehatan (Perry & Potter, 2005). Perencanaan yang didapatkan dari observasi dokumentasi rekam medik sebanyak 0%. Perawat perlu membuat perencanaan asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan status kesehatan klien (Perry dan Potter, 2005).

Tindakan hasil observasi data rekam medis sebanyak 68%. Tindakan keperawatan merupakan aktivitas yang sangat penting dilakukan perawat untuk memahami grafik perkembangan sehingga perawat dan klien dapat melihat sejauh mana perkembangan kesehatan klien menurut Dochterman dan Bulechek, 2004 dalam NANDA 2009. Pada evaluasi didapatkan sebanyak 7,3% (Handayaningsih, 2009). Evaluasi digunakan untuk menilai kemajuan klien terhadap asuhan keperawatan dalam pencapaian tujuan dan merevisi data dasar serta perencanaan.

Pencatatan pendokumentasian sebanyak 98,6%. Hal ini menggambarkan kualitas dokumentasi yang kurang baik dan sangat memprihatinkan sebab sebuah dokumentasi dikatakan berkualitas baik bila akurat, lengkap, dan sesuai standar (Depkes RI, 2007). Akibat dari pendokumentasian yang tidak berkualitas dapat menyebabkan kesinambungan asuhan keperawatan terputus dan peningkatan mutu pelayanan keperawatan menjadi terhambat.

B. Keterbatasan penelitian

Kuesioner dalam penelitian ini dikembangkan dari kuesioner penelitian yang sudah ada dan hanya di uji coba satu kali. Jumlah sampel yang terbatas sebanyak 30 responden, sehingga hal ini mungkin dapat mempengaruhi validitas dan reliabilitas dari kuesioner tersebut. Variabel yang diteliti ada 12, dimana kemungkinan masih ada variabel-variabel lainnya yang mungkin mempengaruhi tingkat kedisiplinan perawat dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan.

Pada instrumen III adalah untuk mengetahui persepsi perawat tentang fasilitas pendokumentasian, bentuk format, motivasi kerja, dan ketersediaan waktu. Peneliti menggunakan pernyataan ya dan tidak pada instrumen ini, seharusnya menggunakan pernyataan sangat setuju, setuju, tidak setuju, sangat tidak setuju untuk mendapatkan hasil yang tepat. Kelemahan metode kuesioner adalah adanya subjektivitas yang tidak dapat dihindari dan kejujuran responden dalam mengisi kuesioner sangat mempengaruhi.

Kedisiplinan perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan diukur melalui observasi rekam medis dengan menggunakan instrumen baku depkes RI (2007). Instrumen ini memiliki kelemahan khususnya untuk penelitian, karena hanya ada 2 pilihan yaitu nilai 1 dan 0. Bila aspek yang dinilai lengkap nilai 1, bila tidak lengkap 0, padahal dokumen yang ditulis hampir lengkap atau hanya kurang sedikit, tetap diberikan nilai 0. Jadi upaya mendokumentasikan asuhan keperawatan yang sudah dilakukan oleh perawat tetap masih kurang lengkap atau tidak ada nilainya.

Responden didapatkan dari seluruh perawat RS. Asri yang memenuhi syarat, sebanyak 30 responden. Menurut peneliti mungkin jumlah responden yang sedikit dapat mempengaruhi hasil penelitian yang diperoleh. Sebab semakin banyak jumlah responden kemungkinan hasil yang didapatkan akan semakin valid.

BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Simpulan penelitian ini dibuat berdasarkan tujuan, hasil dan pembahasan penelitian yaitu:

Perawat pelaksana Rumah Sakit Asri Jakarta rerata berada pada rentang usia 27 tahun. Tingkat pendidikan mayoritas D3 Keperawatan, lama masa kerja perawat pelaksana mayoritas 12-24 bulan dan status kepegawaian perawat pelaksana sebagian besar pegawai tetap. Tingkat pengetahuan perawat pelaksana di Rumah Sakit Asri termasuk dalam kategori rendah sebesar 27% .

Faktor yang mendukung kedisiplinan perawat dalam pendokumentasian adalah tingkat pengetahuan kategori sedang, kelengkapan fasilitas yang memadai dalam pendokumentasian, dan motivasi yang tinggi dari perawat pelaksana. Faktor yang menghambat kedisiplinan perawat dalam pendokumentasian adalah bentuk format pendokumentasian yang dirasakan kurang efektif oleh perawat pelaksana dan kurangnya ketersediaan waktu. Dokumentasi proses keperawatan pelaksana di rumah Sakit Asri yang diperoleh adalah sebanyak 28,97%.

B. Saran

Untuk Bidang Keperawatan sebagai bahan masukan bentuk format pendokumentasian asuhan keperawatan agar sistematis dan mempermudah proses pendokumentasian. Selama ini format pengkajian yang digunakan terlalu panjang (4 lembar) diharapkan format pengkajian dibuat sesederhana mungkin namun tetap spesifik dan mencakup semua sistem yang dinilai. Sehingga mempermudah perawat pelaksana dalam mengisi seperti: rencana keperawatan yang ada saat ini masih dibuat secara tertulis dan sedang dalam penyusunan secara *check list*. Rencana keperawatan dibuat per *system* sehingga mempermudah responden dalam menetapkan rencana asuhan

keperawatan, format pencatatan tindakan keperawatan dibuat secara tersendiri sehingga tidak tumpang tindih dengan pencatatan medis, format evaluasi keperawatan dibuat terpisah.

