



UNIVERSITAS INDONESIA

**PERSEPSI PERAWAT DALAM PELAKSANAAN  
PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN  
DI RSUD GJ KOTA CIREBON**

**TESIS**

Tesis ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Magister Ilmu Keperawatan

Dedy Ahmad Sumaedi

0806446063

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK, JULI 2010**

## PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama : DEDY AHMAD SUMAEDI

NPM : 0806446063

Tanda tangan : .....

Tanggal : 19 Juli 2010

## **PERNYATAAN PERSETUJUAN**

Laporan Tesis ini telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan

Tim Penguji Program Magister Ilmu Keperawatan

Kekhususan Manajemen Keperawatan

Fakultas Ilmu Keperawatan

Universitas Indonesia

Depok, 19 Juli 2010

Pembimbing I

Dra. Junaiti Sahar, S.Kp, M.App.Sc, PhD

Pembimbing II

Imami Nur Rachmawati, SKp., M.Sc

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Dedy Ahmad Sumaedi  
NPM : 0806446063  
Program Studi : Pascasarjana Magister Ilmu Keperawatan  
Judul Tesis : Persepsi Perawat dalam Pelaksanaan  
Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di RSUD GJ

Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : **Dra. Junaiti Sahar, S.Kp, M.App.Sc, Ph.D** (.....)

Pembimbing : **Imami Nur Rachmawati, SKp., M.Sc** (.....)

Penguji : **Alenidekania, SKp., M.Sc** (.....)

Penguji : **Prayetni, SKp.,M. Kep** (.....)

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 19 Juli 2010

## **HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dedy Ahmad Sumaedi  
NPM : 0806446063  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen  
Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan  
Universitas  
Indonesia  
Departemen : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Tesis

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

Persepsi Perawat dalam Pelaksanaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di RSUD GJ Kota Cirebon

Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola, dalam bentuk pangkalan data (*data base*) 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 : 19 Juli 2010

Yang menyatakan

(Dedy Ahmad Sumaedi)

## ABSTRAK

Nama : Dedy Ahmad Sumaedi

Program Studi : Program Pascasarjana Magister Ilmu Keperawatan

Judul : Persepsi Perawat dalam Pelaksanaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di RSUD GJ Kota Cirebon

Xiii  
+ 167+ 6 skema+ 9 lampiran

Penelitian ini bertujuan mengidentifikasi persepsi perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. Desain penelitian menggunakan fenomenologi deskriptif, proses pengumpulan data dilakukan dengan wawancara mendalam. Partisipan pada penelitian ini diambil secara *purposive sampling*, analisa data menggunakan metode Collaizi. Hasil penelitian teridentifikasi tema: pemahaman perawat tentang pendokumentasian, tanggapan perawat terhadap pendokumentasian, pelaksanaan pendokumentasian di rumah sakit, berbagai hambatan dalam pelaksanaan pendokumentasian, upaya yang sudah dilaksanakan, dukungan yang diperlukan dalam pendokumentasian, harapan terhadap pengambil kebijakan. Dapat disimpulkan bahwa persepsi perawat dalam pelaksanaan pendokumentasian masih kurang baik oleh karena itu diperlukan dukungan dari manajemen rumah sakit untuk menghilangkan hambatan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan.

Kata kunci: persepsi, perawat, dokumentasi  
Daftar Pustaka, 96 (1989-2010)

## ABSTRAK

Name : Dedy Ahmad Sumaedi

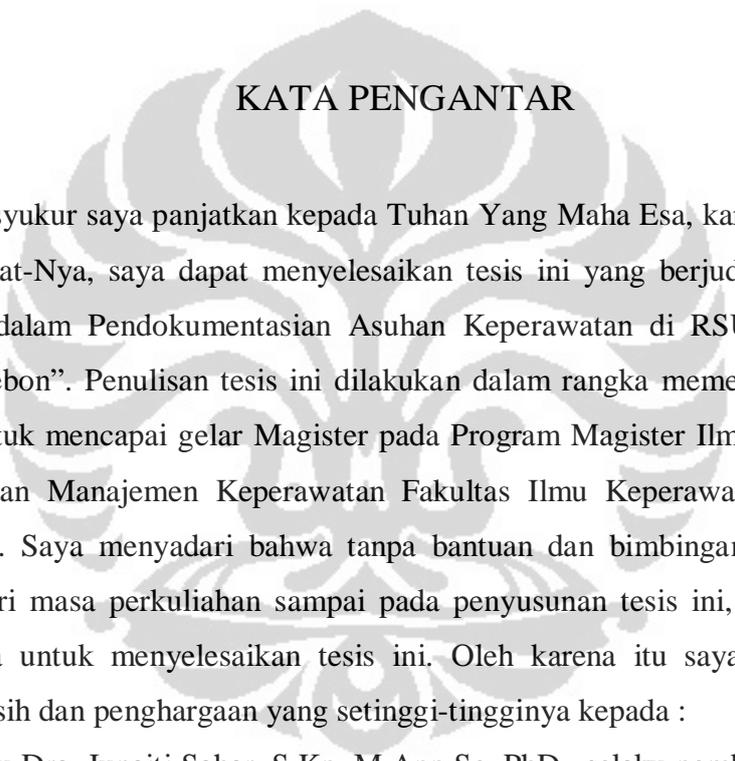
Study Program : Master Program in Nursing Science

Title : Perception of nursing in documenting the nursing care in  
GJ hospital Cirebon

*xiii + 167+ 6 shemes + 9 appendics*

*This research aimed to identify the perceptions of nurses in nursing documentation. This research designed using a descriptive phenomenological, the data collected by in-depth interviews, participants selected by purposive sampling, data analysis using Collaizi's methods, result of research themes: understanding of nurses about documentation, the responses of nurses on documentation, implementation of the documentation in the hospital, various obstacles in th e implementation of documentation, the efforts made, support in documentation, expectations of policy makers. It could be conclude that the perception of nurses in the application documentation still not so well, therefore needed the support of the hospital management to eliminate problems in the documentation of nursing care.*

*Keywords: nurse, documentation, perceptions  
References, 96 (1989-2010)*



## KATA PENGANTAR

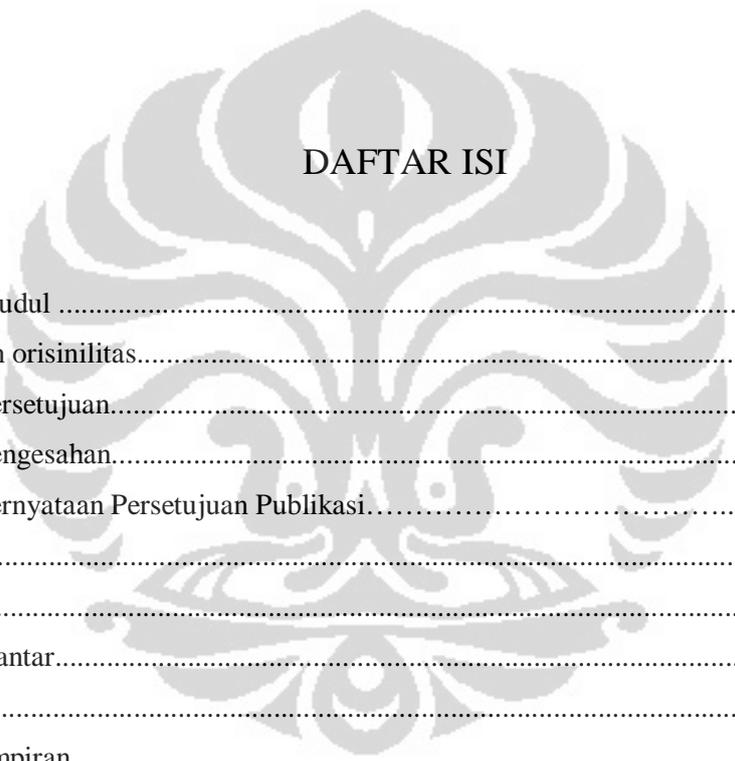
Puji dan syukur saya panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, saya dapat menyelesaikan tesis ini yang berjudul : ” Persepsi Perawat dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di RSUD Gunungjati Kota Cirebon”. Penulisan tesis ini dilakukan dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister pada Program Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu saya mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada :

- (1) Ibu Dra. Junaiti Sahar, S.Kp, M.App.Sc, PhD., selaku pembimbing I, yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini.
- (2) Ibu Imami Nur Rachmawati, SKp., M.Sc., selaku pembimbing II yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini.
- (3) Ibu Dewi Irawati, Ph.D., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

- (4) Ibu Krisna Yetti, S.Kp, M.App. Sc., selaku Ketua Program Studi Magister Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
- (5) Bpk. Drg. H. Yono Supriyono, M.A.R.S, M.H. Kes., selaku Direktur RSUD Gunungjati Kota Cirebon yang telah mengizinkan peneliti untuk pengambilan data awal sebagai bahan penyusunan tesis ini.
- (6) Istri dan anak-anak tercinta (Ayu, Rizky) yang senantiasa memberikan doa dan semangat serta kesabarannya sehingga menjadi sumber kekuatan dan inspirasi dalam menyelesaikan tesis ini.
- (7) Orang tua dan keluarga saya yang telah memberikan bantuan dukungan material dan moral.
- (8) sahabat yang telah banyak membantu saya dalam menyelesaikan tesis ini.

Akhir kata, saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi perkembangan ilmu.

Depok, 19 Juli 2010  
Peneliti



## DAFTAR ISI

	Hal
Halaman Judul .....	i
Pernyataan orisinalitas.....	ii
Lembar Persetujuan.....	iii
Lembar Pengesahan.....	iv
Lembar Pernyataan Persetujuan Publikasi .....	v
Abstrak.....	vi
<i>Abstrac</i> .....	vii
Kata Pengantar.....	viii
Daftar Isi.....	ix
Daftar Lampiran.....	x
Daftar Daftar Skema.....	xi
<b>BAB 1: PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Perumusan Masalah.....	10
1.3 Tujuan Penelitian.....	11
1.4 Manfaat Penelitian.....	12

