



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN PENDOKUMENTASIAN ASUHAN
KEPERAWATAN DI RUANG PENYAKIT DALAM
RUMAH SAKIT UMUM TANGERANG**

Laporan Penelitian

Oleh

Astuti

1305200097

Ismiyati Kustiwi

1305200437

tgl Menerima	: 30/01/2007
Beli / Sumbangan	: MHS
Nomor Induk	: 1154
Klasifikasi	: WY100 Ast N06g

MILIK PERPUSTAKAAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
2006



UNIVERSITAS INDONESIA

**GAMBARAN PENDOKUMENTASIAN ASUHAN
KEPERAWATAN DI RUANG PENYAKIT DALAM
RUMAH SAKIT UMUM TANGERANG**

Laporan Penelitian
Dibuat untuk memenuhi tugas akhir mata ajar
Riset Keperawatan pada
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Oleh

Astuti
1305200097
Ismiyati Kustiwi
1305200437

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
2006

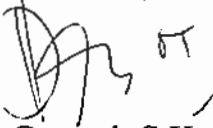
LEMBAR PERSETUJUAN

Penelitian dengan judul :

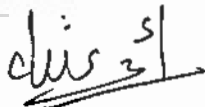
Gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan
di ruang penyakit dalam
RSU Tangerang

Telah mendapat persetujuan untuk dilaksanakan
Jakarta, Desember 2006

Mengetahui,
Koordinator Mata Ajar


(Dewi Gayatri, S.Kp, M.Kes.)
NIP. 132 151 320

Menyetujui,
Pembimbing Riset


(Efy Afifah, S.Kp, M.Kes.)
NIP. 132 051 049

ABSTRAK

Pada era globalisasi sekarang ini, telah terjadi perubahan pesat pada berbagai bidang kehidupan, hal ini juga berdampak pada bidang kesehatan. Dokumentasi keperawatan merupakan suatu hal yang mutlak harus ada untuk perkembangan keperawatan, khususnya proses profesionalisme keperawatan serta pencerminan mutu asuhan yang telah diberikan. Pendokumentasian yang baik dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Penelitian ini bertujuan untuk memberikan gambaran pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang penyakit dalam RSUD Tangerang, dilihat dari kelengkapannya. Penelitian deskriptif sederhana ini menggunakan 30 sampel berupa dokumen asuhan keperawatan dengan metode purposive sampling. Penelitian ini menggambarkan hasil proses keperawatan dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Hasilnya menunjukkan pada pendokumentasian evaluasi mendapatkan nilai tertinggi 96,7% untuk item evaluasi mengacu pada SOAP/SOAPIER, sedangkan untuk nilai terendah 0% adalah pendokumentasian implementasi untuk item revisi tindakan berdasar evaluasi. Secara keseluruhan hasil yang didapat pada penelitian pendokumentasian asuhan keperawatan ini tidak ada yang lengkap. Saran untuk pelayanan keperawatan instansi terkait perlu peningkatan keterampilan perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan dan rekrutmen tenaga untuk peningkatan kinerja juga mutu asuhan keperawatan. Serta dapat dijadikan bahan rujukan untuk penelitian berikutnya.

Kata kunci : asuhan keperawatan, pendokumentasian, penelitian.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Allah SWT karena atas Rahmat dan Hidayah-Nya peneliti telah menyelesaikan hasil penelitian ini, yang merupakan salah satu tugas dalam mata kuliah Riset Dalam Keperawatan Semester Gasal tahun 2006 dengan judul **Gambaran Pelaksanaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Penyakit Dalam RSUD Tangerang.**

Dalam penyusunan penelitian, tidak sedikit kesulitan dan hambatan yang dihadapi oleh peneliti, maka dalam kesempatan ini peneliti ingin menyampaikan rasa terima kasih pada :

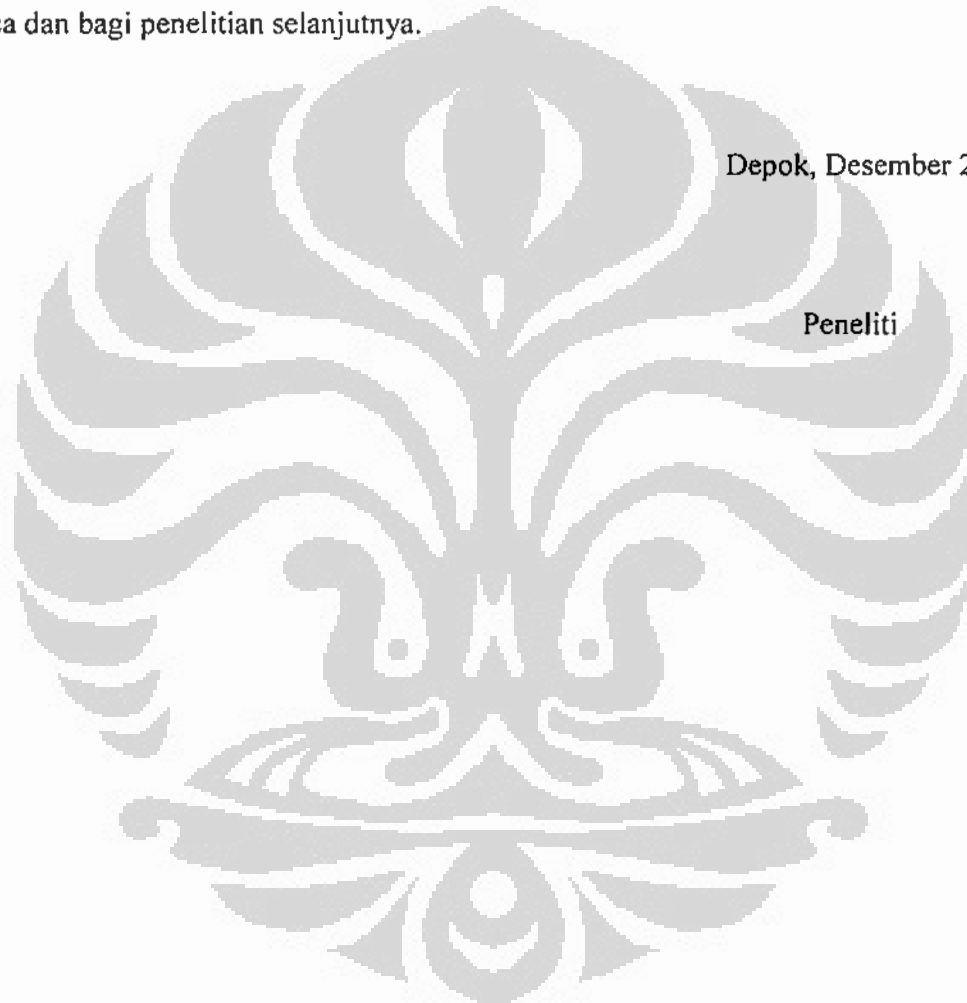
1. Ibu Prof. Elly Nurachmah, D.N.Sc, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Univeritas Indonesia.
2. Ibu Efy Afifah, SKp, M.Kes, selaku Pembimbing Penelitian ini.
3. Ibu Dewi Gayatri, SKp, M.Kes, selaku Koordinator Mata Ajar Riset dalam Keperawatan.
4. Direktur RSUD Tangerang yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian ini di Institusi yang dipimpinnya.
5. Kedua orang tua, suami, saudara, dan anak-anak kami yang telah memberikan dukungan baik moril maupun materiil.
6. Rekan-rekan dan semua pihak yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu yang membantu sehingga penelitian ini dapat diselesaikan tepat pada waktunya.

Peneliti menyadari bahwa hasil penelitian ini masih banyak kekurangan, oleh karena itu peneliti mengharapkan adanya kritik dan saran yang bersifat membangun untuk perbaikan di masa mendatang.

Akhirnya peneliti berharap semoga penelitian ini dapat bermanfaat bagi para pembaca dan bagi penelitian selanjutnya.

Depok, Desember 2006

Peneliti



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
ABSTRAK	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN.....	ix
BAB I: PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Masalah Penelitian	3
C. Tujuan Penelitian	3
D. Manfaat Penelitian	4
BAB II: STUDI KEPUSTAKAAN	
A. Teori dan Konsep Terkait	5
B. Penelitian Terkait.....	9
BAB III: KERANGKA KERJA PENELITIAN	
A. Kerangka Konsep.....	11
B. Pertanyaan Penelitian.....	11
C. Definisi Operasional	12

BAB IV: METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian	14
B. Populasi dan Sampel	14
C. Tempat dan Waktu Penelitian	15
D. Etika penelitian	15
E. Alat Pengumpulan Data	16
F. Prosedur Pengumpulan Data	16
G. Analisa data	17
H. Jadwal kegiatan	18
I. Sarana Penelitian	18

BAB V: HASIL PENELITIAN

A. Analisa Data	19
B. Hasil Penelitian	20

BAB VI: PEMBAHASAN

A. Pembahasan Penelitian	25
B. Keterbatasan Penelitian	27

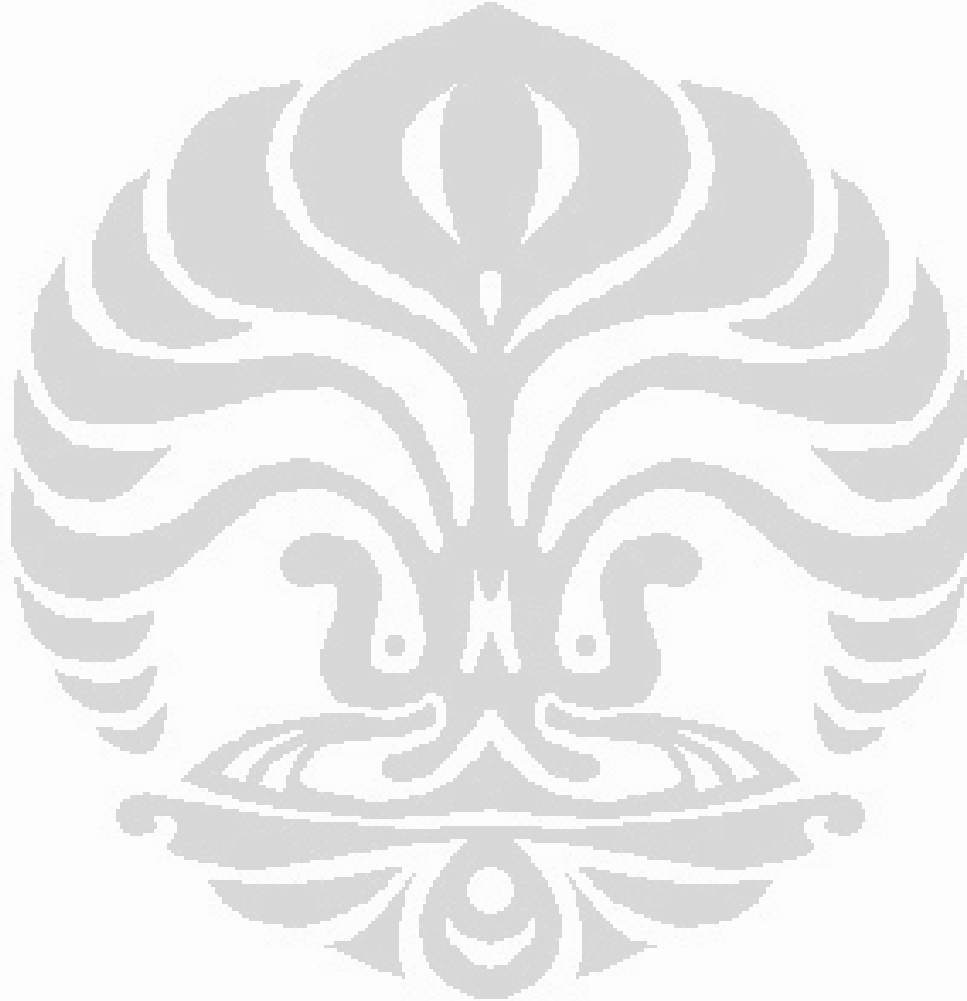
BAB VII: KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan	29
B. Saran	29