Ketersediaan waktu: perlu ditinjau kembali mengenai pembagian tugas, manajemen waktu, sistem kerja, dan *job deskripsi* non keperawatan dan keperawatan karena berdasarkan hasil penelitian 70% responden mengatakan ketersediaan waktu tidak cukup. Perlu adanya supervisi untuk memonitoring kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan. Mengaktifkan fungsi tim pengendalian mutu keperawatan secara optimal.

Menetapkan pendokumentasian asuhan keperawatan sebagai salah satu indikator penilaian kinerja perawat pelaksana. Melakukan audit dokumentasi asuhan keperawatan setiap 6 bulan sekali. Memberikan penyegaran dengan pelatihan (*in house training*) mengenai dokumentasi asuhan keperawatan yang tepat. Melaksanakan supervisi langsung terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan secara terencana dan berkesinambungan di setiap ruangan.

Hasil observasi pendokumentasian keperawatan ini hanya dilakukan pada rekam medis 3 bulan terakhir, sehingga data ini bisa dipakai sebagai data awal untuk melanjutkan proses audit selanjutnya. Hasil penelitian ini hanya terbatas pada gambaran faktor-faktor yang mempengaruhi kedisiplinan perawat dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan, tidak menjelaskan hubungan yang ada di dalamnya. Oleh karena itu, untuk peneliti selanjutnya alangkah lebih baik untuk menggali dan menguraikan secara lebih dalam tentang faktor-faktor tersebut.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, Z. (2010). *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: EGC
- ANA. (2008). *The nursing process: a common tread amongs all nurses*. Diambil pada 27 maret 2010 dari [http://www.nursingworld.org/especially for you/student nurses/the nursing process.aspx](http://www.nursingworld.org/especially%20for%20you/student%20nurses/the%20nursing%20process.aspx)
- Dahlan, S. (2008). *Statistik untuk kedokteran dan kesehatan*. edisi 3. Jakarta: Salemba Medika
- Departemen Kesehatan RI. (2005). *Instrumen evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan di rumah sakit*. cetakan ke-2. Jakarta
- Departemen Kesehatan RI. (1997). *Standar Asuhan Keperawatan*. Jakarta
- Diyanto, yahyo. (2007). *Analisis faktor-faktor pelaksanaan dokumentasi keperawatan di RSUD Tugu Rejo Semarang*. Diambil pada 27 Maret 2010 dari [//eprints.Undip.ac.id/4038/](http://eprints.Undip.ac.id/4038/)
- Doenges, ME. (1999). *Rencana asuhan keperawatan: pedoman untuk perencanaan dan pendokumentasian perawatan pasien*. Jakarta: EGC
- Gillies, D.A. (1996). *Nursing Management a system Approach*. 2nd. Philladelpia: W.B Saunders
- Girsang. (2006). *Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Cikini*. Tesis Program Magister Keperawatan FIK UI. Tidak Diterbitkan. Jakarta
- Hidayat, Aziz. (2007). *Metode penelitian keperawatan dan tehnik analisis data*. Jakarta: EGC
- Handayaningsih, Isti. (2009). *Dokumentasi Keperawatan "Dar" Panduan, Konsep, dan Aplikasi*. Catakan kedua. Jogjakarta: Mitra Cendikia.
- Ilyas Yaslis. (2002). *Kinerja teori penilaian dan penelitian*. Jakarta: FKM UI
- Kozier, at all. (2000). *Fundamental of Nursing*. Canada: Prentice-Hall
- Lusianah. (2008). *Hubungan Motivasi dan Supervisi dengan Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan di Instalasi Rawat Inap RS Marinir Cilandak*. Tesis Program Magister Keperawatan FIK UI. Tidak Diterbitkan. Jakarta
- Machfoedz, dkk. (2005). *Metodologi penelitian bidang kesehatan keperawatan dan kebidanan*. Jogjakarta: Fitra maya

- Marquis and Houston. (2000). *Leadership Roles and Functions in Nursing: Theory and Application*. Ed 3. Philadelphia. Lippincott.
- NANDA. (2009). *Nursing diagnoses: definitions and classification*. USA: Wiley Blackwell
- Notoatmojo, Soekidjo. (2002). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nurachmah, E. (1999). Pencatatan proses keperawatan. *Jurnal keperawatan Indonesia*.
- Nursalam. (2008). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan, Konsep dan Praktik*. (Cetakan kedua). Jakarta: Salemba medika.
- Potter dan Potter. (2007). *Basic nursing essential for practice*. ed 6th. St. Louis Missouri: Mosby
- Safrudin. (2003). *Hubungan Karakteristik Perawat dan Manajemen Waktu Perawat Pelaksana dengan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RS Husada Jakarta*. Tesis Program Magister Keperawatan FIK UI. Tidak Diterbitkan. Jakarta.
- Siagian, S.P. (2002). *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: Bumi Aksara Indonesia
- Thompson, I.E (2000). *Nursing ethics*, ed 4th. Toronto: Mosby
- Tyson dan Jackson. (2001). *Perilaku organisasi*. Jogjakarta: Andi
- Setyarini, S. (2009). *Diagnosa Keperawatan dan Perencanaan Keperawatan*. http://Nursing_care_Indonesia.com. Diunduh pada tanggal 10 Mei 2010 pada pukul 22.00 WIB
- Sitorus. R & Yulia. (2006). *Modul praktek keperawatan profesional: untuk pendokumentasian rawat inap*. Jakarta: EGC