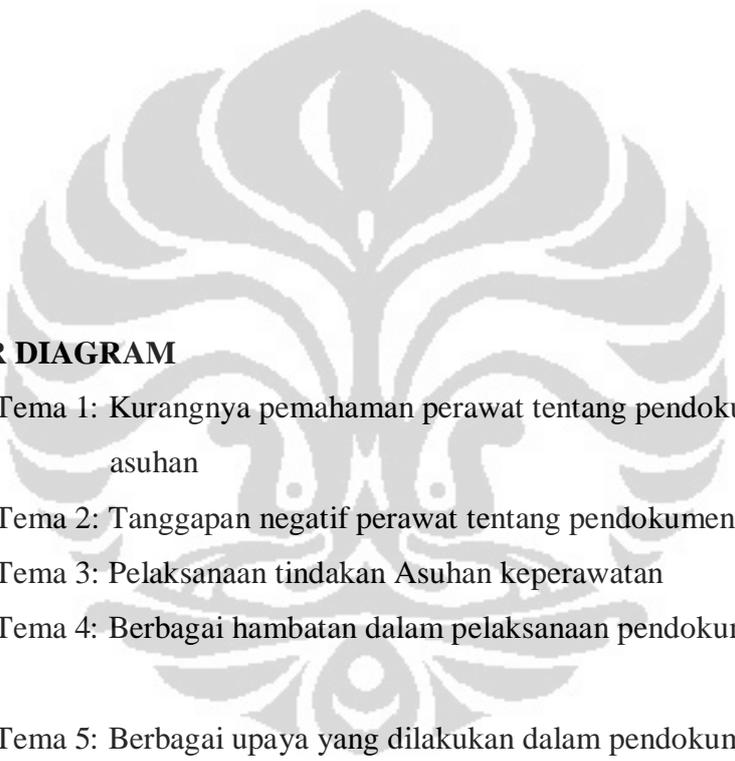
<b>BAB 2: TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>14</b>
2.1 Fungsi Manajemen Keperawatan.....	14
2.2 Perawat Sebagai Suatu Profesi.....	28
2.3 Asuhan Keperawatan Yang Bermutu.....	32
2.4 Pendokumentasian Asuhan Keperawatan.....	40
2.5 Aspek Legal dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan.....	43
2.6 Persepsi .....	46
2.7 Pendekatan Fenomenologi dalam Studi Kualitatif.....	48
<b>BAB 3: METODOLOGI PENELITIAN.....</b>	<b>61</b>
3.1 Rancangan Penelitian.....	61
3.2 Populasi dan sampel.....	65
3.3 Tempat dan Waktu Penelitian.....	67
3.4 Etika Penelitian .....	67
3.5 Cara dan Prosedur Pengumpulan Data.....	71
3.6. Pengolahan dan Analisis Data.....	77
3.7 Keabsahan dan Validasi Data.....	79
<b>BAB 4 : HASIL PENELITIAN.....</b>	<b>82</b>
4.1 Karakteristik Partisipan.....	82
4.2 Tema.....	83
<b>BAB 5 : PEMBAHASAN.....</b>	<b>125</b>
5.1 Interpretasi hasil penelitian.....	125
5.2 Keterbatasan penelitian.....	159
5.3 Implikasi keperawatan.....	160
<b>BAB 6 : SIMPULAN DAN SARAN.....</b>	<b>163</b>
6.1 SIMPULAN.....	163
6.2 SARAN .....	165

DAFTAR PUSTAKA

## LAMPIRAN

### **DAFTAR LAMPIRAN**

- Lampiran 1 : Penjelasan penelitian dan persetujuan
- Lampiran 2 : Pedoman Pengumpulan Data dan Wawancara
- Lampiran 3 : Lembar Data Partisipan
- Lampiran 4 : Format Catatan Lapangan
- Lampiran 5 : Karakteristik Partisipan Perawat
- Lampiran 6 : Analisis Tematik
- Lampiran 7 : Diagram Matriks Tematik
- Lampiran 8 : Surat Ijin Penelitian
- Lampiran 9 : Surat Keterangan Lolos Uji Etik
- Lampiran 10 : Daftar Riwayat Hidup



## **DAFTAR DIAGRAM**

Diagram Tema 1: Kurangnya pemahaman perawat tentang pendokumentasian asuhan

Diagram Tema 2: Tanggapan negatif perawat tentang pendokumentasian asuhan

Diagram Tema 3: Pelaksanaan tindakan Asuhan keperawatan

Diagram Tema 4: Berbagai hambatan dalam pelaksanaan pendokumentasian asuhan

Diagram Tema 5: Berbagai upaya yang dilakukan dalam pendokumentasian asuhan

Diagram Tema 6: Dukungan yang diperlukan dalam pendokumentasian asuhan

Diagram Tema 7: Harapan-harapan dalam pendokumentasian asuhan

# BAB 1

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Semakin banyak tuntutan masyarakat yang menginginkan pelayanan kesehatan yang bermutu menyebabkan rumah sakit berlomba untuk memberikan pelayanan yang terbaik agar bisa diterima oleh masyarakat pengguna jasa pelayanan. Dengan demikian, rumah sakit sebagai industri yang bergerak di bidang jasa pelayanan dituntut untuk meningkatkan mutu, kinerja dan daya saing tetapi dengan tidak mengurangi misi sosial yang dibawanya (Wijono, 1999). Upaya peningkatan mutu tidak hanya dari segi tehnik pelayanan tetapi juga di bidang manajemen keprofesian.

Peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit harus melibatkan semua unsur, termasuk didalamnya adalah unsur manajer melalui fungsi manajemen yang terdiri dari lima fungsi manajemen menurut Fayol (1908, dalam Stoner, Freeman dan Gilbert, 1996) yaitu *planning, organizing, leading, coordinating, and controlling*. Sedangkan Gullick (1937) mengemukakan konsep *planning, organizing, staffing, directing, coordinating, reporting, budgeting* atau dikenal dengan akronim *POSDCORB* (Schlosser, 2003). Fungsi pencatatan dan pelaporan (*reporting*) merupakan salah satu fungsi yang berhubungan dengan pelaksanaan pendokumentasian.

Fungsi *reporting* atau pencatatan dan pelaporan berhubungan erat dengan fungsi koordinasi, dimana dalam organisasi harus ada orang yang *bertanggungjawab* mencatat dan melaporkan tentang apa yang sedang terjadi (Vsanthakumar dan Waldron, 1994). Semua kegiatan yang dilakukan oleh perawat baik sebagai pelaksana ataupun sebagai manajer harus dicatat dan dilaporkan sebagai laporan kinerja yang bisa dijadikan sebagai bahan evaluasi untuk pengambilan keputusan. Salah satu yang selalu dicatat dan dilaporkan

adalah pencatatan tingkat pencapaian dokumentasi asuhan keperawatan yang termasuk bagian program penjaminan mutu.

Tingkat pencapaian pendokumentasian mulai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, tindakan keperawatan hingga evaluasi serta catatan perkembangan selalu dicatat melalui kegiatan supervisi yang direkap setiap bulan dan dijadikan sebagai alat untuk penilaian indikator kinerja perawat (Depkes, 2007). Hal ini sesuai dengan pendapat Fisbach (1991) yang menyatakan bahwa pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan dipakai sebagai alat ukur untuk mengetahui dan memantau kualitas pelayanan asuhan keperawatan yang diselenggarakan di rumah sakit.

Pendokumentasian proses keperawatan merupakan suatu kegiatan yang sangat penting, karena dapat menjadi bukti bahwa segala tindakan perawat telah dilaksanakan secara profesional dan legal sehingga dapat melindungi klien selaku penerima jasa pelayanan dan perawat selaku pemberi jasa pelayanan keperawatan (Iyer, 1999). Dokumentasi asuhan keperawatan yang baik mencerminkan mutu pelayanan karena dibuat berdasarkan fakta dan bisa dipertanggungjawabkan secara hukum. Dokumentasi asuhan keperawatan baik yang ditulis secara manual maupun komputerisasi dilakukan untuk mencatat pelayanan yang diberikan atau sebagai alat informasi kepada tenaga kesehatan lainnya. Ciri dokumentasi asuhan keperawatan yang baik adalah: 1) berdasarkan fakta (*faktual basis*) 2) akurat (*accuracy*) 3) lengkap (*completeness*) 4) ringkas (*conciseness*) 5) terorganisir (*organization*) 6) waktu yang tepat (*time liness*) 7) bersifat mudah dibaca (*legibility*) (Nursing Board of Tasmania, 2003 dalam Potter & Perry, 2009).

Sejalan dengan perkembangan ilmu keperawatan, khususnya tentang proses keperawatan yang semakin berkembang pesat tetapi tidak diimbangi penguasaan ilmu dan tehnologi informasi, maka sampai saat ini perawat masih banyak yang belum melakukan pendokumentasian secara lengkap dan

akurat. Pendokumentasian asuhan yang lengkap dan akurat merupakan bagian dari mutu pelayanan asuhan keperawatan. Dokumentasi yang baik memberikan informasi tentang kegiatan pelayanan, media komunikasi bagi tenaga kesehatan lain, bisa digunakan sebagai program penjaminan mutu, dasar pemberian jasa pelayanan dan yang paling penting adalah sebagai alat pertahanan diri yang akan dipergunakan bila terjadi tuntutan atas kesalahan medis yang timbul dalam pemberian asuhan keperawatan (Murphy, 2001).

Banyaknya waktu yang dihabiskan oleh perawat untuk melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan dan belum adanya standar penulisan yang baku membuat *The American Nursing Association (ANA)* pada tahun 2002 membuat pedoman yang berisi prinsip-prinsip untuk mempersingkat proses dokumentasi asuhan keperawatan yang direkomendasikan untuk membantu perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di tempat dia bekerja. Kebijakan tersebut tertuang dalam *ANA Code of Ethics for Nurses With Interpretive Statements* dan *Standards of Clinical Nursing Practice* (The ANA, 2010). Pada tahun 2008 prinsip-prinsip pendokumentasian direvisi dalam tiga bentuk pernyataan standar dokumentasi yaitu: 1) *communication* 2) *accountability* dan 3) *safety*. Yang dimaksud *communication* adalah perawat harus memastikan bahwa pendokumentasian sudah akurat, lengkap dan komprehensif menggambarkan kebutuhan pasien, rencana tindakan keperawatan dan tujuan yang diharapkan. *Accountability* maksudnya perawat bertanggung jawab untuk memastikan bahwa pendokumentasian harus akurat, tepat dan lengkap. Sedangkan *safety* adalah perawat harus menjaga dan menyimpan rahasia tentang keadaan klien dan menghancurkan dokumentasi sesuai peraturan dan perundangan (*College of Nurses of Ontario*, 2009).

Hambatan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan telah diteliti oleh Komite Pekerja Perawat di Maryland terhadap 933 orang perawat tahun 2005 dengan metoda kuantitatif dan kualitatif. Hasil perhitungan secara kuantitatif

didapatkan data bahwa 81% pendokumentasian asuhan keperawatan menyita waktu sehingga berdampak langsung terhadap pelayanan, 36% menyelesaikan pendokumentasian setelah jam kerja selesai, 63% kelebihan jam kerja harus dibayar oleh rumah sakit, 55% perawat melakukan pendokumentasian secara berlebihan, 64% pendokumentasian dilakukan secara manual, 36% melakukan secara elektronik (komputer). Secara kualitatif dengan kelompok diskusi terfokus didapatkan bahwa responden mempersepsikan penggunaan komputer yang tidak terintegrasi menyebabkan duplikasi pendokumentasian dan membuang-buang waktu, responden merasa frustrasi karena banyak waktu tersita untuk pendokumentasian, penggunaan komputer masih belum terbiasa (Gugerty & Maranda, et al, 2007).

Selain faktor sistem pendokumentasian asuhan yang manual, hambatan dalam pendokumentasian lainnya adalah belum diterapkannya keseragaman dalam membuat diagnosis keperawatan, rencana tindakan dan pencapaian hasil yang diharapkan. Oleh karena itu Amerika sudah mengembangkan standar pendokumentasian agar mudah diterapkan diseluruh Negara Amerika. Selama lebih kurang 25 tahun *The North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)* dan *Nursing Interventions Classifications (NIC) and Nursing Outcome Classification (NOC)* dikembangkan. Menurut Carrol dan Johson (2004) sejak April 2002 sekitar 150.000 volume dan 15 juta *manuscripts* koleksi paper, jurnal tentang *NANDA* dan taksonomi *NIC-NOC* disebar ke seluruh dunia dan diterapkan oleh perawat sebagai bagian dari Standar Asuhan Keperawatan karena lebih sederhana dan mudah untuk dilaksanakan. Hasil penelitian Harald dan Stefan dalam Staub dan Odenbreit (2005) menyatakan bahwa di Switserland sejak tahun 2003 aplikasi *NANDA* dan *NIC-NOC* telah meningkatkan kemampuan perawat dalam melakukan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi asuhan keperawatan sehingga aplikasi ini sekarang diterapkan di seluruh negara Eropa.