DAFTAR PUSTAKA**LAMPIRAN**

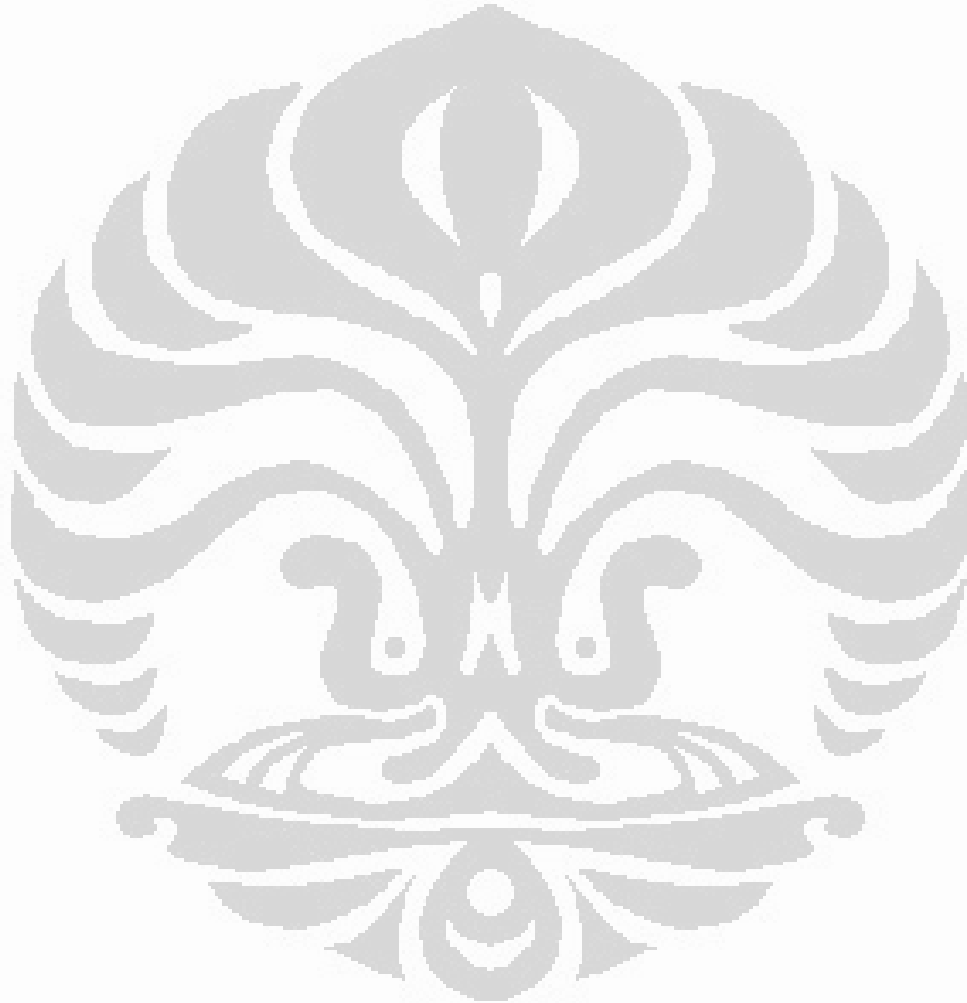
DAFTAR TABEL

Tabel 1. : Lembaran komponen observasi pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang penyakit dalam RSUD Tangerang.



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Lembar persetujuan menjadi responden
Lampiran 2 : Lembar permohonan menjadi responden



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pada era globalisasi sekarang ini, telah terjadi perubahan pesat pada berbagai bidang kehidupan, hal ini juga berdampak pada bidang kesehatan. Pelayanan kesehatan di rumah sakit merupakan suatu bentuk jasa pelayanan yang diberikan kepada klien oleh tim multidisiplin, termasuk tim keperawatan.

Pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pelanggan, dalam hal ini klien merupakan penerapan metode pemecahan masalah keperawatan yang dikenal dengan proses keperawatan. Penerapan pendekatan ini dapat dinilai dari pencatatan dan pelaporan yang dituliskan dalam dokumentasi keperawatan. Dokumentasi keperawatan merupakan suatu yang mutlak harus ada untuk perkembangan keperawatan khususnya proses profesionalisme keperawatan serta pencerminan mutu asuhan yang telah diberikan.

Menurut Potter dan Perry (2005), dokumentasi merupakan segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti individu. Dokumentasi yang baik mencerminkan kualitas perawatan dan yang membuktikan mempertanggungugutan setiap anggota tim perawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien. Sistem dokumentasi yang ideal harus memberikan informasi klien yang komprehensif, dokumen legal (Twardon & Gartner,1993) dalam Potter & Perry (2005).

Pendokumentasian merupakan aspek legal yang dapat dijadikan standar ataupun tolak ukur dalam pemberian asuhan keperawatan disebuah rumah sakit, demikian juga yang berlaku bagi RSUD Tangerang. Rumah sakit ini adalah rumah sakit tipe B, dimana rumah sakit tersebut adalah milik Pemda kabupaten Tangerang. RSUD Tangerang memiliki jumlah kapasitas tempat tidur 341, dengan rata-rata BOR 71,98%. Rumah sakit terdiri dari rawat inap maupun rawat jalan, dimana rawat inap terdiri dari tiga ruang penyakit dalam, dua ruang bedah, dua ruang anak, dua ruang kebidanan dan satu ruang neurology, mata serta THT. Adapun jumlah tenaga keperawatan yang ada berjumlah 370 orang, dengan tingkat pendidikan terdiri dari SPK 204 orang, D3 153 orang, Sarjana keperawatan 6 orang serta pekarya 7 orang.

RSUD Tangerang mempunyai format pendokumentasian asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa, rencana tindakan, catatan kegiatan perawat dan perkembangan dari klien. Format pengkajian telah disusun sedemikian rupa, sehingga perawat bisa langsung memberikan tanda *check list* (✓) pada kolom yang tersedia. Perumusan masalah diagnosa keperawatan dan intervensi ditulis oleh perawat yang memberikan asuhan keperawatan pada klien saat itu. Sedangkan evaluasi hasil ditulis atau didokumentasikan dalam format catatan perkembangan yang terdiri dari SOAP/SOAPIER.

Pendokumentasian yang baik dimulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi yang ditulis dengan lengkap. Sementara itu, fenomena yang terjadi dilapangan, masih banyak tenaga perawat yang belum mendokumentasikan keperawatannya dengan baik. Perawat sering tidak melaksanakan pendokumentasian tersebut secara lengkap, misalnya dalam pengkajian tidak dilakukan secara menyeluruh hanya ditulis identitas dan keluhan

utama saja. Begitu pula untuk langkah-langkah selanjutnya, meskipun dibagian intervensi mereka melakukan tindakan atau memberikan asuhan keperawatan namun perawat jarang mencatatnya.

Kadang-kadang perawat mendokumentasikan asuhan keperawatan hanya berdasar order dokter dan belum menggambarkan masalah keperawatan klien secara menyeluruh, sehingga pendokumentasian asuhan keperawatan hanya bersifat rutinitas dan tidak berkembang.

Oleh karena itu kami tertarik meneliti masalah pendokumentasian asuhan keperawatan di RSUD Tangerang ini. Namun sebelumnya juga pernah dilakukan penelitian tentang pendokumentasian ini pada RS Medistra Jakarta oleh Febriani dan Novitasari (2005), dimana mereka melihat keefektifan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang IGD.

B. Masalah Penelitian

Berdasarkan uraian dalam latar belakang tersebut di atas, maka kami merumuskan masalah: Bagaimana gambaran pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di RSUD Tangerang, khususnya di ruang rawat inap penyakit dalam.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui gambaran pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap penyakit dalam RSUD Tangerang.

2. Tujuan khusus

Penelitian secara khusus untuk melihat gambaran:

- a. Pelaksanaan pendokumentasian pengkajian keperawatan.

- b. Pelaksanaan pendokumentasian perencanaan keperawatan.
- c. Pelaksanaan pendokumentasian tindakan keperawatan.
- d. Pelaksanaan pendokumentasian evaluasi keperawatan.

D. Manfaat Penelitian

1. Pelayanan Keperawatan.

Sebagai bahan pertimbangan untuk meningkatkan mutu asuhan pendokumentasian asuhan keperawatan dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan, khususnya RSUD Tangerang.

2. Institusi Pendidikan.

Memberikan masukan bagi institusi pendidikan dalam proses pembelajaran yang terkait dengan pendokumentasian asuhan keperawatan.

3. Perawat

Meningkatkan pengetahuan tentang pendokumentasian asuhan keperawatan supaya dapat dilaksanakan secara komprehensif, efektif, dan efisien.

4. Peneliti

Penelitian ini dapat dimanfaatkan sebagai acuan atau bahan pertimbangan untuk penelitian lebih lanjut.

BAB II

STUDI KEPUSTAKAAN

A. Teori dan Konsep

Dokumentasi keperawatan merupakan suatu yang mutlak harus ada untuk perkembangan keperawatan khususnya proses profesionalisme keperawatan, karena dengan adanya dokumentasi dapat terlihat mutu asuhan yang telah diberikan (<http://litbang.depkes.go.id/>)

Dokumentasi didefinisikan sebagai segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang (Potter & Perry, 2005). Dokumentasi yang baik dapat mencerminkan kualitas perawatan dan membuktikan pertanggungjawaban tim perawatan dalam memberikan asuhan keperawatan.