LAMPIRAN



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI
KETIDAKDISIPLINAN PERAWAT DALAM MELAKUKAN
PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN
DI RUMAH SAKIT ASRI JAKARTA**

KUESIONER PENELITIAN

Oleh

Gusti Yanti (0806-387256)

Ika Dewi Lestari (0806-387331)

Ririn Christiana (0806-387703)

Sunarsi (0806-387930)

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

2010

PENJELASAN TENTANG PENELITIAN

Kami, Gusti Yanti, Ika Dewi Lestari, Ririn Christiana, dan Sunarsi (mahasiswa program ekstensi sore 2008 Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia), bermaksud mengadakan penelitian untuk mendapatkan gambaran mengenai " Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakdisiplinan perawat dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah Sakit Daerah Kabupaten Bekasi". Hasil penelitian yang kami peroleh akan kami rekomendasikan sebagai landasan dalam upaya meningkatkan kualitas sumber daya keperawatan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan yang pada akhirnya akan meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan di Rumah Sakit Daerah Kabupaten Bekasi.

Penelitian ini akan dilakukan dengan cara memberikan kuesioner kepada para responden yang akan berlangsung selama 1 minggu. Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan menimbulkan sesuatu yang berdampak negatif terhadap perawat maupun institusi. Peneliti menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak responden dengan cara menjaga kerahasiaan identitas dan data yang diperoleh.

Melalui penjelasan singkat ini, peneliti sangat mengharapkan partisipasi bapak/ibu/saudara/i dalam penelitian ini dan atas ketersediaannya kami ucapkan terimakasih.

Jakarta, April 2010

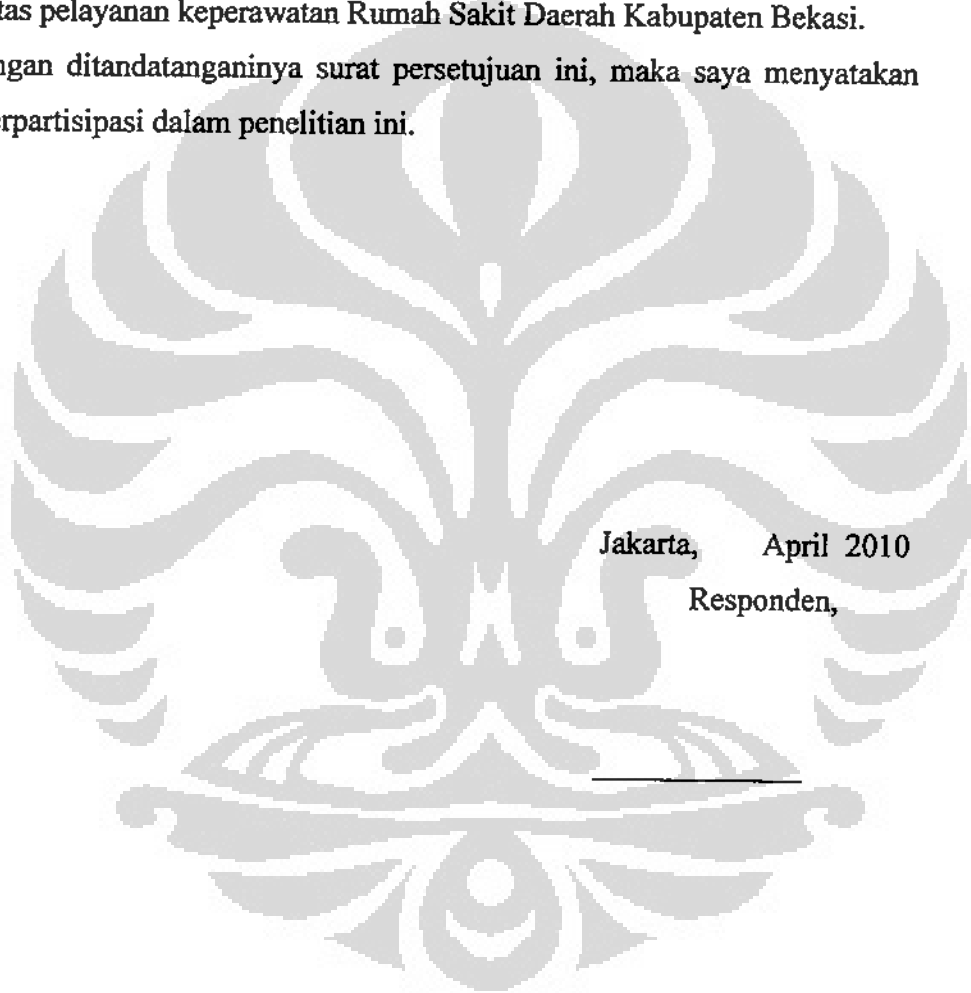
Peneliti

Sunarsi

LEMBAR PERSETUJUAN RESPONDEN

Setelah membaca penjelasan di atas, saya memahami tujuan dan manfaat penelitian ini. Saya mengerti bahwa peneliti akan menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden dan saya menyadari bahwa penelitian ini tidak akan berdampak negatif terhadap saya. Saya mengetahui bahwa keikutsertaan saya dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan mutu kualitas pelayanan keperawatan Rumah Sakit Daerah Kabupaten Bekasi.