Sejak tahun 1976 pendokumentasian asuhan keperawatan sudah masuk sebagai standar profesi yang harus dilaksanakan oleh perawat di Indonesia. Didalam Undang-Undang RI No 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan sudah mengamanatkan bahwa tenaga kesehatan berkewajiban untuk memenuhi standar profesi dan menghormati hak pasien. Untuk itulah maka Pengurus Pusat Persatuan Perawat Indonesia menerbitkan Standar Profesi dan Kode Etik Perawatan Indonesia yang mengatur tentang 1) Standar kompetensi perawat 2) Standar praktik keperawatan (Standar Asuhan dan Standar kinerja professional perawat) dan menyusun Kode Etik Perawat Indonesia (PPNI, 2010). Pedoman standar ini mengacu pada *International Council of Nursing (ICN)*. Penyelenggaraan praktek asuhan keperawatan di Indonesia diatur berdasarkan SK Menkes No. 436/Menkes/SK/VI/1993 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit dan SK Dirjen Yanmed No. YM. 00.03.2.6.7637 tahun 1993 tentang Standar Asuhan Keperawatan (Depkes,1997).

Pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di Indonesia masih mengalami berbagai kendala yaitu: standar asuhan keperawatan yang ditetapkan oleh Depkes masih belum mengacu kepada *taksonomi NANDA* dan *NIC-NOC*; tingkat pemahaman tentang pendokumentasian yang belum seragam; sebagian besar pelaksanaan dokumentasi masih dengan cara manual (Purwanto, 2008). Kondisi tenaga keperawatan di Indonesia menurut hasil penelitian Hennessy, Hicks, Hilan dan Kawonal (2006) yang melakukan penelitian kepada 524 perawat di lima provinsi menyimpulkan bahwa kinerja perawat di Indonesia masih kurang optimal disebabkan jumlah tenaga perawat masih kurang, sebagian besar perawat (60%) masih berpendidikan SPK, 39% Diploma dan 1 % sarjana keperawatan, banyaknya sarjana keperawatan yang memilih bekerja di sektor pendidikan dan belum tertatanya sistim registrasi serta belum jelasnya peran fungsi perawat. Hasil penelitian tersebut menggambarkan kurangnya jumlah tenaga baik kuantitas maupun kualitas disebabkan kualitas pendidikan, penyebaran jumlah tenaga perawat yang tidak merata ditambah ketidakjelasan peran dan fungsi perawat dalam

mengendalikan kualitas asuhan akibat belum adanya regulasi dan peraturan perundangan yang mengatur profesi keperawatan di Indonesia.

Terkait dengan permasalahan diatas, bila dihubungkan dengan pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan maka faktor beban kerja, pendidikan dan pelatihan merupakan faktor yang berpengaruh terhadap kinerja perawat dalam pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan. Berbagai hasil studi mencerminkan belum optimalnya pelaksanaan pendokumentasian yang dipengaruhi oleh berbagai faktor sudah pernah dibuktikan melalui penelitian. Girsang (2006) menemukan adanya hubungan yang bermakna antara pemberian imbalan dengan pendokumentasian asuhan. Sumitra (2000), menemukan adanya hubungan yang bermakna antara faktor eksternal individu (supervisi, sumber daya dan disain pekerjaan) terhadap pelaksanaan dokumentasi pengkajian. Menurut Mobiliu (2005), mendapatkan hasil adanya hubungan yang signifikan antara beban kerja pada waktu jaga pagi, dengan kualitas pendokumentasian asuhan dibanding beban kerja pada waktu jaga sore dan jaga malam. Karmawati (1998) menemukan bahwa pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan menurut persepsi perawat dipengaruhi oleh kekurangan tenaga perawat, sarana, metode dan supervisi keperawatan.

Uraian tentang hasil-hasil penelitian penelitian diatas dapat disimpulkan bahwa faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan dipengaruhi oleh karakteristik individu, tingkat kemampuan dan keterampilan, tingkat pendidikan, beban kerja, motivasi, disain pekerjaan, sikap, persepsi dan supervisi. Hal ini sesuai dengan pendapat Gibson, Ivancevich, et al (2001) terdapat tiga faktor yang mempengaruhi kinerja yaitu faktor individu, faktor organisasi dan faktor psikologi. Faktor psikologi diantaranya adalah persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi.

Persepsi adalah suatu proses ketika individu mengorganisasikan dan menginterpretasikan kesan sensoris mereka untuk memberi arti pada lingkungan mereka. Proses persepsi melibatkan perseptor, pengaturan, dan dirasakan. Riset tentang persepsi secara konsisten menunjukkan bahwa individu yang berbeda dapat melihat hal yang sama tetapi menanggapi berbeda-beda. Karena dalam persepsi tanggapan untuk proses persepsi melibatkan pikiran, perasaan, dan tindakan (Schermerhorn, 2006). Dalam hal ini persepsi perawat dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan dipengaruhi oleh kekurangan tenaga perawat, sarana, metode dan supervisi keperawatan (Karmawati, 1998).

Hasil penelitian tentang faktor-faktor yang berpengaruh terhadap pendokumentasian sudah banyak dibuktikan dan disosialisasikan di tempat penelitian dilakukan, namun hasil penelitian tersebut belum dapat memberikan dampak terhadap peningkatan kualitas pendokumentasian secara bermakna. Sehingga sampai saat ini pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan masih belum optimal. Hal ini terjadi juga di RSUD GJ yang saat ini sedang mengalami permasalahan menurunnya kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan. Padahal pendokumentasian yang efektif, lengkap dan akurat sangat penting untuk memenuhi standar profesional dan merupakan persyaratan untuk akreditasi (Suillivan, 2004 dalam Wong, 2009).

RSUD GJ Kota Cirebon adalah rumah sakit pemerintah tipe B Pendidikan yang sejak Januari 2010 berubah menjadi Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). Rumah sakit ini merupakan rumah sakit rujukan wilayah III Cirebon dengan cakupan daerah kota dan Kabupaten Cirebon, Kabupaten Majalengka, Kab. Kuningan dan Kab. Indramayu. RSUD GJ juga merupakan lahan praktek bagi mahasiswa kedokteran, keperawatan, kebidanan dan tenaga kesehatan lainnya baik dari dalam maupun luar kota Cirebon.

Hasil evaluasi diri kinerja keperawatan oleh tim konsultan dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) pada bulan November 2009 masih banyak kekurangan yang harus diperbaiki khususnya dalam hal pencapaian angka pendokumentasian masih rendah (38%). Data tiga bulan terakhir Bidang Keperawatan di tahun 2009 tingkat pencapaian pendokumentasian hanya mencapai 32,7%. Berdasarkan hasil observasi pendokumentasian asuhan keperawatan yang dilakukan pada tanggal 25-30 Januari 2010 pada 60 dokumen rekam medik pasien rawat inap RSUD GJ didapatkan hasil pencapaian dokumentasi 31,4 %. Angka ini lebih rendah apabila dibandingkan dengan standar asuhan keperawatan yang ditetapkan oleh Depkes yaitu 75% (Depkes, 1997). Hal ini ditunjang pula oleh data *Bed Occupancy Rate (BOR)* yang cukup tinggi, rasio jumlah perawat dan pasien yang tidak proporsional, latar belakang pendidikan belum merata dan ketersediaan format-format pendokumentasian asuhan yang berbeda-beda untuk setiap ruangan.

RSUD GJ mempunyai fasilitas jumlah tempat tidur 334 TT. Rata-rata tingkat hunian atau *Bed Occupancy Rate (BOR)* pada tahun 2009 adalah 89%. Jumlah terbanyak pasien adalah peserta Askes Jamkesmas. Berdasarkan data dari Bagian Kepegawaian, jumlah tenaga perawat fungsional adalah 303 orang, seluruhnya pegawai negeri sipil. Jumlah tenaga keperawatan yang ada masih belum sebanding dengan jumlah pasien. Contohnya di ruangan rawat Kelas III dengan kapasitas tempat tidur 45 dan jumlah tenaga perawat 18 orang padahal *BOR* rata-rata lebih 80%. Kalau dinas pagi jumlah perawat 7 orang dan dinas sore atau dinas malam tiga orang perawat, maka rasio jumlah perawat dan pasien pada saat dinas pagi berkisar (1: 6), kalau dinas sore atau dinas malam (1: 12) pasien. Hal ini masih jauh dari rasio ideal bila mengacu kepada pendapat Hopkins (2000, dalam Marquis 2008) rasio perbandingan jumlah perawat dan pasien idealnya adalah satu perawat merawat 4 (empat) pasien.

Distribusi tenaga keperawatan menurut tingkat pendidikan di RSUD GJ terdiri S2 Non Keperawatan 1 %, S1 Keperawatan 11.9 %, S1 Kesehatan Masyarakat 1,3 %, DIII Keperawatan 56.1 %, D III Perawat Anestesi 2,6 %, SPK 27.1 %. Dari data tersebut lebih dari separuhnya (56.1% %) adalah perawat yang berlatar belakang DIII Keperawatan. Tingkat pendidikan mempengaruhi kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan, hal ini pernah dibuktikan oleh Mobiliu (2005) yang menyimpulkan adanya hubungan signifikan antara tingkat pendidikan (DIII) dengan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan.

Upaya yang dilakukan untuk meningkatkan kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan sudah dilakukan oleh Bidang Keperawatan RSUD GJ melalui penerapan manajemen kinerja perawat yang merupakan pelaksanaan Kepmenkes RI No 836 Tahun 2005 tentang Peningkatan Manajemen Kinerja Perawat dan Bidan dengan programnya antara lain: 1) menyusun deskripsi pekerjaan 2) menyusun dan melengkapi standar dan pedoman 3) penyusunan indikator kinerja 4) Pelaksanaan diskusi kasus reflektif dan 5) pelaksanaan monitoring dan evaluasi. Bentuk operasional kegiatan tersebut antara lain membentuk tim supervisi, melengkapi dan merevisi standar asuhan keperawatan serta diskusi refleksi kasus. Namun hasil dari kegiatan tersebut masih belum optimal. Tingkat pencapaian pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan masih dibawah 40% jauh dibawah standar yang ditentukan Depkes yaitu 75%.

Hasil wawancara dengan kepala ruangan dan beberapa perawat ketua tim dalam sebuah forum diskusi menyatakan bahwa selama 10 tahun terakhir belum pernah dilakukan pelatihan khusus tentang pendokumentasian asuhan keperawatan. Menurut hasil penelitian Tanasale (2003) terdapat hubungan yang signifikan antara pelatihan dokumentasi asuhan keperawatan dengan pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan. Dengan demikian pemahaman

tentang tehnik pendokumentasian penting untuk melakukan dokumentasi yang lebih baik.

Sosialisasi tentang keharusan mengisi dan melengkapi dokumentasi asuhan keperawatan sering dilakukan baik oleh kepala instalasi ataupun oleh bidang keperawatan. Sosialisasi tentang keberadaan *standard operational procedur (SOP)* dan standar asuhan keperawatan (SAK) pernah dilakukan pada saat menjelang pemeriksaan tim survey akreditasi sekitar bulan Oktober 2009, akan tetapi SAK dan *SOP* tersebut belum direvisi sejak tahun 2001. Pemanfaatan dokumentasi asuhan keperawatan belum bisa dijadikan dasar untuk kenaikan pangkat, sebab belum ada instrumen atau alat bukti yang lebih praktis untuk dijadikan dasar penilaian angka kredit tenaga fungsional perawat. Penghargaan terhadap perawat yang melakukan pengisian dokumentasi asuhan dan yang tidak mengisi dokumentasi asuhan tidak terdapat perbedaan. Padahal menurut penelitian Girsang (2006) faktor pemberian imbalan, *reward and punishment* berpengaruh terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan.