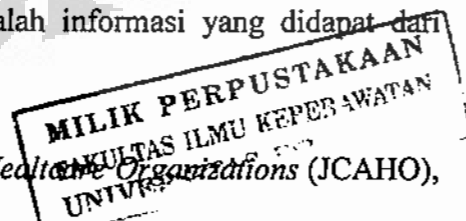
Pendokumentasian menurut Marelli (1996) merupakan tugas dan tanggung jawab yang paling tinggi dari seorang perawat. Di dalam dokumentasi ini menyediakan informasi bisa berupa kode-kode atau tulisan yang berguna untuk referensi dimasa depan. Menurut Doenges (2000), dokumentasi dapat sebagai syarat akreditasi dan merupakan syarat hukum ditatanan keperawatan, yang bertujuan untuk memfasilitasi konsistensi antar disiplin dan kemajuan pengobatan.

Model pendokumentasian menurut Fischbach (1999) terdapat tiga komponen yaitu kemampuan komunikasi, kemampuan pendokumentasian proses keperawatan, dan standar dokumentasi, dimana ketiga komponen ini saling berhubungan, saling ketergantungan, dan bersifat dinamis.

Catatan dokumentasi merupakan sumber data yang bermanfaat yang dapat digunakan oleh semua anggota tim perawatan kesehatan. Tujuannya sebagai alat komunikasi, tagihan finansial, edukasi, pengkajian, riset, audit, dan dokumentasi legal (Potter & Perry, 2005). Sedangkan menurut Nursalam (2001) tujuan dokumentasi adalah untuk mengidentifikasi status kesehatan klien dalam rangka mengidentifikasi kebutuhan klien, merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi tindakan.

Dalam pencatatan dan pelaporan dokumentasi proses keperawatan harus tersusun dengan baik dan harus memiliki kriteria serta syarat sebagai berikut, yaitu *accuracy* (ketepatan), dimana perawat tidak boleh mencatat apa yang ia pikirkan atau diuraikan oleh perawat lain tetapi hanya hasil observasi, sebagai akhir catatan ada tanda tangan dan nama jelas; *conciseness* (ringkas), komunikasi yang ringkas akan mudah dimengerti dan tidak membosankan setiap penerima informasi; *thoroughness* (kesempurnaan/ ketelitian), yaitu kesempurnaan dan ketelitian data diharuskan untuk memudahkan penginformasian data; *currentness* (terbaru), yaitu dalam pencatatan data yang ada segera dicatat dan dipilih data-data yang penting; *organization* (organisasi) merupakan informasi yang terorganisasi dalam pengkajian yang didapat dari keluhan pasien atau instruksi dokter yang merupakan satu kesatuan dalam pengkajian; *confidentiality* (rahasia), adalah informasi yang didapat dari pasien harus dijaga dan dilindungi kerahasiaannya.

The Joint Commission in Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), dalam Doenges (2000) mempunyai standar untuk dokumentasi keperawatan tentang pengkajian pasien, diagnosa keperawatan atau kebutuhan pasien, intervensi dan hasil yang diharapkan diintegrasikan secara permanen. Sedangkan menurut *American*



Nurses Association (ANA) dalam Marrelli (1996) menyebutkan enam standar, yaitu pengkajian, diagnosis, identifikasi hasil, perencanaan, implementasi, dan yang terakhir adalah evaluasi.

Ada lima langkah proses keperawatan yang perlu didokumentasikan, menurut Potter dan Perry (2005) adalah pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Setiap langkah proses keperawatan penting untuk pemecahan masalah yang akurat dan dengan erat saling berhubungan satu sama lain. Sedangkan menurut Gordon (1995) dalam Potter dan Perry (2005) menjelaskan bahwa dua langkah pertama yaitu pengkajian dan diagnosa sebagai komponen identifikasi masalah dan tiga langkah lainnya sebagai komponen pemecahan masalah.

Pada pengkajian perawat mengumpulkan data dasar atau riwayat tentang klien dari berbagai sumber. Sifat dan besarnya data selalu berubah sehingga perawat harus teliti supaya data yang diambil bisa bermakna. Perawat perlu mengkaji ulang dan memvalidasi data atau informasi yang telah diberikan oleh klien. Keakuratan data sangat penting yang akan berfungsi untuk mengarahkan rencana keperawatan.

Langkah diagnosa keperawatan adalah merumuskan pernyataan diagnosa yang mengidentifikasi masalah klien. Keakuratan pernyataan ini sangat bergantung pada kelengkapan data, pengelompokan dan validasi data. Rumusan diagnosa keperawatan membentuk kerangka kerja untuk rencana perawatan klien sehingga bersifat individual dan berpusat pada klien. Untuk memudahkan dalam mendokumentasikan proses keperawatan ada beberapa tipe diagnosa yang meliputi tipe aktual, risiko, kemungkinan (potensial), sehat dan sejahtera, dan sindrom menurut Hidayat (2002). Rumusan diagnosa keperawatan menurut NANDA dalam

Hidayat (2002) mengandung tiga komponen utama yaitu *PES (problem + etiology + simptom)* dan *PE (problem + etiology)*.

Komponen perencanaan adalah identifikasi hasil yang diharapkan yang akan dicapai klien, jika rencana perawatan berhasil. Rencana asuhan keperawatan mengandung hasil dan tujuan klien yang diharapkan, intervensi yang sesuai dan kriteria untuk hasil. Dalam menyusun rencana asuhan keperawatan diperlukan langkah-langkah sebagai berikut: menetapkan urutan prioritas diagnosa keperawatan, menentukan tujuan, menentukan rencana intervensi, dan menuliskan rencana asuhan keperawatan. Secara umum dokumentasi tujuan ditulis dengan singkat, jelas, dapat dimengerti, spesifik, dapat diukur, dinilai dan realistis atau biasanya kita kenal dengan SMART (*S = specific, M = measurable, A = acceptable, R = realistic, T = time*).

Implementasi adalah langkah tindakan dari proses keperawatan intervensi berorientasi pada masalah yang sesuai dengan rencana perawatan klien. Intervensi dimodifikasi berdasarkan pada evaluasi berkelanjutan dari respon klien. Pelaksanaan tindakan dapat dilakukan baik secara mandiri (*independen*), kolaborasi (*interdependen*), dan ketergantungan (*dependen*) menurut Effendy (1998).

Langkah selanjutnya adalah evaluasi, dimana perawat akan melakukan evaluasi atau penilaian kemajuan terhadap pencapaian tujuan. Evaluasi ini dilakukan secara menyeluruh dan terus menerus atau berkelanjutan. Ada beberapa format pencatatan yang telah digunakan untuk dokumentasi, misalnya format pencatatan SOAP / SOAPIER. Format SOAP umumnya digunakan untuk pengkajian awal, bila rencana pasien diimplementasikan dan jika proses evaluasi dimulai, format SOAPIER lebih tepat digunakan (Doenges, 2000). *S (Subyektive)* adalah pernyataan

dari pasien / orang lain, O (*Objektive*) merupakan data yang dapat diukur atau diobservasi, A (*Analysis*) yaitu interpretasi atau kesimpulan didasarkan pada data subjektif atau data objektif, P (*planning*) adalah apa yang akan dilakukan tentang masalah yang diidentifikasi, I (*Implementation*) yaitu bagaimana rencana dilaksanakan, E (*Evaluation*) yaitu tentang respon pasien terhadap intervensi, dan R (*Revision*) adalah bagaimana rencana perawatan akan diubah.

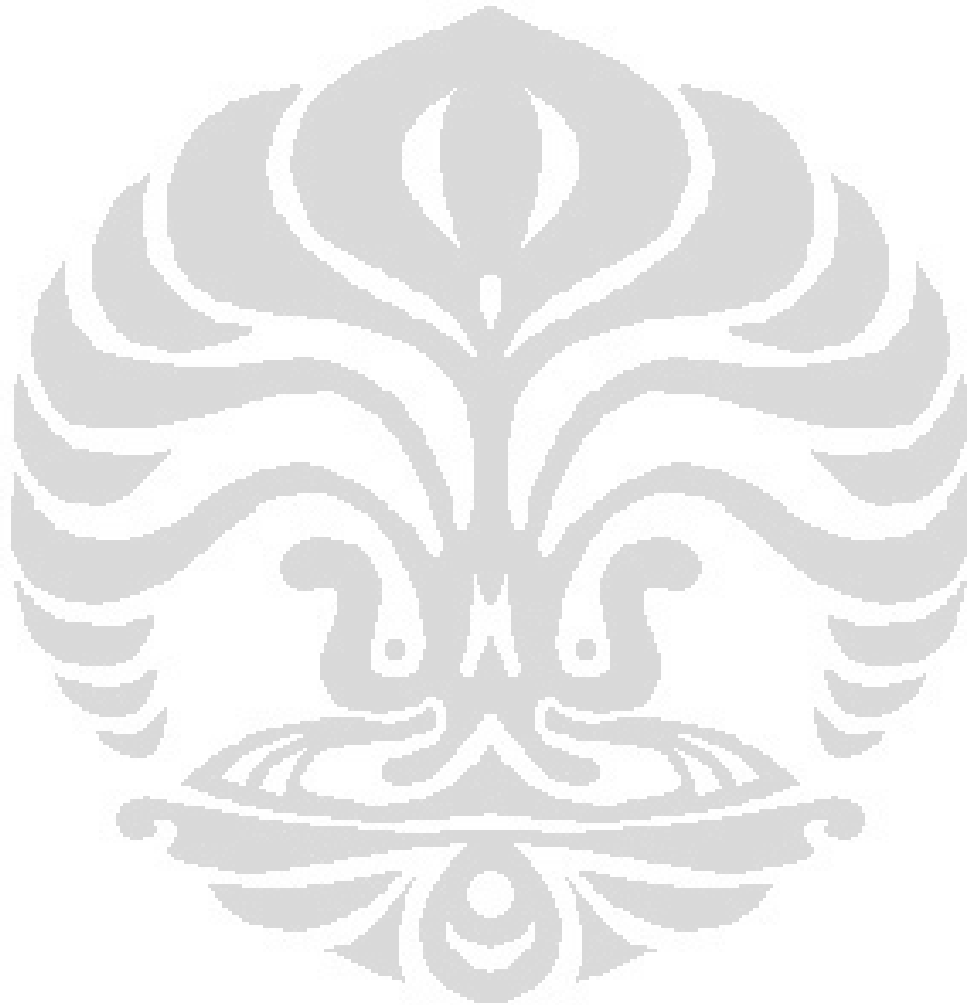
B. Penelitian Terkait

Penelitian yang terkait dengan pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan dalam Perwita, Dijaningrum, dan Wahyuni (2001) dalam penelitian dengan judul “Tingkat Pengetahuan Perawat terhadap Dokumentasi Keperawatan di RS Metropolitan Medical Centre (MMC)”, dengan menggunakan desain deskriptif sederhana. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan perawat di RS MMC adalah baik dengan nilai median 57 dari skor tertinggi 60.