Dengan ditandatanganinya surat persetujuan ini, maka saya menyatakan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini.



Jakarta, April 2010
Responden,

INSTRUMEN II

Pengetahuan Perawat

PETUNJUK PENGISIAN

- A. Pernyataan berikut ini mengenai proses keperawatan dan dokumentasian proses keperawatan.
- B. Berilah tanda (X) pada salah satu jawaban yang anda anggap paling tepat.

-
1. Berikut ini yang **bukan** merupakan pengertian proses keperawatan adalah....
 - a. Kegiatan yang dilakukan secara sistematis, rasional dan ilmiah
 - b. Metode yang digunakan untuk menyelesaikan tugas pasien
 - c. Proses yang terdiri dari pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi
 - d. Kerangka berfikir ilmiah sebagai jalan pemecahan masalah pasien.

 2. Karakteristik proses keperawatan yaitu.....
 - a. Logis dan teratur
 - b. Kolektif dan kompleks
 - c. Tertutup
 - d. Berdasarkan kepercayaan

 3. Adapun tujuan penerapan proses keperawatan adalah....
 - a. Mempersingkat masa rawat inap pasien
 - b. Mempermudah proses administrasi
 - c. Komunikasi antar perawat
 - d. Meningkatkan pendapatan perawat

 4. Dampak yang akan muncul jika seorang perawat tidak menerapkan proses keperawatan yaitu...
 - a. Perawat tidak disibukkan melakukan dokumentasi
 - b. Masalah keperawatan pada pasien tidak terlalu banyak
 - c. Pemecahan masalah pasien menjadi tidak terarah
 - d. Pasien akan merasa lebih puas

5. Bagi seorang perawat dokumentasi proses keperawatan berfungsi sebagai, *kecuali...*
- Sarana komunikasi dan informasi tentang perkembangan pasien
 - Merupakan dokumentasi legal
 - Meningkatkan lama rawat pasien
 - Sebagai data statistik penelitian
6. Pernyataan ini yang tidak termasuk dalam manfaat dokumentasi proses keperawatan adalah....
- Meningkatkan pertanggung gugatan perawat
 - Bermanfaat dalam pengumpulan data
 - Meningkatkan kerjasama antar tim kesehatan
 - meningkatkan insentif yang akan diperoleh perawat
7. Berikut ini merupakan tahap-tahap proses keperawatan secara berurutan yaitu...
- Pengkajian, analisa data, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi
 - Pengkajian, perencanaan, diagnosa keperawatan, implementasi dan evaluasi
 - Pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.
 - Pengkajian, masalah keperawatan, rencana tindakan dan evaluasi.
8. Dalam melakukan pengkajian pada pasien yang termasuk dalam hal yang perlu diperhatikan perawat adalah, *kecuali...*
- Riwayat kesehatan masa lalu
 - Keluhan pasien, faktor fisik, emosi, dan budaya
 - Faktor psikologis, biaya perawatan pasien
 - Merokok, alkohol

9. Dalam merumuskan tujuan dan kriteria hasil, yang harus diperhatikan adalah...
- Tujuan harus dapat dicapai dan realistis
 - Target pencapaian waktu kadang diperlukan
 - Berisi garis besar tujuan keperawatan
 - Berdasarkan keinginan perawat untuk menyelesaikan masalah
10. Dalam membuat rencana tindakan keperawatan yang perlu diperhatikan adalah...
- Membuat tujuan dan rencana tindakan keperawatan
 - Tidak perlu melibatkan pasien dan keluarga dalam menyusun rencana keperawatan
 - Perencanaan tidak terlalu banyak, sesuaikan dengan diagnosa medis
 - Penetapan prioritas masalah, tujuan dan rencana keperawatan.

(untuk pertanyaan no. 11-13)

Di Ruang Rawat Inap lantai 3, hasil pengkajian terhadap Nn. S, 40 tahun didapatkan panas tinggi $37,3^{\circ}\text{C}$, mual dan muntah, BAB 5 kali sehari (encer), tidak nafsu makan dan malas minum. Hasil pemeriksaan diketahui leukosit meningkat, hematokrit meningkat. Nn. S mengeluh badannya lemas, kepala pusing dan perut terasa nyeri.

11. Berdasarkan kasus diatas, masalah utama keperawatan yang muncul adalah...
- Hipertermi
 - Gangguan kebutuhan volume cairan dan elektrolit: kurang
 - Perubahan nutrisi dari kebutuhan tubuh
 - Nyeri