Beberapa ruangan seperti Ruang ICU, ICCU, VK, IGD, Poliklinik, Hemodialisa, Perinatologi masih belum mempunyai format pengkajian keperawatan. Sehingga perawat di ruang tersebut tidak pernah mengisi format pengkajian, tetapi bisa langsung membuat diagnosis keperawatan. Menurut Potter, Crisp dan Perry (2005) dokumentasi pengkajian merupakan komponen kunci dalam membuat keputusan klinis untuk mengetahui keadaan dan masalah pasien supaya bisa ditegakkan diagnosis keperawatan. Bagaimana mungkin seorang perawat membuat diagnosis keperawatan tanpa melakukan pengkajian terlebih dahulu.

Berdasarkan pemaparan fenomena diatas, baik fenomena yang muncul berdasarkan hasil penelitian, fakta di lapangan menunjukkan bahwa hal yang mendasari kesulitan perawat didalam mendokumentasikan asuhan keperawatan belum terjawab dengan pembuktian angka-angka statistik secara kuantitatif. Untuk itu perlu diteliti lebih dalam tentang pelaksanaan pendokumentasikan asuhan keperawatan dari sisi persepsi perawat. Hal ini sesuai dengan pendapat Creswell (1998), penelitian kualitatif dilakukan apabila masalah pada hasil penelitian terdahulu masih belum jelas atau untuk mengetahui makna yang tersembunyi yang tidak didapatkan pada penelitian kuantitatif.

## 1.2 Perumusan Masalah

Tingkat pencapaian dokumentasi asuhan keperawatan di RSUD GJ masih sangat rendah. Tingkat pencapaian 31,4% dengan perincian: nilai pengkajian 30%, diagnosis keperawatan 30%, perencanaan keperawatan 22%, tindakan keperawatan 30%, evaluasi keperawatan 36,6%, paraf dan nama perawat 40%, catatan keperawatan 40%, resume keperawatan 22 %. Angka ini lebih rendah apabila dibandingkan dengan standar asuhan keperawatan yang ditetapkan oleh Depkes tingkat pencapaian dokumentasi asuhan keperawatan adalah 75% (Depkes,1997). Padahal upaya-upaya untuk meningkatkan pencapaian dokumentasi asuhan keperawatan seperti pembentukan tim supervisi, diskusi refleksi kasus, sosialisai *SOP* dan *SAK* sudah pernah dilakukan, namun hasilnya belum optimal.

Alasan perawat masih sulit melakukan pendokumentasian perlu digali secara rinci, karena beberapa penelitian kuantitatif sebelumnya belum dapat menjelaskan fenomena-fenomena mengapa pendokumentasian sulit dilakukan perawat. Berdasarkan fenomena tersebut dapat dirumuskan masalah penelitian: **“Bagaimana persepsi perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di RSUD GJ Kota Cirebon”**.

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mendapatkan gambaran secara mendalam tentang pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan menurut persepsi perawat di RSUD GJ Kota Cirebon.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

Tujuan khusus penelitian adalah teridentifikasinya:

- 1) Persepsi perawat terhadap pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan.
- 2) Respon perawat terhadap pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan
- 3) Berbagai hambatan perawat dalam pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan.
- 4) Dukungan yang diperlukan perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan.
- 5) Berbagai upaya yang sudah dilaksanakan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan.
- 6) Harapan perawat terhadap pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan.

## **1.4 Manfaat Penelitian**

Penelitian ini diharapkan bermanfaat bagi semua pihak yang terkait dalam pengembangan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan. Manfaat penelitian ini meliputi:

### **1.4.1 Manfaat untuk pelayanan keperawatan**

Memberikan kesempatan kepada perawat sebagai partisipan untuk mengungkapkan dan mengekspresikan pengalamannya tentang pelaksanaan pendokumentasian yang dilakukan selama ini. Dengan diketahuinya respon perawat baik respon positif ataupun respon negatif

tentang pendokumentasian asuhan keperawatan, alasan-alasan, hambatan yang diungkapkan dan harapan terhadap pendokumentasian diharapkan bidang keperawatan bisa mengembangkan kebijakan berdasarkan hasil temuan penelitian dan menyusun pedoman kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan.

Data hasil penelitian ini juga bisa dijadikan bahan masukan untuk penyusunan program peningkatan asuhan dan mutu keperawatan bagi RSUD GJ khususnya bagi Komite Keperawatan di RSUD GJ yang sedang menyusun standar asuhan dan standar kinerja perawat dalam hal pendokumentasian asuhan keperawatan.

#### 1.4.2 Manfaat untuk perkembangan ilmu

Tema-tema yang dihasilkan dari penelitian ini dapat menjadi bahan kajian kelompok keilmuan terutama yang berkaitan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan.

Hasil analisis data yang didapat dari penelitian ini berupa tema-tema dapat diaplikasikan secara langsung untuk kepentingan pengembangan teori kepemimpinan dan manajemen keperawatan, perilaku organisasi, manajemen mutu pelayanan khususnya terkait dengan pendokumentasian asuhan keperawatan yang merupakan bagian dari esensi profesi keperawatan.

Hasil penelitian dengan disain kualitatif fenomenologi ini bisa melengkapi hasil-hasil penelitian sebelumnya yang sudah membuktikan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan secara kuantitatif.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini akan menjelaskan tentang fungsi manajemen keperawatan yang terkait dengan sistem pendokumentasian asuhan keperawatan, profesionalisme keperawatan, asuhan keperawatan yang bermutu, dokumentasi asuhan keperawatan, aspek legal dokumentasi asuhan keperawatan dan tentang pendekatan metoda penelitian kualitatif fenomenologi.

#### **2.1 Fungsi Manajemen Keperawatan**

Kata manajemen tampaknya sudah begitu sering kita dengar. Sebagaimana dikemukakan oleh Follet (1997, dalam Saefullah dan Sule 2005) manajemen adalah seni dalam menyelesaikan sesuatu melalui orang lain. Sedangkan menurut Stoner (1982, dalam Kroon 1995) manajemen adalah proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan usaha-usaha para anggota organisasi dan penggunaan sumber daya-sumber daya organisasi lainnya agar mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Dalam pengertian ini terkandung suatu makna bahwa setiap organisasi harus melakukan upaya untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Upaya tersebut dilakukan melalui serangkaian kegiatan yang dilaksanakan secara bertahap melalui perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian (Mc Namara, 2010).

Manajemen diperlukan sebagai upaya agar kegiatan bisnis dapat berjalan secara efektif dan efisien. Pengertian efektif menurut Drucker (2007) adalah mengerjakan pekerjaan yang benar (*doing the right things*), sedangkan efisien adalah mengerjakan pekerjaan dengan benar (*doing things right*). Konsep ini sangat terkenal dan dipakai dalam budaya kerja perusahaan-perusahaan besar di dunia. Sebelumnya Kroon, (1995) mendefinisikan manajemen merupakan proses bagaimana pemimpin mampu memanfaatkan sumber daya manusia dan lain-lain seefisien mungkin untuk menyediakan produk atau layanan

tertentu, dengan tujuan memenuhi kebutuhan tertentu dan mencapai tujuan yang dinyatakan dari institusi.

Di dalam organisasi yang bergerak dibidang jasa pelayanan seperti rumah sakit yang pada akhir-akhir ini sudah bergeser dari bisnis yang bersifat *public good* menjadi *private good*. Artinya meskipun rumah sakit memberikan pelayanan kepada masyarakat dengan mengedepankan aspek sosial tetapi proses didalamnya tetap memperhatikan *profit oriented*. Sebab berjalannya kegiatan operasional tanpa dukungan sumber daya dan sumber dana tidak akan mungkin bisa terjadi. Sehingga kegiatan yang dilakukan harus betul-betul diperhitungkan secara efektif dan efisien mulai dari kegiatan pemberian pelayanan, pemasaran jasa rumah sakit, pengelolaan sumber daya manusia hingga pengelolaan keuangan dan anggaran (Thabrany, 2002).

Situasi ketenagaan dalam suatu rumah sakit akan mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan. Ketenagaan keperawatan merupakan komponen utama dalam sistem pelayanan kesehatan, dan perawat merupakan kelompok pekerja yang paling besar dalam sistem tersebut. Salah satu indikator kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah pelayanan keperawatan yang berkualitas. Keberhasilan pelayanan kesehatan bergantung pada partisipasi perawat dalam memberikan perawatan yang berkualitas bagi pasien (Potter dan Perry, 2009). Untuk itu diperlukan kiat-kiat manajer untuk mengatur dan mengelola sumber daya keperawatan.

Manajemen keperawatan merupakan suatu proses keperawatan yang menggunakan konsep-konsep manajemen yang didalamnya meliputi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan dalam rangka mencapai tujuan tertentu. Unsur-unsurnya dikelola oleh seorang manajer meliputi orang, metode, materi, anggaran, waktu dan pemasaran (Marriner dan Tomey, 1995).

Manajemen keperawatan memerlukan peran tiap orang yang terlibat didalamnya untuk menyikapi posisi masing-masing. Karena menurut Gillies (1994) manajemen keperawatan adalah proses pelaksanaan pelayanan keperawatan melalui upaya staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan, pengobatan dan rasa aman kepada pasien, keluarga dan masyarakat. Tugas yang harus dilaksanakan oleh pengelola keperawatan adalah merencanakan, mengorganisasikan, mengarahkan serta mengawasi sumber-sumber yang ada, baik sumber daya maupun dana sehingga dapat memberikan pelayanan keperawatan yang efektif baik kepada pasien, keluarga dan masyarakat Oleh sebab itu diperlukan fungsi-fungsi yang jelas mengenai manajemen.

Banyak ahli manajemen yang menyampaikan tentang fungsi manajemen ini, namun pada dasarnya tidak ada perbedaan yang prinsip, bahkan pendapat satu dengan lainnya saling melengkapi. Para ahli manajemen, antara lain Fayol dalam Stoner (1996) mengemukakan tentang fungsi dasar manajemen yang terdiri dari lima besar fungsi pokok manajemen yaitu *planning, organizing, leading, coordinating, and controlling*. Fungsi-fungsi lain manajemen dikemukakan oleh pakar teori lainnya seperti Terry, Gullick, O'Donnel.

Tabel 2.1.  
Perbandingan Fungsi Manajemen Menurut Kroon (1995)

George Terry	L. Gullick	H. Fayol	Koonzt O'Donnel
Planning	Planning	Planning	Planning
Organizing	Organizing	Organizing	Organizing
Actuating	Staffing, Directing, Coordinating	Commanding, Coordinating	Staffing, Directing
Controlling	Reporting Budgeting	Controlling	Controlling

Dari sekian fungsi manajemen tersebut, setiap ahli selalu memiliki pandangan yang sama dalam hal: 1) perencanaan 2) pengorganisasian 3) pengendalian, atau pengawasan. Perbedaan masing-masing ahli tentang fungsi manajemen ini terletak pada fungsi-fungsi di luar ketiga fungsi di atas, yaitu yang menyangkut di bidang pelaksanaannya.