Penelitian lain dilakukan oleh Novitasari dan Febriani (2005) dengan judul “Gambaran Pelaksanaan Pendokumentasian Asuhan keperawatan di Instalasi Gawat Darurat RS Medistra”. Hasil penelitiannya menunjukkan tingkat keefektifan hasil pendokumentasian pengkajian: 33%, diagnosa: 46,7%, intervensi: 96,7%, implementasi: 46,7% dan evaluasi: 60%.

Kurniawan (2000) dari Yogyakarta, dalam penelitiannya “Analisis Kelengkapan Dokumentasi Proses Keperawatan pada Pasien Hepatitis di RSUP Dr. Sarjito”, menunjukkan bahwa pada tahap pengkajian kurang baik (skor 29%), tahap diagnosis kurang baik (skor 26%), tahap perencanaan kurang baik (skor 15%),

intervensi kurang baik (skor 11%), catatan implementasi kurang baik (skor 29%), dan pendokumentasian evaluasi juga kurang baik (skor 7%).



BAB III

KERANGKA KERJA PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

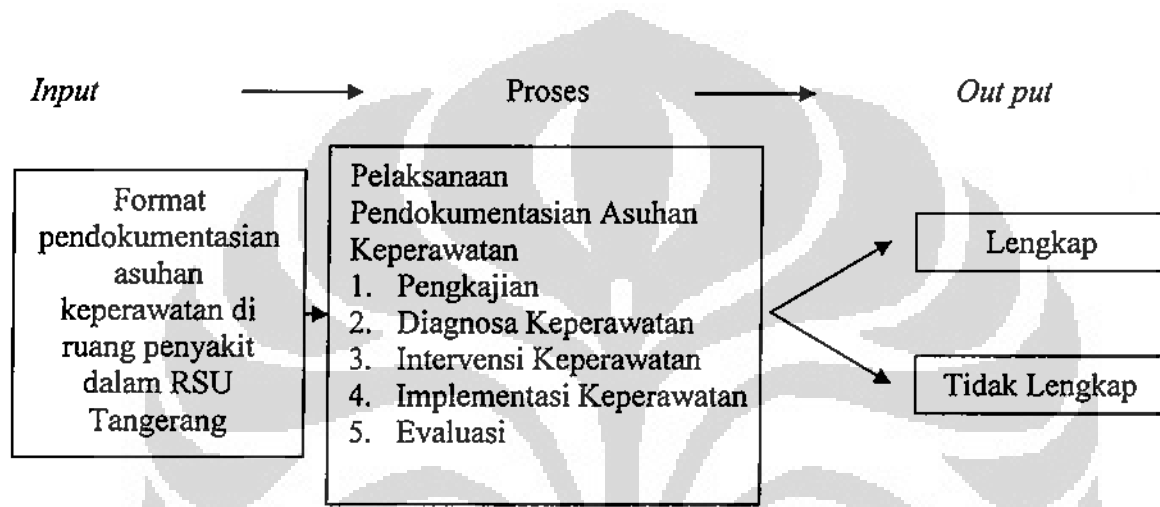


Diagram kerangka konsep ini menjelaskan kerangka kerja penelitian yang terdiri dari *input*, *proses*, dan *output*. *Input* berupa format pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang penyakit dalam RSUD Tangerang, *Proses* merupakan pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi yang merupakan area penelitian. Sedangkan *output* merupakan hasil yang diharapkan dari penelitian, dilihat dari lengkap dan tidak lengkapnya pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan tersebut.

B. Pertanyaan Penelitian

Bagaimana gambaran pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang penyakit dalam RSUD Tangerang?

C. Definisi Operasional

1. Variabel

Variabel yang akan dilihat atau diukur dalam penelitian adalah pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat pelaksana di ruang penyakit dalam RSUD Tangerang.

2. Definisi Operasional

Pendokumentasian asuhan keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat pelaksana di ruang penyakit dalam RSUD Tangerang, meliputi pendokumentasian tentang pengkajian data, menentukan diagnosa keperawatan, menyusun intervensi keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasi tindakan keperawatan yang sudah diberikan kepada klien.

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
Pendokumentasian pengkajian keperawatan	Pencatatan hasil pengumpulan data sesuai format oleh perawat ruang penyakit dalam RSUD Tangerang.	Lembar Observasi	Memberikan tanda <i>check list</i> "ya" atau "tidak" pada lembar observasi	ordinal	Lengkap, jika nilai = 8 item Tidak Lengkap, jika nilai < 8 item
Pendokumentasian Diagnosa Keperawatan	Pencatatan diagnosa yang telah ditegaskan sesuai format oleh perawat di ruang penyakit Dalam RSUD Tangerang.	Lembar Observasi	Memberikan tanda <i>Check list</i> "ya" atau "tidak" pada lembar observasi	ordinal	Lengkap, jika nilai = 8 item Tidak lengkap, jika nilai < 8 item
Pendokumentasian rencana keperawatan	Pencatatan rencana Keperawatan sesuai format oleh perawat ruang penyakit dalam RSUD Tangerang.	Lembar Observasi	Memberikan tanda <i>check list</i> "ya" atau "tidak" pada lembar observasi	ordinal	Lengkap, jika nilai = 3 item Tidak lengkap, jika nilai < 3 item
Pendokumentasian tindakan keperawatan	Pencatatan tindakan keperawatan yang telah dilakukan perawat sesuai format di ruang PDL RSUD Tangerang	Lembar Observasi	Memberikan tanda <i>check list</i> "ya" atau "tidak" pada lembar observasi	ordinal	Lengkap, jika nilai = 7 item Tidak Lengkap, jika nilai < 7 item
Pendokumentasian evaluasi	Pencatatan evaluasi dari Tindakan yang telah dilakukan oleh perawat di ruang PDL RSUD Tangerang.	Lembar Observasi	Memberikan tanda <i>check list</i> "ya" atau "tidak" pada lembar observasi	ordinal	Lengkap, jika nilai = 5 item Tidak Lengkap, jika nilai < 5 item.

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif sederhana. Tujuan penelitian ini adalah untuk memperoleh gambaran tentang pendokumentasian asuhan keperawatan yang dilaksanakan perawat ruang rawat inap Penyakit Dalam RSUD Tangerang. Menurut Danim (2003) tujuan penelitian deskriptif adalah mendeskripsikan secara sistematis dan akurat tentang situasi atau area populasi tertentu yang bersifat faktual.

B. Populasi dan Sampel

Populasi adalah seluruh objek penelitian yang sesuai dengan kriteria yang ditetapkan dalam penelitian (Pollit, Beck & Hungler, 2001). Populasi dalam penelitian ini adalah 300 dokumen *medical record* asuhan keperawatan pasien ruang rawat inap penyakit dalam RSUD Tangerang. Sampel adalah sebagian dari objek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Srikandi, 1997). Sampel pada penelitian ini berjumlah 30, hal ini sesuai dengan pernyataan Arikunto (2002) yaitu apabila jumlah populasi lebih dari 100, maka jumlah sampel yang diambil 10-15%. Pengambilan sampling dengan metode purposive, adapun kriteria dan karakteristik sampel adalah:

1. Dokumen asuhan keperawatan pada pasien ruang rawat inap penyakit dalam RSUD Tangerang.

2. Hasil pendokumentasian asuhan keperawatan oleh perawat yang berpendidikan D3 dan S1 Keperawatan.
3. Dokumentasi satu bulan terakhir.

C. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan dari 8 Desember sampai dengan 2 Januari 2006, setelah proposal penelitian disetujui. Pengumpulan sampel penelitian dilaksanakan di ruang penyakit dalam RSUD Tangerang, hal ini karena ruang tersebut memiliki BOR tertinggi, sehingga diharapkan dapat memenuhi jumlah sampel yang ingin diteliti. Pelaksanaan pengumpulan sampel ini dilakukan pada 8-9 Desember 2006 di ruang Seruni, Flamboyan, dan Cempaka.

D. Etika Penelitian

Etika penelitian ini bertujuan untuk melindungi dokumen asuhan keperawatan dan klien termasuk menjamin kerahasiaan dan kemungkinan adanya ancaman yang terjadi. Semua berkas data yang mencantumkan identitas klien yang sudah tidak digunakan langsung akan dimusnahkan, setelah disimpan selama 1 tahun.

Identitas klien dan perawat yang terdapat dalam dokumen *medical record* ditulis dalam bentuk inisial dan kode tertentu yang hanya diketahui oleh peneliti. Informasi yang ada dalam dokumen tersebut tidak diberikan pada orang lain, selain tim peneliti. Langkah awal sebelum dilaksanakan penelitian adalah permohonan izin kepada Kepala Bidang Keperawatan dan Kepala Ruangan Penyakit Dalam RSUD Tangerang. Peneliti memberitahukan maksud dan tujuan penelitian ini, adalah untuk mengetahui gambaran pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang

Penyakit Dalam RSUD Tangerang. Penelitian ini juga meminta persetujuan dari calon responden, lembar persetujuan terlampir.

E. Alat Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan instrumen lembar observasi dalam pengumpulan data. Observasi dilakukan peneliti terhadap pendokumentasian komponen dari proses keperawatan, yaitu dokumen pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi asuhan keperawatan. Untuk menilai dokumen pengkajian terdapat pada item 1-8, diagnosa keperawatan pada item 9-16, item 17-19 untuk intervensi, item 20-26 untuk implementasi, dan item 27-31 untuk menilai pendokumentasian evaluasi keperawatan yang dilaksanakan pada ruang penyakit dalam RSUD Tangerang.

Peneliti menilai hasil observasi dengan memberikan tanda *check list* (✓) pada kolom jawaban “ya “ atau “tidak”. Penelitian terhadap masing-masing item adalah dengan memberikan skor 1 untuk jawaban “ya” dan skor 0 untuk jawaban “tidak”. Tabel 1. menampilkan 31 item yang diobservasi dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang penyakit dalam RSUD Tangerang.