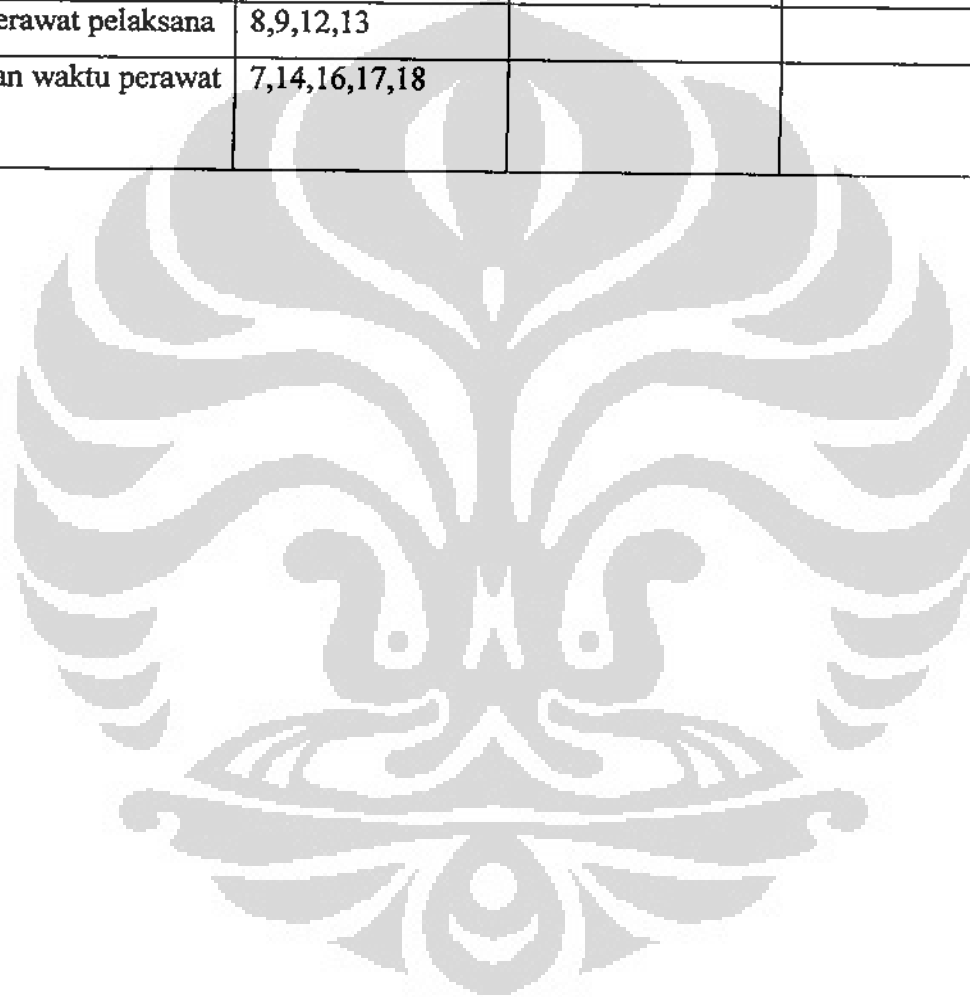
12. Dari masalah keperawatan diatas, intervensi utama keperawatan mandiri yang dilakukan adalah...
- Observasi suhu, kompres dengan air biasa
 - Berikan pasien minum \pm 2 liter/hari atau sesuai toleransi
 - Berikan makan dalam kondisi hangat, porsi kecil tapi sering
 - Gunakan tehnik septik dan antiseptik
13. Yang bukan termasuk kriteria hasil yang direncanakan untuk mengatasi masalah nyeri...
- Tekanan darah normal 120/70 – 130/90 mmHg
 - Nadi normal 60 – 100 x/mnt
 - Ekspresi wajah rileks
 - Skala nyeri 10
14. Berikut ini adalah prinsip-prinsip dokumentasi keperawatan kecuali..
- Gunakan singkatan yang populer di masyarakat
 - Tulis secara objektif data pasien
 - Tulis dengan pena bukan pensil
 - Sertakan tanda tangan
15. Dalam merumuskan diagnosa keperawatan, seorang perawat perlu memperhatikan komponen yang terdapat pada diagnosa keperawatan yaitu..
- Problem* dan *symptom*
 - Problem* dan *etiologi*
 - Etiologi* saja
 - problem* saja
16. Dalam merumuskan diagnosa keperawatan, seorang perawat harus merumuskannya, data yang ditemukan pada pasien berdasarkan.....
- Kebutuhan pasien
 - Keinginan perawat dan pasien

- c. Kemampuan perawat
 - d. Keinginan dokter, perawat dan pasien
17. Evaluasi keperawatan dilaksanakan segera setelah melakukan tindakan keperawatan, evaluasi yang dilakukan perawat bersifat....
- a. Subjektif, fleksibel dan efektif
 - b. Objektif, efektif dan efisien
 - c. Fleksibel dan efisien
 - d. Efisien dan efektif
18. Penetapan prioritas diagnosa keperawatan perlu mempertimbangkan ...
- a. Sumber yang tersedia
 - b. Keinginan dokter
 - c. Keinginan pasien dan keluarga
 - d. Nilai dan kepercayaan pasien
19. Berikut ini beberapa sikap yang tidak tepat dalam melaksanakan dokumentasi proses keperawatan, *kecuali*...
- a. Catat waktu dan tanggal serta cantumkan tanda tangan
 - b. Membuat perkiraan terhadap data pasien
 - c. Membuat catatan dokumentasi keperawatan untuk pasien lain
 - d. Tidak mencantumkan data seperti cairan infus dan oksigen.
20. Berikut ini yang bukan termasuk cara perawat dapat mengevaluasi kemajuan pasien adalah.....
- a. Melakukan pengkajian ulang secara konsisten
 - b. Menginterpretasikan kondisi pasien tanpa pemeriksaan terlebih dahulu
 - c. Menganalisa data baru dengan teman sejawat dan pasien
 - d. Bekerjasama dengan pasien dan keluarga untuk melaporkan perubahan kondisi pasien

Sumber: Tesis Lusianah (2008), yang disesuaikan dengan kepentingan peneliti.