Henry Fayol (1908) mengatakan bahwa teori dan teknik administrasi merupakan dasar pengelolaan organisasi yang kompleks. Fayol membagi manajemen menjadi lima unsur yaitu perencanaan, pengorganisasian, pemberian perintah, pengkoordinasian dan pengawasan, fungsi ini dikenal sebagai fungsionalisme. Berdasarkan teori tersebut Fayol Taylor dikenal sebagai bapak *scientific management* (Schlosser, 2003).

Pada tahun 1937 Luther Gullick mengembangkan teori yang sudah dikemukakan oleh Fayol dengan alasan bahwa selain fungsi manajemen sebuah organisasi juga perlu pengelolaan administrasi agar tujuan dapat tercapai. Untuk itu Gullick mengemukakan konsep *planning, organizing, staffing, directing, coordinating, reporting, budgeting* atau dikenal dengan akronim *POSDCORB* (Schlosser, 2003).

### 2.1.1 *Planning*

*Planning* atau perencanaan adalah penentuan serangkaian tindakan untuk mencapai suatu hasil yang diinginkan, yang terkait dengan pengaturan tujuan, pembuatan kebijakan, pengambilan keputusan, memilih alternatif dan strategi, prosedur untuk mencapai tujuan dalam sebuah organisasi. Dalam perencanaan akan mengantisipasi kemungkinan munculnya masalah dengan menganalisis kondisi lingkungan internal maupun eksternal yang mengacu pada upaya pencapaian tujuan (Mc Namara, 2010).

Jadi dengan fungsi *planning* termasuk *budgeting* berfungsi untuk menetapkan tujuan yang ingin dicapai oleh organisasi, menetapkan peraturan-peraturan dan pedoman-pedoman pelaksanaan yang harus dituruti, dan menetapkan ikhtisar biaya yang diperlukan dan pemasukan uang yang diharapkan akan diperoleh dari rangkaian tindakan yang akan dilakukan (Saefullah dan Sule, 2005).

Bila dikaitkan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan sebagai bagian dari program mutu asuhan keperawatan, perencanaan jumlah dan jenis tenaga keperawatan, perencanaan kebutuhan sarana dan prasarana yang dapat menunjang pelaksanaan pendokumentasian harus diperhitungkan karena terkait dengan beban kerja yang akan berpengaruh terhadap kualitas pendokumentasian asuhan dan sumberdaya yang dibutuhkan baik sarana berupa format-format maupun keberlangsungan anggaran. Bila jumlah tenaga perawat kurang, maka beban kerja akan meningkat dan menyebabkan kontak jam pelayanan per pasien juga akan berkurang, sehingga pendokumentasian asuhan menjadi tidak lengkap dan akurat.

Berdasarkan hasil penelitian Gugerty & Maranda, et al (2007) menyimpulkan bahwa 81% pendokumentasian asuhan keperawatan menyita waktu sehingga berdampak langsung terhadap pelayanan, 36% perawat menyelesaikan pendokumentasian setelah jam kerja selesai, 63% kelebihan jam kerja harus dibayar oleh rumah sakit. Artinya perawat harus mengalokasikan waktu secara efektif agar pendokumentasian asuhan keperawatan bisa diselesaikan secara lengkap dan akurat. Bila jumlah perawat kurang, waktu untuk menyelesaikan dokumentasi juga akan kurang sehingga dampaknya dokumentasi asuhan menjadi tidak lengkap. Menurut Mobiliu (2005), mendapatkan hasil penelitian tentang adanya hubungan yang signifikan antara beban kerja pada waktu jaga pagi, dengan kualitas

pendokumentasian asuhan dibanding beban kerja pada waktu jaga sore dan jaga malam.

Tujuan organisasi tidak akan tercapai bila dalam perencanaan tidak dilakukan secara bertahap. Tahapan dalam perencanaan menurut Flores (2009) adalah: 1) melakukan pengkajian situasi 2) memprioritaskan masalah 3) menetapkan tujuan 4) menganalisis hambatan dan keterbatasan 5) membuat jadwal kegiatan (menetapkan kegiatan, personil yang terlibat, sarana dan prasarana, dukungan finansial dan tahapan-tahapan).

### 2.1.2 *Organizing*

Yang dimaksud *organizing* adalah mengelompokkan kegiatan yang diperlukan, yakni penetapan susunan organisasi serta tugas dan fungsi-fungsi dari setiap unit yang ada dalam organisasi, serta menetapkan kedudukan dan sifat hubungan antara masing-masing unit tersebut. Pengorganisasian berkaitan dengan pembagian uraian tugas dan kerja sesuai keahlian, kemampuan dan kewenangannya. Seluruh kegiatan dianalisis dan dilakukan pengelompokkan kemudian ditentukan siapa penanggungjawabnya dan bagaimana bentuk pola komunikasinya.

Dalam pengorganisasian seorang manajer memberikan kewenangan untuk mengawasi dan mengkoordinasikan setiap kegiatan baik secara vertikal maupun horizontal dengan unit-unit lain yang bertanggungjawab untuk mencapai tujuan organisasi (Marquis dan Huston, 2008). Untuk pendokumentasian asuhan keperawatan, organisasi bidang keperawatan membentuk organisasi supervisor yang bertugas menggantikan peran bidang keperawatan pada saat sore, malam dan pada saat libur.

Rekomendasi untuk menciptakan pengorganisasian yang efektif adalah: 1) memastikan bahwa seluruh staf keperawatan terlibat langsung dalam pengambilan keputusan yang terkait dengan desain proses kerja dan alur kerja 2) organisasi harus mendukung dan mengembangkan kerjasama antar seluruh elemen organisasi 3) organisasi harus menyediakan sumber daya yang diperlukan untuk menciptakan lingkungan kerja bagi perawat untuk mengurangi kesalahan 4) organisasi harus menciptakan sebuah budaya keselamatan pasien (*patient safety*).

### 2.1.3 Staffing

Staffing merupakan salah satu fungsi manajemen berupa penyusunan personalia pada organisasi sejak dari merekrut tenaga kerja, pengembangannya sampai dengan usaha agar setiap tenaga petugas memberi daya guna maksimal kepada organisasi. *Organizing* dan *staffing* merupakan dua fungsi manajemen yang sangat erat hubungannya. *Organizing* yaitu berupa penyusunan wadah legal untuk menampung berbagai kegiatan yang harus dilaksanakan pada suatu organisasi, sedangkan *staffing* berhubungan dengan penerapan orang-orang yang akan memangku masing-masing jabatan yang ada dalam organisasi tersebut.

Untuk mendapatkan sejumlah calon tenaga kerja yang kualifaid untuk jabatan/pekerjaan tertentu dalam organisasi atau perusahaan dilakukan rekrutmen. Stoner, Freeman & Gilbert (1996) berpendapat bahwa rekrutmen adalah proses pengumpulan calon pemegang jabatan yang sesuai dengan rencana sumberdaya manusia untuk menduduki suatu jabatan atau pekerjaan tertentu. Sedangkan proses pemilihan untuk mendapatkan calon karyawan terbaik yang tepat sesuai kebutuhan disebut proses seleksi (Koontz dan Weihrich, 1990, dalam Samsudin, 2006).

Setelah karyawan tersebut diterima bekerja, selanjutnya dilakukan orientasi dengan tujuan pengenalan tentang organisasi, tata kerja, peraturan, kebijakan-kebijakan organisasi, peran, tugas, kewenangan, pemberian tunjangan dan pengenalan personil organisasi. Untuk perawat baru biasanya dilakukan pendampingan selama program orientasi oleh perawat senior. Selama dalam masa orientasi diberikan pengetahuan dan keterampilan untuk meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan dalam melaksanakan asuhan keperawatan (Swanburg, 1990). Pada saat ini adalah masa yang tepat untuk dilakukan pembentukan sikap tentang budaya kerja khususnya dalam hal pendokumentasian asuhan keperawatan, pencegahan infeksi dan penerapan *patient safety*.

Pengetahuan tentang pendokumentasian asuhan keperawatan bisa ditingkatkan melalui pelatihan, diskusi refleksi kasus, pembinaan melalui supervisi langsung dan tak langsung. Penelitian tentang faktor pengetahuan sudah dilakukan oleh Tanasale (2003) yang menyimpulkan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pelatihan dokumentasi asuhan keperawatan dengan pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan. Dengan demikian pemahaman tentang tehnik pendokumentasian penting untuk melakukan dokumentasi yang lebih baik.

#### 2.1.4 Directing

Pembinaan (*directing*) merupakan salah satu fungsi penting dalam manajemen. Menurut Fayol (1908) dalam Samsudin (2006) seorang manajer harus mengetahui dan mampu sedemikian rupa mempertahankan sudut pandang dan kepercayaan karyawannya, agar dapat menerima perintah yang diberikan. Memberikan pembinaan secara tepat, tentang apa yang diharapkan dari pekerjaannya secara jelas merupakan kegiatan utama. Pembinaan harus mempunyai tujuan yang

jelas, karena fungsi pembinaan berhubungan langsung dengan upaya dalam meningkatkan kinerja perawat/bidan dan merealisasikan tujuan pelayanan. Fayol mendefinisikan bahwa koordinasi merupakan satu upaya untuk menciptakan keselarasan diantara semua kegiatan untuk memudahkan pelaksanaan pekerjaan.

Seorang manager perawat diharapkan memiliki pengetahuan dan keterampilan terkini agar dapat membina stafnya secara maksimal, dalam rangka menghasilkan kinerja yang berkualitas tinggi. Selain itu, seorang manajer harus memiliki kiat-kiat untuk membawa stafnya yang berbeda, agar dapat bekerjasama dalam mencapai tujuan organisasi. Untuk itu, seorang manajer harus lebih banyak mengetahui seluk beluk yang berhubungan dengan peraturan, kebijakan, prosedur atau standar, program atau perencanaan baru dalam organisasi. Kecerdikannya dalam memanfaatkan kemampuan memimpin sangat diperlukan. Pembinaan yang efektif akan meningkatkan kemampuan dan kemauan staf dalam menciptakan keselarasan antara tujuan manajemen keperawatan dan tujuan staf perawat. Sebagai fasilitator, manajer perawat harus mampu membina stafnya agar dapat mengelola dirinya sendiri dalam kerja tim. Kegiatan ini dilakukan melalui kegiatan supervisi.

Kegiatan supervisi bisa diarahkan untuk meningkatkan pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan. Supervisi merupakan kegiatan pengamatan yang dilakukan secara langsung maupun tidak langsung oleh atasan terhadap bawahannya. Supervisi dilakukan untuk memperbaiki proses keperawatan yang sedang berlangsung, dan atasan ikut berperan aktif terhadap kegiatan-kegiatan stafnya, sehingga tidak terkesan menyalahkan, namun lebih kepada bimbingan dan adanya hubungan saling menghargai antara atasan dan bawahan (Swanburg, 1990).

Tujuan dilakukan pembinaan adalah: 1) mengkoordinir kegiatan staf pelaksana, agar kegiatan yang beragam terkoordinir pada satu arah atau satu tujuan 2) memelihara hubungan atau komunikasi interpersonal antara pimpinan dan staf, sebab pembinaan yang diberikan atasan dapat menyalurkan ide-idenya sedemikian rupa sehingga staf dapat memahami dengan tepat apa yang diharapkan dari dirinya 3) mendidik atau memberikan tambahan pengetahuan/pengalaman bagi staf 4) pengawasan atau pengendalian, pembinaan dimaksudkan agar tidak terjadi penyimpangan dan diarahkan pada tujuan organisasi.