F. Prosedur Pengumpulan Data

Langkah- langkah yang diambil peneliti dalam pengumpulan data antara lain:

1. Permohonan izin kepada Kepala Diklat RSUD Tangerang dilakukan setelah pembimbing menyetujui proposal dan memberi izin untuk melaksanakan penelitian.

2. Setelah mendapatkan izin, peneliti meminta persetujuan responden, dengan cara menjelaskan maksud dan tujuan penelitian, serta meminta responden untuk menandatangani surat persetujuan.
3. Uji coba instrumen lembar observasi dengan uji validitas dan reliabilitas data terhadap dokumen medical record di ruang penyakit dalam RSUD Tangerang.
4. Menyiapkan instrumen yang telah diuji coba untuk mengobservasi pendokumentasian pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi asuhan keperawatan.
5. Peneliti melakukan observasi terhadap hasil pendokumentasian asuhan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat di ruang penyakit dalam RSUD Tangerang pada tanggal 8-9 Desember 2006.
6. Pengolahan hasil dan analisis data observasi pendokumentasian asuhan keperawatan.
7. Penyusunan laporan penelitian.

G. Analisis Data

Peneliti menggunakan analisis univariat (deskriptif), dengan tujuan hanya ingin menggambarkan pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang penyakit dalam RSUD Tangerang.

H. Jadwal Kegiatan

No	Kegiatan	Oktober 2006				Nopember 2006				Desember 2006			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Identifikasi masalah	√											
2	Pengajuan judul		√										
3	Studi kepustakaan			√	√								
4	Penyusunan proposal					√	√	√					
5	Pengajuan proposal								√				
6	Perizinan penelitian									√			
7	Pengumpulan data									√			
8	Pengolahan data										√	√	
9	Penyusunan laporan												√

I. Sarana Penelitian

Sarana yang digunakan adalah lembar observasi, alat tulis, kalkulator, *flas disk*, dan komputer.

BAB V

HASIL PENELITIAN

A. Analisis Data

Pengumpulan data dilakukan dengan cara melakukan observasi terhadap 30 sampel pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang penyakit dalam RSUD Tangerang, yang dilaksanakan pada tanggal 8- 9 Desember 2006. Observasi tersebut meliputi pengkajian yang terdiri dari 8 item yaitu data identitas, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik/biologis, pola kebiasaan pasien, data psikologis, data sosial, data spiritual, dan data penunjang. Diagnosa keperawatan terdiri dari 8 item yaitu tanggal, jam, identitas perawat, nomor diagnosa keperawatan, data subjektif, data objektif, diagnosa keperawatan dengan rumusan PES/PE, dan bersifat aktual bila masalah sudah terjadi dan risiko bila belum terjadi. Perencanaan terdiri dari 3 item yaitu tujuan dengan kriteria SMART, intervensi keperawatan sesuai rumusan tujuan, dan disusun menurut prioritas. Implementasi terdiri dari 7 item yaitu tanggal, jam, identitas perawat, tindakan sesuai dengan rencana, tindakan kolaborasi, respon klien terhadap tindakan keperawatan, dan revisi tindakan berdasarkan evaluasi. Sedangkan evaluasi terdiri dari 5 item yaitu tanggal, jam, identitas perawat, hasil evaluasi mengacu SOAP/ SOAPIER, dan bila masalah tidak teratasi buat pengkajian ulang.

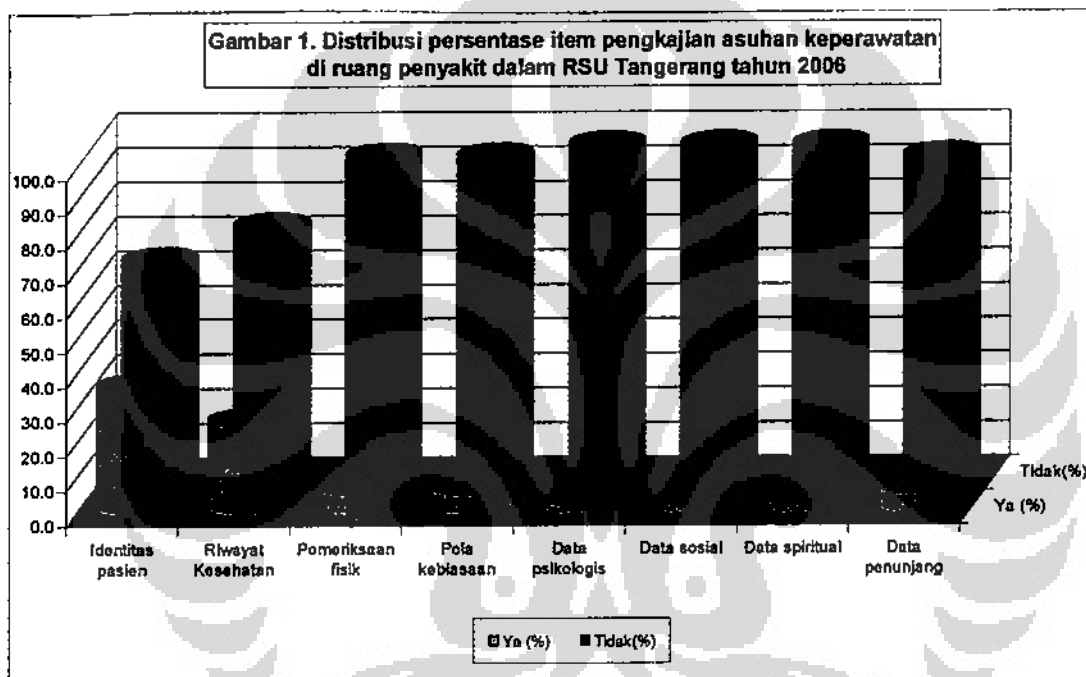
Penelitian ini dilakukan dengan analisis deskriptif sederhana yang bertujuan untuk mendapatkan gambaran pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan

yang dilakukan di ruang penyakit dalam, dilihat dari kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang tersebut.

B. Hasil penelitian

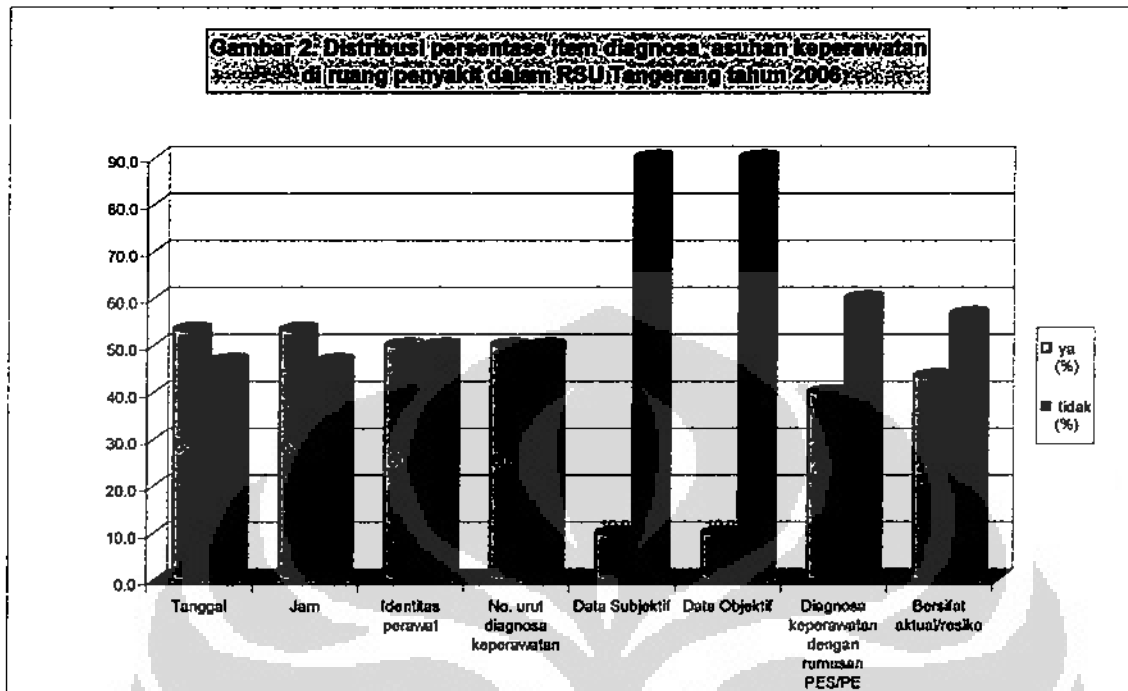
Hasil yang didapatkan pada penelitian pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan disajikan dalam bentuk diagram sebagai berikut:

1. Pengkajian



Gambar 1. menjelaskan distribusi persentase item pengkajian. Hasil yang didapat menunjukkan item identitas pasien yang paling banyak diisi dengan nilai 36,7%, riwayat kesehatan 26,7%, pemeriksaan fisik, pola kebiasaan, dan data penunjang didapatkan hasil yang sama yaitu 6,7%, sedangkan untuk data psikologis, data sosial, dan data spiritual masing-masing 3,3%.

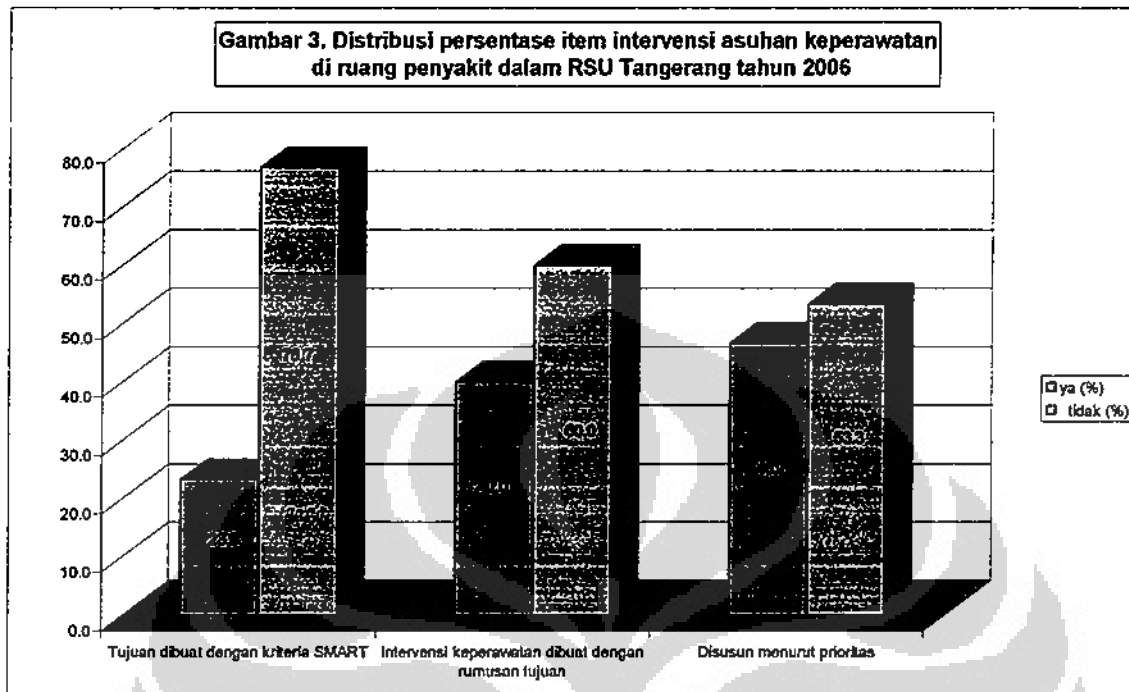
2. Diagnosa keperawatan



Gambar 2. menjelaskan distribusi persentase item diagnosa keperawatan. Hasil yang didapatkan menunjukkan pencatatan dari masing-masing item dari nilai terbesar sebagai berikut : pencatatan tanggal dan jam 53,3%, identitas perawat dan nomor urut diagnosa diperoleh hasil yang sama 50%, dan sifat diagnosa keperawatan aktual/risiko 43,3%, diagnosa keperawatan sesuai dengan rumusan PES/PE 40%, sedangkan pencatatan untuk data subjektif dan objektif didapatkan nilai 10%.