MATRIK PERTANYAAN

VARIABEL	NO. PERTANYAAN	ANALISA	
Fasilitas Pendokumentasian asuhan keperawatan	1,2,3,4,5,6		
Bentuk format	10,11,15,19,20		
Motivasi perawat pelaksana	8,9,12,13		
Ketersediaan waktu perawat pelaksana	7,14,16,17,18		



INSTRUMEN III

PETUNJUK PENGISIAN

Berilah tanda ceklist (√) pada jawaban yang sesuai menurut pendapat Anda

NO	ASPEK YANG DI NILAI	YA	TIDAK
1.	Apakah di tempat Anda bekerja tersedia format pengkajian keperawatan?		
2.	Apakah di tempat Anda bekerja tersedia format rencana keperawatan?		
3.	Apakah di tempat Anda bekerja tersedia format implementasi keperawatan?		
4.	Apakah di tempat Anda bekerja tersedia format evaluasi keperawatan?		
5.	Apakah di ruangan tempat Anda tersedia ada petunjuk teknis cara pengisian proses keperawatan		
6.	Apakah di tempat Anda bekerja tersedia fasilitas berupa alat tulis untuk pendokumentasian proses keperawatan yang memadai?		
7.	Apakah Anda mempunyai waktu cukup untuk mendokumentasikan proses keperawatan?		
8.	Saya mempunyai keinginan untuk mengatasi tantangan yang timbul dalam pendokumentasian proses keperawatan		
9.	Saya berusaha mencari jalan keluar jika mendapat kesulitan dalam pendokumentasian keperawatan		
10	Apakah bentuk format pendokumentasian menggunakan sistem cek list		
11.	Apakah bentuk format yang ada mempermudah proses pendokumentasian		
12.	Bila saya melihat format pendokumentasian yang tidak lengkap, saya terdorong untuk mengisinya		
13.	Saya berkeinginan untuk memberikan hasil yang terbaik pada pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah sakit Daerah Kabupaten Bekasi.		

14	Apakah selama waktu berjaga (dalam 1 shift), waktu anda lebih banyak untuk tindakan nonkeperawatan (visite dokter, asistensi tindakan medis, dll)		
15	Apakah bentuk format pendokumentasian yang tersedia terlalu panjang		
16	Apakah anda memerlukan waktu khusus dalam melakukan pendokumentasian		
17	Apakah anda selalu meluangkan waktu untuk melakukan pendokumentasian keperawatan		
18	Apakah anda memerlukan waktu tambahan untuk melakukan pendokumentasian keperawatan		
19	Apakah bentuk format rencana asuhan keperawatan yang tersedia sudah sesuai dengan kebutuhan		
20	Menurut anda apakah format rencana keperawatan yang berbentuk vertikal lebih mudah dibanding dengan yang berbentuk horizontal		

INSTRUMEN IV

Lembar Observasi Dokumentasi Asuhan Keperawatan

No responden :

Ruangan :

Observer :

Tanggal observasi :

PETUNJUK:

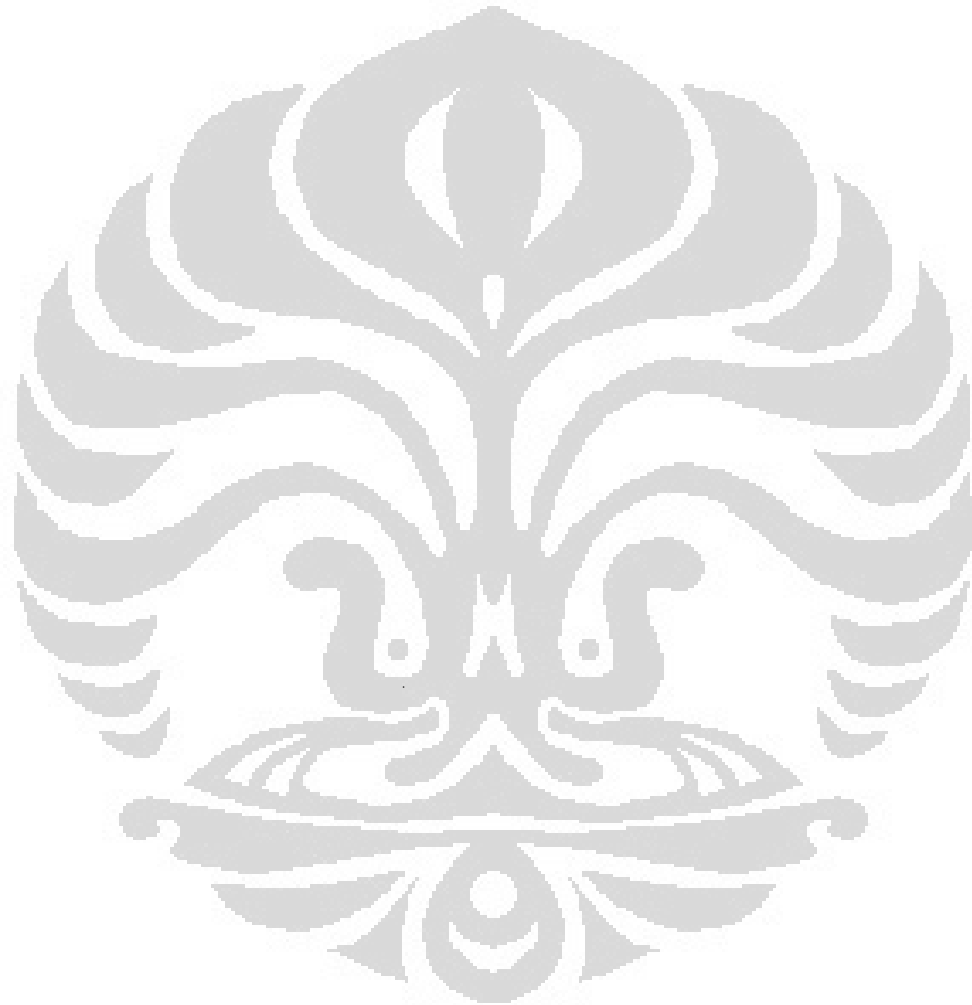
- Analisalah dokumentasi yang ada di ruang tempat anda observasi
- Berilah tanda cheklist (√) pada nilai "YA" bila kegiatan dilakukan dan berilah tanda cheklist (√) pada nilai "TIDAK" bila kegiatan tidak dilakukan.