#### *2.1.5 Coordinating*

Koordinasi didefinisikan sebagai proses penyatuan tujuan-tujuan perusahaan dan kegiatan pada tingkat satu satuan yang terpisah dalam suatu organisasi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan terlebih dahulu. Koordinasi dibutuhkan sekali oleh para karyawannya, sebab tanpa ini setiap karyawan tidak mempunyai pegangan mana yang harus diikuti, yang akhirnya akan merugikan organisasi itu sendiri. Ada dua bentuk koordinasi: 1) pelaporan vertikal kepada atasan dan staf Anda, dan 2) pelaporan horizontal kepada kolega Anda dan tim manajemen Anda. Koordinasi dilakukan dengan cara: komunikasi terbuka, dialog, pertemuan/rapat, pencatatan dan pelaporan, pembakuan formulir yang berlaku (Ellis dan Hartley, 2000).

Pendekatan yang dapat dilakukan untuk mencapai koordinasi yang efektif adalah: 1) menggunakan pendekatan teknik-teknik dasar manajemen yang berupa hirarki manajerial, rencana dan tujuan sebagai dasar bertindak 2) meningkatkan koordinasi potensial bila tiap bagian saling tergantung satu dengan lainnya serta lebih luas dalam ukuran dan fungsi. Koordinasi ini dapat ditingkatkan dengan melalui dua cara, yaitu: a) sistem informasi vertikal, penyaluran data-data melalui tingkatan-tingkatan organisasi. Komunikasi ini bisa di dalam atau di

luar rantai perintah b) hubungan lateral (horizontal), dengan membiarkan informasi dipertukarkan dan keputusan dibuat pada tingkat dimana informasi diperlukan (Vsanthakumar dan Waldron, 1994).

Pedoman Koordinasi: 1) koordinasi harus terpusat, sehingga ada unsur pengendalian guna menghindari tiap bagian bergerak sendiri-sendiri yang merupakan kodrat yang telah ada dalam setiap bagian, ingat bahwa organisasi merupakan kumpulan dari orang-orang yang punya kebutuhan dan keinginan berbeda 2) koordinasi harus terpadu, keterpaduan pekerjaan menunjukkan keadaan yang saling mengisi dan member 3) koordinasi harus berkesinambungan, yaitu rangkaian kegiatan yang saling menyambung, selalu terjadi, selalu diusahakan dan selalu ditegaskan adanya keterkaitan dengan kegiatan sebelumnya 4) koordinasi harus menggunakan pendekatan multi instansional, dengan ujud saling memberikan informasi yang relevan untuk menghindarkan saling tumpang tindih tugas yang satu dengan tugas yang lain (Ellis dan Hartley, 2000).

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan media komunikasi yang sangat efektif untuk alat komunikasi antara perawat dengan perawat, antara perawat dengan dokter dan antara perawat dengan profesi lain (Merelli, 2000). Koordinasi antara perawat dengan tim kesehatan lain bisa terjalin apabila pendokumentasian dilakukan secara lengkap dan akurat.

#### 2.1.6 Reporting

*Reporting* atau pelaporan merupakan fungsi manajemen yang cukup penting berupa penyampaian perkembangan atau hasil kegiatan atau pemberian keterangan mengenai segala hal yang bertalian dengan tugas dan fungsi-fungsi kepada pejabat yang lebih tinggi. Fungsi pelaporan berhubungan erat dengan fungsi koordinasi, dimana dalam organisasi

harus ada orang yang bertanggungjawab mencatat dan melaporkan tentang apa yang sedang terjadi.

Manajer yang baik harus bisa mengatur dan menyimpan informasi, apalagi jika informasi yang harus dilaporkan begitu banyak. Laporan hasil kegiatan dibuat rekapan bulanan, tahunan dan mencatat keseluruhan kegiatan yang berhubungan dengan kegiatan organisasi. Fungsi pelaporan juga berhubungan erat dengan fungsi evaluasi karena data yang sudah menjadi informasi bisa dijadikan alat evaluasi sejauh mana tingkat pencapaian tujuan. Pelaporan juga biasanya berhubungan dengan program, perubahan kebijakan, perbaikan tujuan, dan perubahan struktur prioritas. Laporan akan dijadikan sebagai dokumen informasi yang disalurkan ke lembaga-lembaga atau departemen yang terkait. Laporan juga berguna sebagai dasar bagi perencanaan kegiatan untuk masa datang (Vsanthakumar dan Waldron, 1994).

Tugas kepala ruangan dalam manajemen keperawatan melakukan pencatatan dan pelaporan kinerja sebagai bagian dari penilaian mutu indikator pelayanan klinik, disamping pelaporan penggunaan bahan logistic dan rekapitulasi hasil penilaian kinerja staf ruangan. Hal-hal yang dilaporkan adalah: data pelayanan (*BOR,LOS,TOI,BTO*), data pencatatan angka *phlebitis* dan *decubitus*, tingkat pencapaian kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan, angka infeksi nosokomial, survey kepuasan dan hasil survey program keselamatan pasien (Lumenta, 2008).

Khusus untuk perawat pelaksana, maka sebagai bukti tanggung gugat dan tanggung jawab perawat maka segala hal yang menyangkut pelayanan asuhan keperawatan dilaporkan dalam bentuk pendokumentasian asuhan keperawatan yang dilakukan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana asuhan keperawatan, tindakan keperawatan dan

evaluasi (Perry dan Potter, 2009). Laporan pendokumentasian ini dilampirkan secara lengkap dalam status pasien dan diperiksa kelengkapannya sebelum dikirim ke medikal record.

Fungsi rekam medik selain mencatat informasi riwayat kesehatan, pengobatan sejak klien masuk sampai keluar, sebagai alat bukti fisik untuk pembuktian di pengadilan bila diperlukan dan juga untuk verifikasi pengklaiman jasa pelayanan (Iyer, 1999). Khususnya untuk pasien askes, kontraktor, jamkesmas atau pasien yang tidak membayar secara tunai rekam medik yang lengkap merupakan persyaratan wajib yang harus dilengkapi agar bisa dilakukan klaim pembayaran. Hal ini sudah diatur dalam Permenkes No: 269/MENKES/PER/III/2008 tentang rekam medik. Dalam permenkes tersebut dinyatakan bahwa rekam medik harus disimpan dan dijaga kerahasiaan oleh dokter, dokter gigi, petugas kesehatan lain dan pimpinan sarana kesehatan. Batas waktu lama penyimpanan menurut Peraturan Menteri Kesehatan paling lama 5 tahun dan resume rekam medis paling sedikit 25 tahun (Kurtiyono, 2009).

Laporan pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan bagian dari rekam medik pasien. Dokumen rekam medis menurut Monarch dan Kammie (2007) merupakan dokumen serbaguna kuat dan merupakan data penting yang berguna untuk: 1) mencatat tentang kondisi kesehatan, riwayat penyakit, riwayat pengobatan dan perawatan, hasil-hasil pemeriksaan dan juga menampilkan masalah yang muncul dalam pelayanan pasien 2) sebagai alat komunikasi antara tenaga professional 3) merekam respon pasien terhadap hasil pengobatan, tindakan keperawatan 4) sebagai alat untuk audit keperawatan untuk peningkatan kualitas 5) sebagai alat untuk pengaihan klaim jasa pelayanan 6) data untuk penelitian 7) bukti fisik yang akurat untuk barang bukti dalam

pengadilan jika terjadi penuntutan 8) sarana belajar untuk pengembangan ilmu pengetahuan.

### 2.1.7 Budgeting

*Budgeting* atau penganggaran merupakan fungsi manajemen yang terkait dengan perencanaan fiskal, akuntansi, pendapatan, dan pengendalian anggaran. Penganggaran membutuhkan perencanaan khusus, pemahaman yang mendalam tentang tujuan dan program masa depan, mempunyai indera keenam untuk memotret kondisi ekonomi dan realitas, dan bisa memprediksi hal-hal yang tidak terduga.

Dalam banyak kasus, organisasi menetapkan sistem anggaran berdasarkan: 1) data pembandingan tahun yang lalu 2) penentuan berdasarkan skala prioritas 3) *system management by objective (MBO)* 4) *system programme review and evaluation technique (PERT)*, setiap program ditinjau dan dinilai berdasarkan pengaruhnya terhadap tujuan spesifik (Ellis dan Hartley, 2000).

Unsur-unsur kunci dalam sistem anggaran terdiri dari: 1) menentukan apa yang diperlukan dalam pencapaian tujuan, 2) harus sejalan dengan kebijakan (penentuan jumlah keuangan sesuai *posting* anggaran), 3) menentukan kelebihan anggaran, surplus, dan/atau margin keuntungan 4) menentukan pendapatan yang didapat dari biaya, hibah, hadiah, kontrak, 5) menyusun anggaran dengan jumlah tertentu dan rasionalisasinya, dan (6) membahas dan membuat penyesuaian untuk menghasilkan rencana kerja anggaran (Vsanthakumar dan Waldron, 1994).

Terkait dengan pelaksanaan pendokumentasian, maka ketersediaan anggaran untuk kesinambungan penyediaan format-format harus dikontrol dan direncanakan dengan sebaik-baiknya. Karena

pendokumentasian secara akurat dan lengkap tidak mungkin dilakukan bila sarana dan prasarana format pengkajian, lembaran catatan proses keperawatan tidak disuplai karena kehabisan anggaran.

## 2.2 Perawat Sebagai Suatu Profesi

Profesi merupakan kelompok lapangan kerja yang khusus melaksanakan kegiatan yang memerlukan ketrampilan dan keahlian tinggi guna memenuhi kebutuhan yang rumit dari manusia. Setiap profesi memiliki ciri tersendiri yang membedakan antar profesi satu dengan profesi lainnya. Ciri-ciri profesi menurut Kozier dan Erb (2004) adalah: 1) mempunyai pendidikan khusus 2) pelayanan yang diberikan berdasarkan ilmu pengetahuan 3) berorientasi kepada pelayanan masyarakat 4) pelayanan diberikan bisa dikembangkan melalui riset-riset yang terus menerus 5) mempunyai kode etik 6) adanya otonomi 7) mempunyai organisasi profesi. Sedangkan menurut (Kelly & Joel, 1995) karakteristik profesi adalah: 1) memiliki dan memperkaya tubuh pengetahuan melalui penelitian 2) memiliki kemampuan memberikan pelayanan yang unik kepada orang lain 3) pendidikan yang memenuhi standar 4) terdapat pengendalian terhadap praktek 5) bertanggung jawab & bertanggung gugat terhadap tindakan yang dilakukan 6) merupakan karir seumur hidup dan 7) mempunyai fungsi mandiri dan kolaborasi.

Dari definisi diatas, maka perawat bisa dikatakan sebagai profesi karena memiliki *body of knowledge* yang jelas berdasarkan disiplin ilmu pengetahuan yang lain selain ilmu dasar keperawatan dan ilmu tersebut berkembang serta ditumbuh kembangkan dalam tatanan pendidikan tinggi dengan demikian kemampuan perawat akan meningkat terus sehingga, setiap tindakan yang diberikan selalu berdasarkan kepada keilmuan yang jelas dan relevan mendasari dalam melakukan asuhan keperawatan pada klien yang meliputi seluruh aspek bio-psiko-sosial-spiritual.