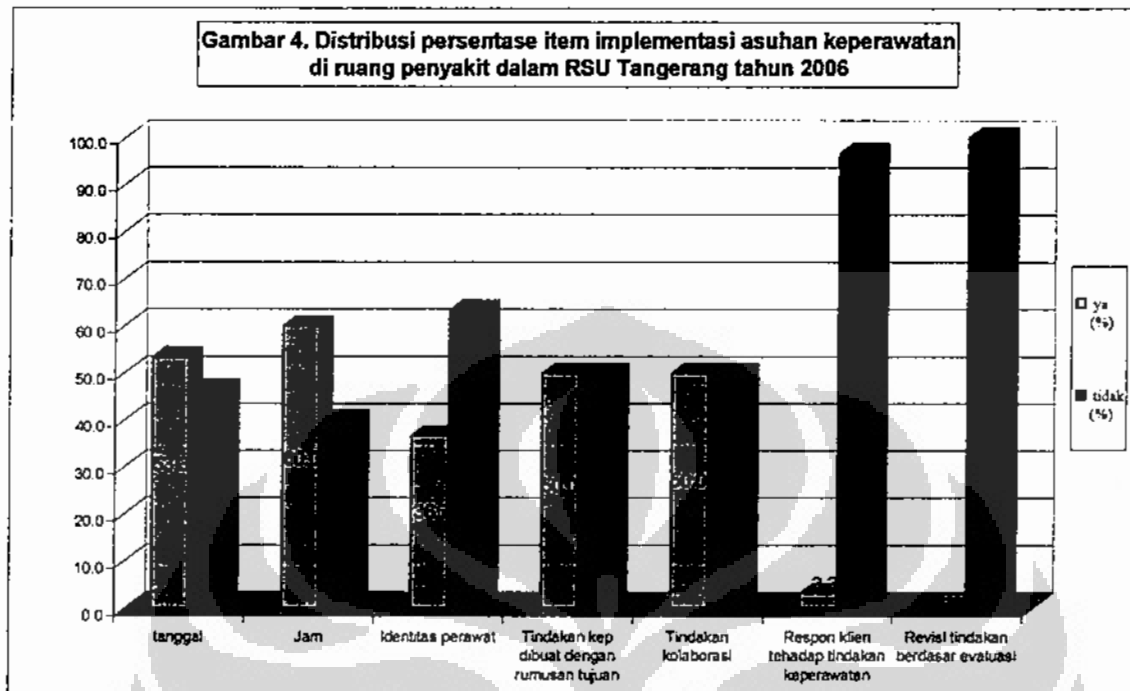
MILIK PERPUSTAKAAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA

3. Perencanaan/intervensi



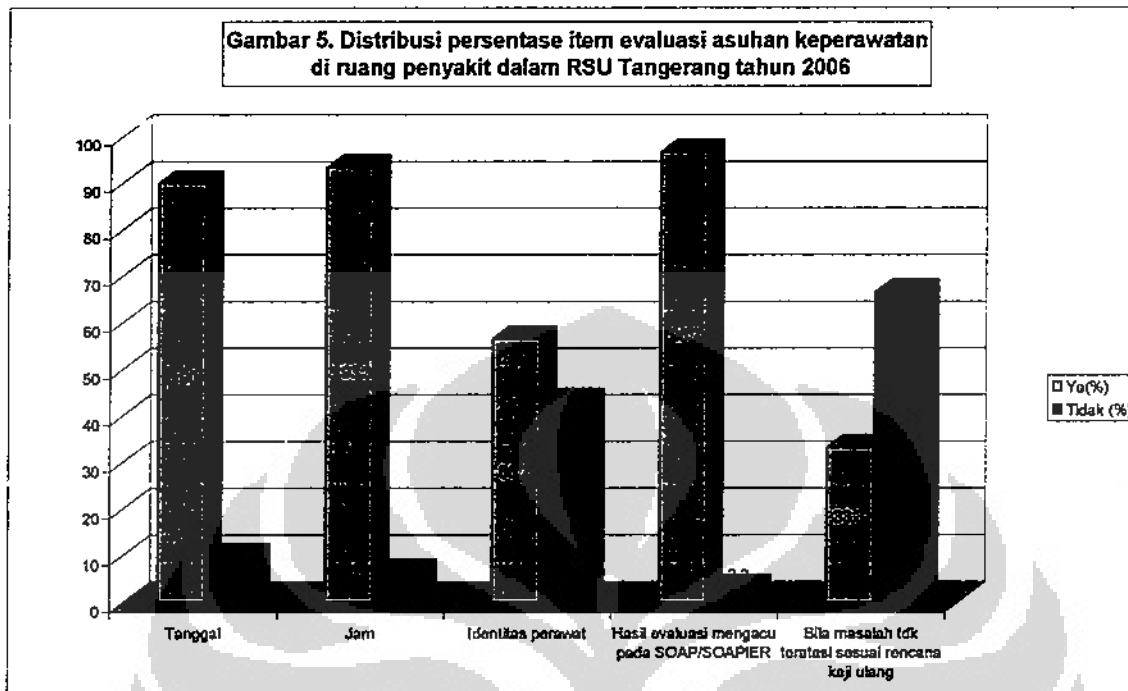
Gambar 3. menjelaskan distribusi persentase item intervensi. Hasil yang didapatkan menunjukkan untuk tiap-tiap item adalah penulisan intervensi berdasarkan prioritas 46,7%, intervensi keperawatan dibuat dengan rumusan tujuan 40%, dan tujuan dibuat dengan criteria SMART 23,3%.

4. Implementasi



Gambar 4. menjelaskan distribusi persentase item implementasi. Hasil yang didapat menunjukkan untuk item pencatatan jam 60%, tanggal 53,3%, untuk tindakan dibuat dengan rumusan tujuan dan tindakan kolaborasi 50%, untuk pencatatan identitas perawat 36,7%, respon klien terhadap tindakan 3,3%, dan untuk revisi tindakan berdasarkan evaluasi didapatkan 0% (tidak ada yang melakukan pencatatan).

5. Evaluasi



Gambar 5. menjelaskan distribusi persentase item evaluasi. Hasil yang didapat menunjukkan untuk masing-masing item adalah evaluasi mengacu pada SOAP/SCAPIER 96,7%, untuk pencatatan jam 93,3%, tanggal 90%, identitas perawat 56,7%, dan untuk pencatatan bila masalah tidak teratasi dilakukan pengkajian ulang 3,3%.

BAB VI

PEMBAHASAN

A. Pembahasan Hasil penelitian

Setelah data penelitian terkumpul kemudian ditabulasi maka diperoleh hasil penelitian dalam bentuk diagram batang seperti terlihat pada bab V . Dari data hasil penelitian dapat dianalisa mengenai gambaran pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang penyakit dalam RSUD Tangerang, berdasarkan tiga puluh sampel yang diambil dengan metode purposive di ruang Seruni, Flamboyan, dan Cempaka.

Peneliti melakukan observasi terhadap lima variabel dokumentasi asuhan keperawatan yaitu pendokumentasian pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Pendokumentasian pengkajian terdiri dari delapan item subvariabel, diagnosa keperawatan terdiri dari delapan subvariabel, intervensi terdiri dari tiga item subvariabel, implementasi ada tujuh item subvariabel, dan evaluasi terdiri dari lima subvariabel.

Adapun hasil yang didapat mengenai gambaran pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang penyakit dalam RSUD Tangerang terlihat tidak lengkap. Hal ini bisa dilihat dari hasil rata-rata pendokumentasian asuhan keperawatan tersebut tidak lengkap, baik dari pengkajian sampai dengan evaluasi. Menurut Nursalam (2001) bahwa tujuan dokumentasi adalah untuk mengidentifikasi kebutuhan klien, merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi tindakan. Dokumentasi yang baik dapat mencerminkan kualitas perawatan dan membuktikan pertanggungjawaban tim perawatan dalam memberikan asuhan keperawatan.

Pada pendokumentasian pengkajian didapatkan gambaran yang tidak lengkap, dimana pada pengkajian yang dilakukan pada 30 sampel menunjukkan dari 8 item yang diobservasi tidak ada yang lengkap. Pendokumentasian pengkajian hanya diisi beberapa item saja, bahkan ada sama sekali yang tidak diisi. Pada pengkajian ini diperoleh hasil 3,3% untuk item pengkajian data-data psikologis, data sosial, dan data spiritual. Hasil ini merupakan hasil yang terendah untuk pendokumentasian pengkajian. Padahal di RSUD Tangerang sudah menyediakan format untuk pengkajian, dimana perawat hanya memberikan tanda *check list* (√) pada kolom yang tersedia disesuaikan dengan identitas dan kondisi klien.

Hasil yang sama diperoleh pada pendokumentasian diagnosa keperawatan yaitu tidak ada yang lengkap. Perawat yang mencatat data subjektif dan data objektif masing-masing 10% dan untuk pencatatan tanggal, jam, dan identitas perawat yang membuat diagnosa keperawatan sudah cukup baik yaitu diatas 50%. Hal ini tidak sesuai dengan pendapat Hidayat (2002) bahwa rumusan diagnosa sangatlah penting karena membentuk kerangka kerja untuk rencana perawatan klien sehingga dapat mengidentifikasi masalah yang ada pada klien.