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI	
		YA	TDK
A	PENGAJIAN		
1.	Mencatat data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian		
2.	Data dikelompokkan dalam bio-psiko-sosio-spiritual ke dalam format dokumentasi yang berlaku		
3.	Data di kaji sejak klien masuk sampai pulang		
4.	Rumusan masalah ditulis berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan		
B	DIAGNOSA		
5.	Diagnosa keperawatan ditulis berdasarkan masalah yang telah dirumuskan ke dalam format yang berlaku		
6.	Diagnosa keperawatan ditulis mengikuti aturan PE/PES (masalah, penyebab, tanda/gejala)		
7.	Merumuskan diagnosa keperawatan aktual/potensial		
C	PERENCANAAN		
8.	Rencana keperawatan yang aktual dituliskan		
9.	Rencana keperawatan yang dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan		

NO	ASPEK YANG DINILAI	NILAI	
		YA	TIDAK
10	Tujuan keperawatan ditulis sesuai dengan perubahan-perubahan perilaku yang diinginkan		
11	Tujuan tindakan keperawatan yang ditulis mencerminkan kondisi klien yang diharapkan		
12	Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan klien dan keluarga		
13	Rencana tindakan menggambarkan kerjasama dengan tim kesehatan lain		
D	TINDAKAN		
14.	Tindakan keperawatan yang ditulis mengacu pada rencana tindakan yang telah dibuat		
15.	Perawat mengobservasi respon klien terhadap tindakan dan ditulis		
16.	Semua tindakan keperawatan ditulis secara singkat		
17.	Tindakan yang telah dilakukan ditulis dengan jelas		
E	EVALUASI		
18.	Hasil evaluasi setelah melakukan tindakan keperawatan pada klien di tulis		
19.	Hasil evaluasi di tulis sesuai dengan tujuan yang ditetapkan		
F.	SYARAT PENCATATAN		
20.	Semua kegiatan asuhan keperawatan di tulis kedalam format yang berlaku di rumah sakit Asri		
21.	Catatan perawat yang ditulis sesuai dengan tindakan yang dilakukan		
22.	Catatan perawat yang ditulis menggunakan istilah yang baku dan benar		
23.	Setelah menulis tindakan, nama jelas/paraf dicantumkan		
24.	Menuliskan tanggal dan jam tindakan keperawatan pada catatan		

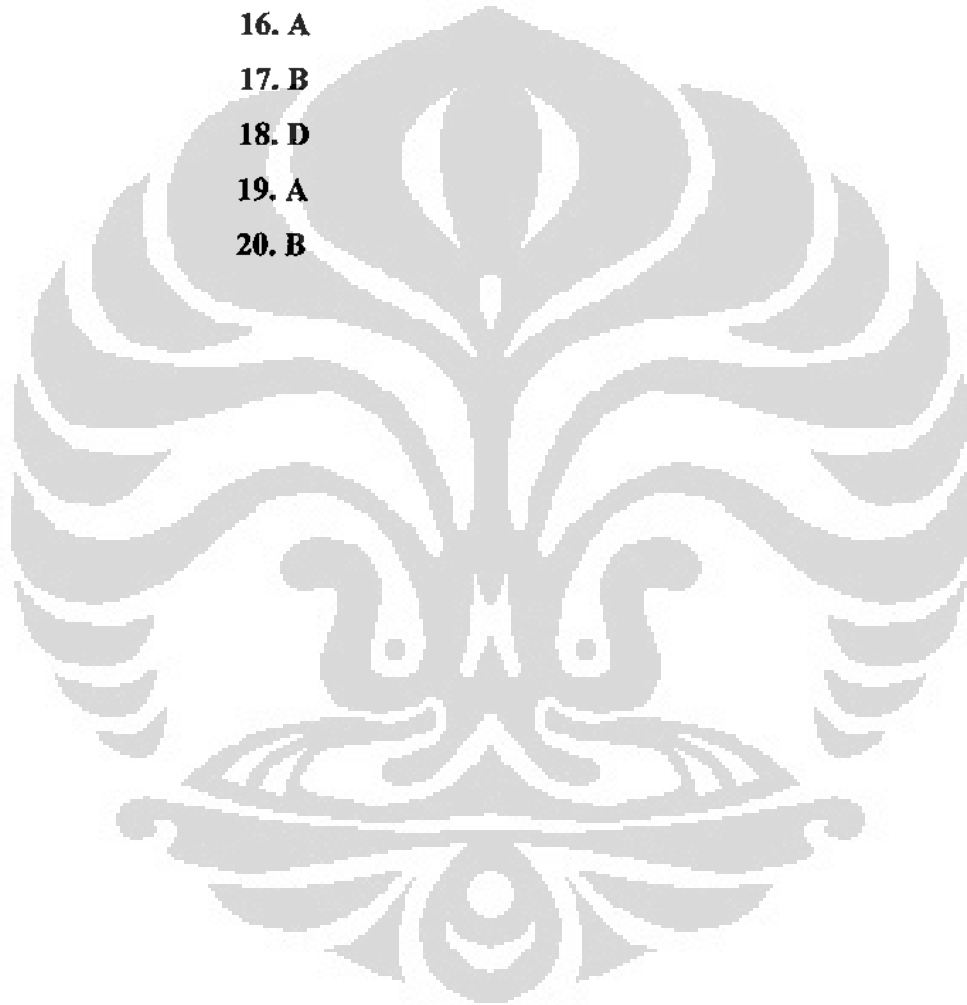
	perawatan yang dibuat		
25.	Tidak mentip-ex dokumentasi atau menghitamkan kesalahan dalam pendokumentasian.		