Pada bulan Januari tahun 1983 dilakukan Lokakarya Nasional I Keperawatan di Jakarta dan hasil keputusan lokakarya tersebut disepakati bahwa keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari sistim pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif, ditujukan pada individu, keluarga, dan masyarakat, baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia. Maka sejak saat itu merupakan awal diterimanya profesi keperawatan sebagai suatu profesi di Indonesia. Diperkuat lagi dengan Keluarnya Undang-Undang (UU) Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, UU No 2/1989 tentang Sistem Pendidikan Nasional serta Surat Keputusan Menteri Kesehatan No 647/2000 tentang registrasi dan praktik keperawatan lebih mengukuhkannya sebagai profesi di Indonesia.

Keluarnya Undang-Undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan, Undang-Undang No 20 tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional, Peraturan pemerintah Nomor 32 tahun 2001 tentang Tenaga kesehatan, Surat Keputusan Menteri Kesehatan nomor 1239 tahun 2001 tentang registrasi dan praktik perawat dan terakhir Kepmenkes 148/2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktek keperawatan, lebih mengukuhkan perawat sebagai profesi di Indonesia, kewenangan perawat dalam menjalankan tugas profesi diatur dalam Surat Keputusan Menteri Kesehatan tersebut sehingga perawat mempunyai legitimasi dalam menjalankan praktik profesinya.

Walaupun belum diterbitkan Peraturan Pemerintah tentang profesi perawat yang memberikan batasan wewenang pekerjaan dari perawat professional, namun menurut Rancangan Undang-Undang Praktek Keperawatan (PPNI,2009) dibagi menjadi dua kelompok yaitu perawat vokasional dan perawat professional. Perawat vokasional adalah seseorang yang telah lulus pendidikan Diploma III Keperawatan dan Sekolah Perawat Kesehatan yang terakreditasi dan diakui oleh pejabat yang berwenang.

Jumlah tenaga perawat vokasional di Indonesia saat ini masih sekitar 60% dari total keseluruhan tenaga perawat. Peraturan tentang perawat yang berpendidikan SPK didalam Kepmenkes 1239 tahun 2001 tentang registrasi dan praktek perawat sudah sangat jelas bahwa serendah-rendahnya pendidikan perawat adalah DIII Keperawatan. Begitu juga dalam Kepmenkes 148/2010 tentang ijin dan penyelenggaraan praktek keperawatan, menyebutkan secara eksplisit bahwa perawat yang berijazah SPK tidak bisa mendapatkan surat ijin praktek keperawatan. Hal ini merupakan permasalahan yang harus diselesaikan melalui program khusus peningkatan pendidikan perawat jenjang DIII program khusus (Pusdiknakes,2007).

Perawat vokasional sangat berbeda dengan perawat profesional. Dalam pekerjaannya, perawat profesional ini banyak menyalurkan ketrampilannya kepada klien/pasien. Mereka sering melakukan praktik langsung kepada klien/pasien, sedangkan teori yang didapat itu sedikit, tidak terlalu menjiwai teorinya. Mereka hanya mengerti bagaimana cara melakukannya, dan juga mereka melakukannya setelah mendapat perintah dari atasannya bukan karena inisiatif sendiri. Seorang perawat vokasional juga melaksanakan berbagai kegiatan terkait pemberian asuhan, pendidik, komunikator asuhan keperawatan dan bekerja di bawah supevisi ners generalis. Pemberian asuhan keperawatan baik perawat vokasional maupun profesional tetap menggunakan langkah-langkah proses keperawatan (PPNI, 2010).

Kemampuan tenaga perawat dalam melakukan tugas profesionalnya diakui masih belum meningkat dibanding negara-negara lainnya seperti Piliphina, Thailand apalagi negara maju seperti Amerika. Hal ini bila dilihat berdasarkan hasil penelitian tentang pelayanan keperawatan yang pernah dilakukan oleh direktorat keperawatan bekerja sama dengan WHO pada tahun 2000 melakukan penelitian tentang pelayanan keperawatan di Kaltim, Sumut, Sulut dan DKI Jakarta. Gambaran hasil penelitian didapatkan 70,9% perawat selama 3 tahun terakhir belum pernah mengikuti pelatihan, 39,8% perawat

masih mengerjakan kegiatan medik (non keperawatan), 47,4% perawat tidak mempunyai uraian tugas tertulis, belum dikembangkan monitoring dan evaluasi kinerja perawat. (Budiarto, 2004). Bila mengacu pada karakteristik profesi menurut Kelly dan Joel (1995) profesionalisme keperawatan di Indonesia masih belum sesuai yaitu kurangnya pengetahuan, perawat masih banyak mengerjakan profesi kedokteran (non keperawatan), pengendalian terhadap praktek masih belum diatur melalui pelaksanaan monitoring dan evaluasi kinerja perawat baik yang bekerja di puskesmas maupun di rumah sakit.

Peneliti lain yang meneliti profesi keperawatan di Indonesia dilakukan Hennessy, Hicks, Hilan, dan Kawonal (2006) mendapatkan data bahwa: 1) rasio jumlah perawat dengan jumlah penduduk belum sesuai dengan standar internasional tentang rasio perawat dan jumlah penduduk, di Indonesia jumlah perawat 50 perawat per 100.000 penduduk. Dibanding dengan Negara India sebagai Negara yang hamper mirip kondisinya di Indonesia masih lebih baik. Menurut laporan *Association of State and Territorial Directors of Nursing* (2008) bahwa rasio jumlah perawat di India adalah 1 perawat berbanding 1.250 penduduk ([http:// www. askastdn@astdn.org](http://www.askastdn@astdn.org), diperoleh 2 Maret 2010) 2) sebagian besar perawat (60%) masih berpendidikan SPK, 39% Diploma dan 1 % sarjana keperawatan, kelompok sarjana keperawatan begitu selesai pendidikan biasanya memilih bekerja di sektor pendidikan. Hal ini menyebabkan kurangnya tenaga ahli yang bekerja di sektor pelayanan baik di rumah sakit ataupun puskesmas 3) pengaturan legislasi dan registrasi perawat di Indonesia masih lemah karena belum seluruhnya dilakukan uji kompetensi perawat.

Pemerintah sudah melakukan upaya peningkatan profesionalisme perawat dengan mengeluarkan kebijakan melalui terbitnya Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No 836 Tahun 2005 tentang Peningkatan Manajemen Kinerja

Perawat dan Bidan dengan programnya antara lain: 1) menyusun deskripsi pekerjaan 2) menyusun dan melengkapi standar dan pedoman 3) penyusunan indikator kinerja 4) pelaksanaan diskusi kasus reflektif dan 5) pelaksanaan monitoring dan evaluasi. Dengan terbitnya surat keputusan ini diharapkan pelayanan yang diberikan oleh perawat dan bidan bisa lebih professional.

Organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) sebagai organisasi profesi telah menyusun standar profesi yang terdiri dari 1) standar kompetensi perawat 2) standar praktek keperawatan (standar asuhan dan standar kinerja profesional perawat) dan menyusun Kode Etik Perawat Indonesia. Penyusunan standar profesi dan kode etik ini menggunakan referensi dari berbagai Negara dan *International Council of Nursing* (PPNI, 2010).

### **2.3 Asuhan Keperawatan yang bermutu.**

Lingkungan praktik profesional berubah dengan cepat karena adanya perubahan paradigma tentang sehat, kecenderungan meningkatnya pola penyebaran penyakit, meningkatnya tuntutan masyarakat dan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi keperawatan yang sangat cepat menyebabkan perawat harus meningkatkan asuhan pelayanan sehingga bisa diterima oleh pasar (Wijono, 1999).

Asuhan keperawatan yang bermutu merupakan asuhan manusiawi yang diberikan kepada klien, memenuhi standar dan kriteria profesi keperawatan, sesuai dengan standar biaya dan kualitas yang diharapkan rumah sakit serta mampu mencapai tingkat kepuasan dan memenuhi harapan klien. Kualitas asuhan keperawatan sangat ditentukan oleh berbagai faktor antara lain: kondisi klien, pelayanan keperawatan termasuk tenaga keperawatan di dalamnya, sistem manajerial dan kemampuan rumah sakit dalam melengkapi sarana prasarana, serta harapan masyarakat terhadap pelayanan

kesehatan/keperawatan yang diberikan di rumah sakit tersebut (Nurachmah, 2001).

Ciri-ciri asuhan keperawatan yang bermutu adalah : 1) memenuhi standar profesi yang ditetapkan 2) sumber daya pelayanan asuhan keperawatan dimanfaatkan secara wajar, efektif dan efisien 3) aman bagi klien dan tenaga keperawatan 4) memuaskan bagi klien dan tenaga keperawatan 5) aspek sosial, ekonomi, budaya, agama, etika dan tata nilai masyarakat diperhatikan dan dihormati.

Pengukuran mutu pelayanan dapat dilakukan dengan melihat indikator-indikator mutu pelayanan rumahsakit yang diatur oleh kebijakan pemerintah. Analisis indikator akan mengantarkan kita bagaimana sebenarnya kualitas manajemen input, manajemen proses dan output dari proses pelayanan kesehatan secara mikro maupun makro. Indikator adalah variabel yang mengindikasikan atau menunjukkan satu kecenderungan situasi, yang dapat dipergunakan untuk mengukur perubahan. Umumnya diukur secara kuantitatif dengan menghitung jumlah *numerator* dan *denominator*. *Numerator* adalah suatu data pembilang dari suatu peristiwa (*events*) yang sudah diukur. *Denominator* data penyebut adalah jumlah target sasaran atau jumlah seluruh pasien yang menjadi sasaran pemberian asuhan/pelayanan (Rasmanto, 2007).

Kegiatan pelayanan keperawatan bisa diukur berdasarkan indikator kinerja klinis. Indikator klinis adalah ukuran kuantitas sebagai pedoman untuk mengukur dan mengevaluasi kualitas asuhan pasien dan berdampak terhadap pelayanan. Dengan pengukuran indikator kinerja klinis, diharapkan kesadaran akan tumbuh, mau, dan mampu mengidentifikasi kualitas kinerja masing-masing, untuk dimonitor, diperbaiki serta ditingkatkan secara terus menerus (Katz & Green, 1992). Penilaian indikator kinerja klinik keperawatan menurut Komisi Akreditasi Rumah Sakit Indonesia (2003) bisa dinilai dari: 1) survey dokumentasi asuhan keperawatan 2) survey kepuasan 3) survey

keterampilan klinik perawat 4) survey kejadian plebitis dan decubitus dan 5) penerapan standar keselamatan pasien (*patient safety*).

Sebagai acuan dalam penilaian kualitas pelayanan keperawatan maka digunakan standar praktik keperawatan yang merupakan pedoman bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Standar asuhan keperawatan telah ditetapkan berdasarkan SK Menkes No. 436/Menkes/SK/VI/1993 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit dan SK Dirjen Yanmed No. YM. 00.03.2.6.7637 tahun 1993 tentang Standar Asuhan Keperawatan. Standar praktik keperawatan telah dijabarkan oleh PPNI yang mengacu dalam tahapan proses keperawatan yang meliputi : 1) pengkajian 2) diagnosis keperawatan 3) perencanaan 4) implementasi 5) evaluasi (PPNI, 2010).