Pada pendokumentasian intervensi, peneliti melakukan observasi terhadap 3 item ternyata juga tidak ada yang lengkap, dengan hasil rata-rata dibawah 50%. Demikian pula untuk pendokumentasian implementasi, masih didapatkan pendokumentasian yang tidak lengkap. Untuk pencatatan waktu yaitu tanggal dan jam pelaksanaan implementasi sudah cukup baik dengan mendapatkan hasil 53,3 % dan 60%. Sedangkan hasil untuk identitas perawat yang melaksanakan implementasi hanya 36,7% dan hasil yang terkecil yaitu 3,3% didapatkan dari item respon klien terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan. Padahal menurut Potter & Perry

(2005) bahwa catatan dokumentasi merupakan sumber data yang bermanfaat yang dapat digunakan oleh anggota tim perawatan kesehatan. Tujuannya sebagai alat komunikasi, edukasi, pengkajian, riset, audit, dan dokumentasi legal. Sedangkan menurut Effendi (1998) bahwa dalam pendokumentasian perawat tidak boleh mencatat apa yang ia pikirkan atau diuraikan oleh perawat lain dan sebagai catatan akhir ada tanda tangan dan nama jelas.

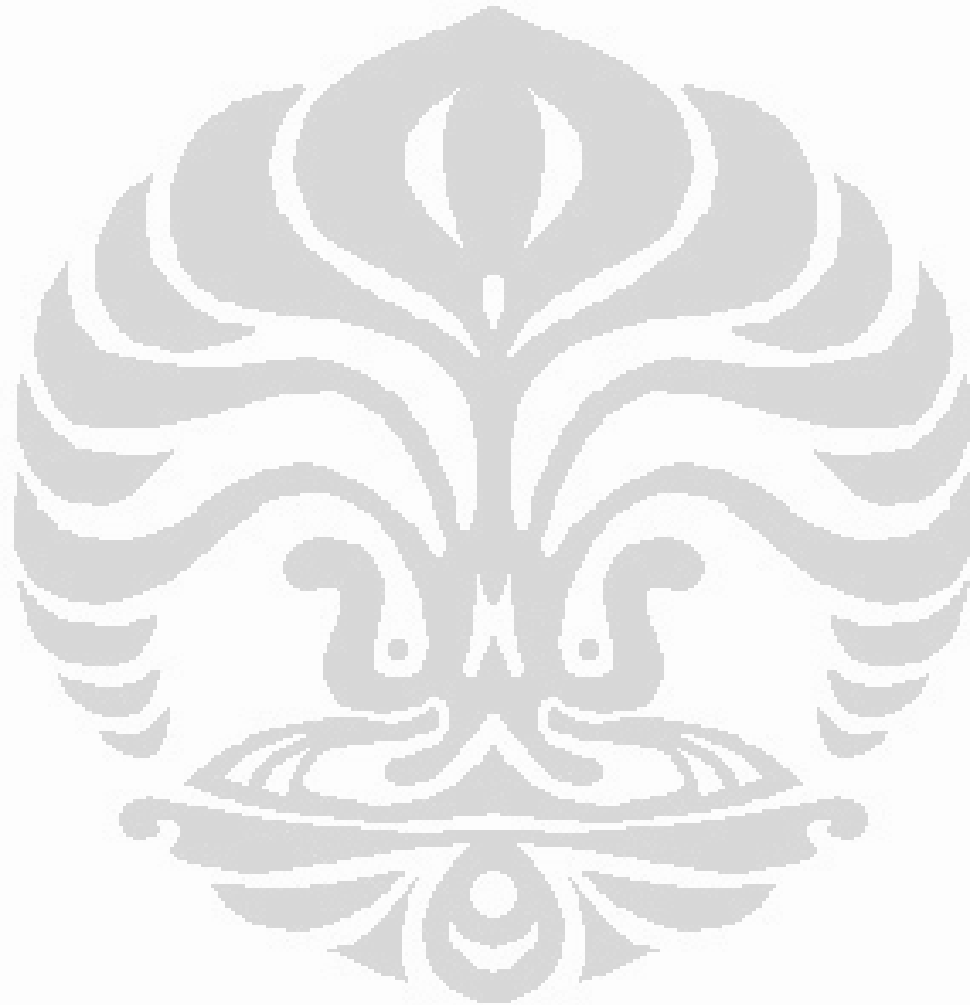
Pada hasil pendokumentasian evaluasi peneliti juga tidak mendapatkan hasil yang lengkap dari 5 item yang di observasi, tetapi pada hasil ini hasil yang didapatkan lebih baik daripada pendokumentasian pengkajian, diagnosa, intervensi dan implementasi. Hasil yang didapat dari observasi pendokumentasian evaluasi ini yaitu 90% untuk tanggal, 93,3% untuk jam, dan untuk item identitas adalah 56,7%. Dan hasil yang cukup bagus untuk pencatatan evaluasi sudah mengacu pada standar SOAP/SOAPIER yaitu sebesar 96,7%. Hal ini sesuai dengan pendapat Doenges (2000) bahwa evaluasi dilakukan secara menyeluruh dan terus menerus atau berkelanjutan. Ada beberapa format pencatatan yang dapat digunakan untuk dokumentasi tersebut yaitu format SOAP/SOAPIER. Format SOAP umumnya digunakan untuk pengkajian awal. Bila rencana pasien diimplementasikan dan jika proses evaluasi dimulai maka format SOAPIER lebih tepat digunakan.

B. Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa penelitian ini masih terdapat keterbatasan-keterbatasan diantaranya adalah :

1. Desain yang digunakan pada penelitian ini adalah desain deskriptif sederhana sehingga hanya menggambarkan suatu fenomena, tidak dapat ditarik suatu hubungan, juga tidak menjelaskan mengapa fenomena itu terjadi.

2. Kurangnya penggalian sumber-sumber pustaka dan referensi yang sesuai dengan masalah.
3. Cara pengambilan sampel dengan menggunakan metode purposive dan jumlah sampel kurang representatif dan tidak dapat digeneralisasikan.



BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

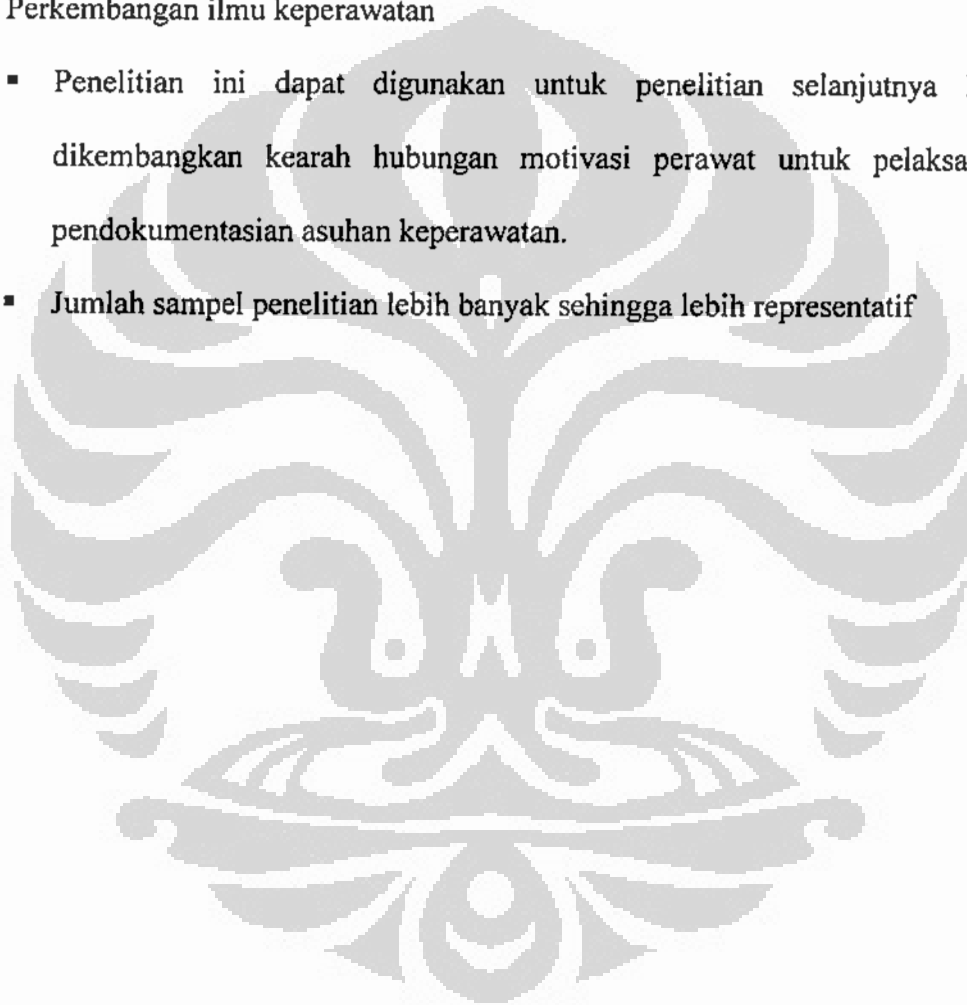
Penelitian ini hanya menggambarkan bagaimana pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang penyakit dalam RSUD Tangerang. Hasil pendokumentasian asuhan keperawatan yang didapatkan pada pengkajian diperoleh nilai yang tertinggi 36,7% untuk pencatatan item identitas pasien, diagnosa keperawatan yang tertinggi 53,3% untuk item pencatatan waktu, yaitu tanggal dan jam, untuk intervensi didapatkan hasil tertinggi untuk pencatatan intervensi disusun menurut prioritas 46,7%, implementasi diperoleh hasil yang tertinggi 60% untuk pencatatan jam tindakan, sedangkan evaluasi didapatkan hasil tertinggi pada pencatatan item evaluasi mengacu pada SOAP/SOAPIER 96,7%. Secara keseluruhan hasil pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang penyakit dalam RSUD Tangerang, dilihat dari hasil ukur tidak ada pendokumentasian asuhan keperawatan yang lengkap pada ruang tersebut.

B. Saran

1. Pelayanan keperawatan

- Pelayanan keperawatan harus lebih meningkatkan keterampilan perawat dalam pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan, misalnya dengan pelatihan-pelatihan pendokumentasian asuhan keperawatan.