Sumber: Depkes RI (2005)



Kunci jawaban instrumen II

- | | |
|-------|-------|
| 1. B | 11. B |
| 2. A | 12. B |
| 3. C | 13. D |
| 4. C | 14. A |
| 5. C | 15. B |
| 6. D | 16. A |
| 7. C | 17. B |
| 8. C | 18. D |
| 9. A | 19. A |
| 10. D | 20. B |



UJI VALIDITAS DAN REALIBILITAS KUESIONER PENELITIAN
GAMBARAN FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KETIDAKDISPLINAN
PERAWAT DALAM PENDOKUMENTASIAN DI RS ASRI

1. Intrument Penelitian II

A. Data Analisis Output Program SPSS 12 :

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.940	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	91.8333	145.661	.492	.941
P2	91.6667	148.851	.568	.938
P3	91.6667	145.402	.731	.935
P4	91.6667	148.851	.568	.938
P5	91.6667	145.402	.731	.935
P6	91.6667	145.402	.731	.935
P7	91.6667	148.851	.568	.938
P8	91.6667	148.851	.568	.938
P9	91.6667	148.851	.568	.938
P10	91.6667	145.402	.731	.935
P11	91.6667	148.851	.568	.938
P12	91.6667	145.402	.731	.935
P13	91.6667	145.402	.731	.935
P14	91.6667	148.851	.568	.938
P15	91.6667	145.402	.731	.935
P16	91.6667	148.851	.568	.938
P17	91.6667	145.402	.731	.935
P18	91.6667	145.402	.731	.935
P19	91.6667	148.851	.568	.938
P20	91.6667	145.402	.731	.935

B. Validitas Intrumen II.

r tabel pada $\alpha = 0.05 = 0,2$

Pertanyaan	Corrected Item-total Correction	R tabel	Validitas
1	0,496	0,2	Valid
2	0,568	0,2	Valid
3	0,731	0,2	Valid
4	0,568	0,2	Valid
5	0,731	0,2	Valid
6	0,731	0,2	Valid
7	0,568	0,2	Valid
8	0,568	0,2	Valid
9	0,568	0,2	Valid
10	0,731	0,2	Valid
11	0,568	0,2	Valid
12	0,731	0,2	Valid
13	0,731	0,2	Valid
14	0,568	0,2	Valid
15	0,731	0,2	Valid
16	0,568	0,2	Valid
17	0,731	0,2	Valid
18	0,731	0,2	Valid
19	0,568	0,2	Valid
20	0,568	0,2	Valid

C. Uji Reliabilitas.

Jika *Cronbach's alpha* positif dan lebih besar dari *r tabel* maka reliabel.

Hasil Uji Reliabilitas Kusioner Variabel dalam instrument penelitian II, *Cronbach's alpha* > *r tabel*, $0,940 > 0,2$ sehingga kusioner tersebut bersifat reliabel.

Oleh karena kusioner telah dinyatakan valid dan reliabel, maka kusioner tersebut sudah layak disebarakan kepada responden untuk mengadakan penelitian

2. Instrumen III

A. Data Analysis Output Program SPSS 12 :

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.947	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	17.8333	10.420	.752	.944
P2	17.7333	11.513	.542	.946
P3	17.7667	11.082	.634	.945
P4	17.7333	11.513	.542	.946
P5	17.8333	10.144	.887	.941
P6	17.7333	11.513	.542	.946
P7	17.7333	11.375	.657	.945
P8	17.7667	11.220	.549	.946
P9	17.7333	11.375	.657	.945
P10	17.8333	10.420	.752	.944
P11	17.8000	10.993	.559	.947
P12	17.7333	11.375	.657	.945
P13	17.7667	10.668	.896	.941
P14	17.7333	11.375	.657	.945
P15	17.7333	11.375	.657	.945
P16	17.7333	11.375	.657	.945
P17	17.8000	10.372	.891	.940
P18	17.7333	11.513	.542	.946
P19	17.7333	11.375	.657	.945
P20	17.8333	10.144	.887	.941