- Hasil penelitian ini dapat dijadikan gambaran untuk memotivasi perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan secara lengkap sesuai dengan kondisi klien.
 - Penambahan ketenagaan/rekrutmen pada masing-masing ruangan, untuk meningkatkan kinerja dan mutu asuhan keperawatan yang lebih baik.
2. Perkembangan ilmu keperawatan
- Penelitian ini dapat digunakan untuk penelitian selanjutnya lebih dikembangkan kearah hubungan motivasi perawat untuk pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan.
 - Jumlah sampel penelitian lebih banyak sehingga lebih representatif



DAFTAR PUSTAKA

- Alfaro, R. (1998). *Applyng nursing process : A step - by – step guide. (4th-ed).* Philadelphia : Lippincott – Raven Publishers.
- Ali, Z. (2001). *Dasar-dasar keperawatan profesional.* Jakarta : Widya Medika.
- Burns and Groups (2001). *The practise of nursing research : conduct, critique, and utilization.* Philadhelpia: WB Saunders.
- Carpenito, L., J. (1999). *Nursing Diagnosis: Aplication to clinical practice (4 th ed).* Philedelphia : Lippincott Company
- Danim, S. (2003). *Riset keperawatan: Sejarah dan metodologi.* Jakarta : EGC
- Doenges (2000). *Application of Nursing Process and Nursing Diagnosis: An interactif text for diagnosatic reasoning.* Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Effendi. (1998). *Pengantar proses keperawatan.* Jakarta: EGC
- Fiscbach, T., F.(1991). *Documenting care : Communication. the nursing process and dokumentation standars.* Philadelphia : F. A. Davis Company.
- Kurniawan. (2000). *Analisis kelengkapan dokumentasi proses keperawatan pada pasien hepatitis di RSUP dr. Sarjito Yogyakarta.* Diambil pada 24 Oktober 2006 dari <http://www.gilib.litbang.depkes.go.id/go.php?di=jkpkbppk-gdl-res-2000>.
- ✓ Marelli, T. M. (2000), *Nursing documentation handbook (4th-ed).* St. Louis: Mosby, Inc.
- ✓ Nursalam. (2001). *Proses dan dokumentasi keperawatan : Konsep dan praktik.* Jakarta : Salemba Medika
- Pollit, Beck & Hungker. (2001). *Essentials of nursing research : Methods, appraisals, and utilization.* Philadelphia : Lippincott.
- ✓ Potter, R. A., Perry, A.G. (2005). *Fundamentals of nursing : Concepts, prosess, and practice. (4th-ed).* (Yulianti, D& Ester, M. Editor). Jakarta : EGC (Sumber asli diterbitkan tahun 1997).
- Swansburg, R. C. (2000). *Pengantar kepemimpinan dan manajemen keperawatan: untuk perawat klinik.* (Terjemahan). Jakarta: EGC.

**Tabel 1. KOMPONEN OBSERVASI PENDOKUMENTASIAN
ASUHAN KEPERAWATAN DI RUANG RAWAT INAP PDL
RUMAH SAKIT UMUM TANGERANG, 2006**

Proses Keperawatan	No	Komponen Observasi	"ya"	"tidak"
Pengkajian	1	Data Identitas		
	2	Riwayat Kesehatan		
	3	Pemeriksaan Fisik/Biologis		
	4	Pola Kebiasaan Pasien		
	5	Data Psikologis		
	6	Data Sosial		
	7	Data Spiritual		
	8	Data Penunjang		
Diagnosa Keperawatan	9	Tanggal		
	10	Jam		
	11	Identitas Perawat		
	12	Nomor Diagnosa Keperawatan		
	13	Data Subjektif		
	14	Data Objektif		
	15	Diagnosa Keperawatan dengan rumusan PES/PE		
	16	Bersifat aktual bila masalah sudah terjadi dan risiko bila belum terjadi		
Intervensi	17	Tujuan dibuat dengan kriteria SMART		
	18	Intervensi keperawatan dibuat dengan rumusan tujuan		
	19	Disusun menurut urutan prioritas		
Implementasi	20	Tanggal		
	21	Jam		
	22	Identitas Perawat		
	23	Tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang disusun		
	24	Tindakan kolaborasi		
	25	Respon klien terhadap tindakan keperawatan		
	26	Revisi tindakan berdasar evaluasi		
Evaluasi	27	Tanggal		
	28	Jam		
	29	Identitas perawat		
	30	Hasil evaluasi mengacu pada tujuan SOAP/SOAPIER		
	31	Bila masalah tidak teratasi sesuai rencana perawat buat pengkajian ulang		

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth.

Calon responden
di ruang PDL RSUD Tangerang

Dengan hormat,

Kami yang bertanda tangan di bawah ini adalah Mahasiswa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia :

- | | |
|---------------------|-----------------|
| 1. ASTUTI | NPM: 1305200097 |
| 2. ISMIYATI KUSTIWI | NPM: 1305200437 |

Akan mengajukan penelitian dengan judul "Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan" di Ruang PDL RSUD Tangerang. Tujuan penelitian ini adalah untuk melihat bagaimana gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang PDL RSUD Tangerang.

Dengan ini kami mohon kesediaan Bapak/Ibu/Saudara/Saudari untuk menandatangani lembar persetujuan dan bersedia untuk dilakukan observasi terhadap hasil pendokumentasian asuhan keperawatan pada ruang PDL RSUD Tangerang.

Hasil observasi akan kami jaga kerahasiaannya dan hanya kami gunakan untuk kepentingan penelitian, jika sudah tidak digunakan lagi akan kami musnahkan. Atas bantuan dan kerjasamanya kami ucapkan banyak terima kasih.

Jakarta, November 2006

Hormat kami,

Peneliti

RUMAH SAKIT UMUM KABUPATEN TANGERANG
 PENGKAJIAN AWAL KEPERAWATAN
 DI RUANG RAWAT INAP DEWASA

CM 7-A

Ruang Rawat

No. Rekam Medik

Nama : Umur : Agama :
 Pendidikan : Bahasa yang digunakan :
 Pekerjaan : Status perkawinan :
 Tanggal Masuk : Tgl. & jam pengambilan data :

2. Riwayat kesehatan :

a. Riwayat kesehatan sekarang :

b. Riwayat kesehatan yang lalu dan riwayat kesehatan keluarga :

3. Pemeriksaan fisik / biologis :

* T.D. mmHg, Suhu 0C, P. x/mnt, Nadi x/mnt, BB KG, TB Cm.

* Kesadaran : CM apatis somnolent soporus coma GCS

* Kepala : t.a.k mesencephal asimetris hematoma Lain-lain

* Rambut : t.a.k kotor berminyak kering rontok

* Muka : t.a.k asimetris bells palsy tic facialis

kelainan kongenital

* Mata : t.a.k gangguan penglihatan sclera icterik konjungtiva anemis

anisokor midriasis/miosis tidak ada reaksi cahaya lain-lain...

* Telinga : t.a.k berdengung nyeri tuli keluar cairan lain-lain ...

* Hidung : t.a.k asimetris epistaksis lain-lain

* Mulut : t.a.k simetris asimetris bibir pucat kelainan kongenital

lain-lain

* Gigi : t.a.k caries goyang tambal gigi palsu lain-lain

* Lidah : t.a.k kotor mukosa kering gerakan asimetris.

* Tenggorokan : t.a.k faring merah sakit menelan tonsil membesar

lain-lain

* Leher : t.a.k pembesaran tyroid pembesaran vena yugularis

kaku kuduk keterbatasan gerak lain-lain

* Dada : t.a.k asimetris retraksi ronchi rales

wheezing suara S1/S2 murmur nyeri dada

aritmia takhikardi bradikardi palpitasi

* Abdomen : t.a.k kembung tegang asites tidak ada bising usus

hiperperistaltik distensi VU ada benjolan nyeri tekan di.....

Lain-lain

* Genital : t.a.k perdarahan prolapsus uteri keputihan hypospadia

hernia orchitis hydrocele Lain-lain

- * Integumen : t.a.k turgor dingin bula dekubitus fistula
 Pucat baal RL positif lain-lain
- * Ekstermitas atas : t.a.k kekuatan otot kejang tremor plegi di
- Parese di ... kelainan kongenital inkoordinasi lain-lain
- * Ekstermitas bawah : t.a.k kekuatan otot kejang tremor plegi di
- Parese di ... kelainan kongenital inkoordinasi lain-lain

4. Pola Kebiasaan pasien.

- * Nutrisi : t.a.k anoreksia nausea vomitus scode infus
 diet
- * Eliminasi : t.a.k konstipasi diare perdarahan ostomi kateter
 inkontinensia alvi retensi urine anuria oliguri
- * Istirahat / tidur : t.a.k insomnia hypersomnia lain-lain
- * Aktifitas : mandiri tergantung sebagian tergantung penuh lain-lain

5. Data Psikologis, sosiologis dan spiritual :

- * Psikologis : t.a.k gelisah takut sedih rendah diri hiperaktif
 acuh tak acuh marah mudah tersinggung lain-lain
- * Sosiologis : t.a.k menarik diri komunikasi
- * Spiritual : perlu di bantu dalam beribadah lain-lain

6. Data Penunjang (EKG, EEG, Laboratorium, pemeriksaan radiologi dan lain-lain).

- a.
- b.
- c.

7. Rumusan Masalah :

- a.
- b.
- c.

Tangerang,200

(.....)

Tanda tangan dan nama jelas perawat.



PEMERINTAH KABUPATEN TANGERANG

RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

JL. JEND. A. YANI NO. 9 TANGERANG

TELP. (021) 5523507, 5512948, 5513709 (Hunting) FAX. (021) 5527104

P.O.Box 635 TNG 15111 TANGERANG

Nomor : 070/ 7505 -Diklat/12/2006

Tangerang, 01 Desember 2006

Lampiran :-

Hal : Izin Penelitian

Kepada
Yth. Dekan Universitas Indonesia
Fakultas Ilmu Keperawatan
Di Depok

Menindaklanjuti surat Saudara nomor : 2904/PT02.H4.FIK/I/2005, tanggal 14
Nopember 2006 perihal : Permohonan Praktek M.A Riset atas nama sebagai berikut :

No	Nama	NPM	Judul
1	Astuti	1305200097	Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Ruang Penyakit Dalam RSU Tangerang.
2	Ismiyati Kustiwi	1305200437	

maka dengan ini kami sampaikan bahwa pada prinsipnya kami dapat menerima mahasiswa Saudara untuk melaksanakan pengambilan data di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Tangerang dan setelah penelitian selesai agar mahasiswa tersebut menyerahkan hasil penelitiannya kepada Instalasi Diklat & Litbang Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Tangerang.

Atas perhatiannya, kami sampaikan terima kasih.

Plt. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah
Kabupaten Tangerang



Dr. Maktur JN Mamahit, Sp. OG. MARS

Revisi Tk.I

NIP. 140 096 812