Berbeda dengan di Amerika, *The American Nurse Association (ANA)* sejak tahun 2002 telah mengeluarkan pedoman pendokumentasian asuhan keperawatan yang tertuang dalam *ANA Code of Ethics for Nurses With Interpretive Statements (ANA, 2001b)* and *Standards of Clinical Nursing Practice, 2nd Edition (ANA, 2010)*. Formulasi standar yang dikeluarkan ANA sudah disetujui oleh Badan Legislasi Negara Federal sudah diterapkan oleh *The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)* dan dipakai sebagai acuan dalam audit keperawatan oleh *The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)* and *The National Committee for Quality Assurance (NCQA)*. Dalam standar pendokumentasian asuhan keperawatan yang diterapkan di Amerika sudah mengacu pada *Standar North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)* dan *Nursing Interventions Classification (NIC)- Nursing Outcomes Classification (NOC)*.(LeFevre & Rosalinda, 2006; Potter & Perry, 2009).

Standar praktik keperawatan merupakan salah satu perangkat yang diperlukan oleh setiap tenaga profesional. Standar praktek keperawatan adalah ekpektasi/harapan-harapan minimal dalam memberikan asuhan keperawatan

yang aman, efektif dan etis. Standar praktek keperawatan nasional merupakan pedoman bagi perawat Indonesia, baik generalis maupun spesialis di seluruh tatanan pelayanan kesehatan dalam melakukan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan (PPNI, 2010). Standar praktik keperawatan di Indonesia, sebagaimana telah dijabarkan oleh PPNI mengacu pada tahapan dalam proses keperawatan yakni terdiri dari lima standar antara lain sebagai berikut:

### 2.3.1 Standar I tentang pengkajian keperawatan

Perawat mengumpulkan data tentang status kesehatan klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan. Standar pengkajian keperawatan terdiri dari standar struktur, standar proses dan standar hasil.

Kriteria struktur: 1) metode pengumpulan data yang digunakan menjamin pengumpulan data sistematis dan lengkap, data diperbaharui sesuai perubahan kondisi klien, kemudahan memperoleh data, terjaganya kerahasiaan 2) tatanan praktek mempunyai sistem pengumpulan data keperawatan yang merupakan bagian integral dari sistem pencatatan pengumpulan data klien 3) sistem pencatatan berdasarkan proses keperawatan singkat, menyeluruh, akurat dan berkesinambungan 4) praktek mempunyai sistem pengumpulan data keperawatan yang menjadi bagian dari sistem pencatatan kesehatan klien 5) ditatanan praktek tersedia sistem penyimpanan data yang dapat memungkinkan diperoleh kembali bila diperlukan 6) tersedianya sarana dan lingkungan yang mendukung

Kriteria proses: 1) pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan mempelajari data penunjang (hasil lab, catatan klien lainnya) 2) sumber data adalah klien, keluarga atau orang terdekat, tim kesehatan, rekam medik serta catatan

lain. 3) klien berpartisipasi dalam proses pengumpulan data 4) data yang dikumpulkan, berfokus untuk mengidentifikasi: status kesehatan klien saat ini, status kesehatan klien masa lalu, status biologis, fisiologis, psikologis, sosial, kultural dan spiritual, respon terhadap terapi, harapan terhadap tingkat kesehatan yang optimal, resiko masalah potensial

Kriteria hasil: 1) data dicatat dan dianalisis sesuai standard dan format yang ada 2) data yang dihasilkan akurat, terkini dan relevan sesuai kebutuhan klien.

### 2.3.2 Standar II tentang diagnosis keperawatan

Perawat menganalisis data pengkajian untuk merumuskan diagnosis keperawatan. Untuk standar diagnosis keperawatan terdiri dari kriteria struktur, proses dan hasil.

Kriteria struktur: 1) tatanan praktek member kesempatan kepada teman sejawat, klien untuk melakukan validasi diagnosis keperawatan 2) adanya mekanisme pertukaran informasi tentang hasil penelitian dalam menetapkan diagnosis keperawatan yang tepat 3) untuk akses sumber-sumber dan program pengembangan profesional yang terkait 4) adanya pencatatan yang sistematis tentang diagnosis klien.

Kriteria proses: 1) proses diagnosis keperawatan terdiri dari analisis dan interpretasi data, identifikasi masalah klien, dan perumusan diagnosis keperawatan 2) komponen diagnosis keperawatan terdiri dari: masalah (*p*), penyebab (*e*), gejala/tanda (*s*) atau terdiri dari masalah dengan penyebab (*p*) 3) bekerja sama dengan klien, dekat dengan klien, petugas kesehatan lain untuk memvalidasi diagnosis keperawatan 4) melakukan kaji ulang dan revisi diagnosis berdasarkan data terbaru.

Kriteria hasil: 1) diagnosis keperawatan divalidasi oleh klien bila memungkinkan 2) diagnosis keperawatan yang dibuat diterima oleh teman sejawat sebagai diagnosis yang relevan dan signifikan 3) diagnosis keperawatan didokumentasikan untuk memudahkan perencanaan, implementasi, evaluasi dan penelitian.

### 2.3.3 Standar III tentang perencanaan

Perawat membuat rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan klien. Standar perencanaan terdiri dari kriteria struktur, kriteria proses dan kriteria hasil.

Kriteria struktur : 1) tatanan praktek menyediakan sarana yang dibutuhkan untuk mengembangkan perencanaan 2) adanya mekanisme pencatatan sehingga dapat dikomunikasikan

Kriteria proses: 1) perencanaan terdiri dari penetapan prioritas masalah, tujuan dan rencana tindakan keperawatan 2) bekerja sama dengan klien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan 3) perencanaan bersifat individual sesuai dengan kondisi dan kebutuhan klien 4) mendokumentasikan rencana keperawatan.

Kriteria hasil: 1) tersusunnya suatu rencana asuhan keperawatan klien 2) perencanaan mencerminkan penyelesaian terhadap diagnosis keperawatan 3) perencanaan tertulis dalam format yang singkat dan mudah didapat 4) perencanaan menunjukkan bukti adanya revisi pencapaian tujuan

### 2.3.4 Standar IV tentang implementasi

Perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. Standar implementasi terdiri dari kriteria struktur, proses dan hasil.

Kriteria struktur: 1) tatanan praktek menyediakan sumber daya untuk pelaksanaan kegiatan 2) pola ketenagaan yang sesuai dengan kebutuhan 3) ada mekanisme untuk mengkaji dan merevisi pola ketenagaan secara periodik 4) pembinaan dan peningkatan keterampilan klinis keperawatan 5) sistem konsultasi keperawatan.

Kriteria proses: 1) bekerjasama dengan klien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan 2) kolaborasi dengan profesi kesehatan lain untuk meningkatkan kesehatan 3) melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah kesehatan klien 4) melakukan supervisi terhadap tenaga pelaksana keperawatan dibawah tanggungjawabnya 5) menjadi koordinator pelayanan dan advokasi terhadap klien untuk mencapai tujuan kesehatan 6) menginformasikan kepada klien tentang status kesehatan dan fasilitasi-fasilitasi pelayanan kesehatan yang ada 7) memberikan pendidikan pada klien dan keluarga mengenai konsep dan keterampilan asuhan diri serta membantu klien memodifikasi lingkungan yang digunakan. mengkaji ulang dan merevisi pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan respon klien.

Kriteria hasil terdiri dari : 1) terdokumentasi tindakan keperawatan dan respon klien secara sistematis dan dengan mudah diperoleh kembali 2) tindakan keperawatan dapat diterima klien 3) ada bukti-bukti yang terukur tentang pencapaian tujuan.

#### 2.3.5 Standar V tentang evaluasi

Perawat mengevaluasi perkembangan kesehatan klien terhadap tindakan dalam pencapaian tujuan, sesuai rencana yang telah ditetapkan dan merevisi data dasar dan perencanaan. Standar evaluasi terdiri dari kriteria struktur, kriteria proses dan kriteria hasil.

Kriteria struktur: 1) tatanan praktek menyediakan sarana dan lingkungan yang mendukung terlaksananya proses evaluasi 2) adanya

akses informasi yang dapat digunakan perawat dalam penyempurnaan perencanaan 3) adanya supervisi dan konsultasi untuk membantu perawat melakukan evaluasi secara efektif dan mengembangkan alternatif perencanaan yang tepat.

Kriteria proses: 1) menyusun perencanaan evaluasi hasil tindakan secara komprehensif, tepat waktu dan terus menerus 2) menggunakan data dasar dan respon klien dalam mengukur perkembangan ke arah pencapaian tujuan 3) memvalidasi dan menganalisis data baru dengan teman sejawat dan klien 4) bekerjasama dengan klien dan keluarga untuk memodifikasi rencana asuhan keperawatan 5) mendokumentasi hasil evaluasi dan memodifikasi perencanaan 6) melakukan supervisi dan konsultasi klinik.

Kriteria hasil: 1) diperolehnya hasil revisi data, diagnosis, rencana tindakan berdasarkan evaluasi 2) klien berpartisipasi dalam proses evaluasi dan revisi rencana tindakan 3) hasil evaluasi digunakan untuk mengambil keputusan 4) evaluasi tindakan pendokumentasian sedemikian rupa yang menunjukkan kontribusi terhadap efektifitas tindakan keperawatan dan penelitian.

Masalah yang sering muncul dan dihadapi di Indonesia dalam pelaksanaan asuhan keperawatan adalah banyak perawat yang belum melakukan pelayanan keperawatan sesuai standar asuhan keperawatan. Hal ini disebabkan karena kurangnya pengetahuan dan kemampuan yang dimiliki perawat. Untuk dapat melaksanakan asuhan keperawatan dengan baik seorang perawat perlu memiliki kemampuan untuk 1) berhubungan dengan klien dan keluarga, serta berkomunikasi dengan anggota tim kesehatan lain 2) mengkaji kondisi kesehatan klien baik melalui wawancara, pemeriksaan fisik maupun menginterpretasikan hasil pemeriksaan penunjang 3) menetapkan diagnosis keperawatan dan

memberikan tindakan yang dibutuhkan klien 4) mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah diberikan serta menyesuaikan kembali perencanaan yang telah dibuat (Nurachmah, 2010).

#### **2.4 Pendokumentasian Asuhan Keperawatan**

Salah satu indikator kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan bisa dilihat dari pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan. 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 (Merrelli, 2000).

Dokumentasi keperawatan merupakan bukti akontabilitas tentang apa yang telah dilakukan oleh seorang perawat kepada pasiennya. Dengan adanya pendokumentasian yang benar maka bukti secara profesional dan legal dapat dipertanggung jawabkan (Iyer, 2001). Karena dokumentasi keperawatan adalah suatu catatan yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dari segala macam tuntutan, yang berisi data lengkap, nyata dan tercatat bukan hanya tentang tingkat kesakitan dari pasien, tetapi juga jenis/ tipe, kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan pasien. (Fisbach, 1991)

Tujuan pendokumentasian asuhan keperawatan menurut Potter dan Perry (2009) adalah: 1) sebagai alat komunikasi antar anggota tim perawat dan tim kesehatan lain 2) bisa berdampak terhadap pemberian jasa pelayanan 3) media belajar bagi mahasiswa dan untuk bahan penelitian dan pengembangan ilmu keperawatan 4) sumber data dalam menyusun rencana asuhan keperawatan 5) untuk sumber data dalam audit keperawatan 6) merupakan dokumen yang bisa dijadikan aspek legal dan alat bukti autentik bagi perawat

ketika menghadapi masalah hukum 7) dokumentasi asuhan keperawatan merupakan sistem informasi statistik

Hal yang pokok dalam prinsip-prinsip dokumentasi adalah keakuratan data, ringkas dan legibility. Menurut Carpenito (1990) aspek-aspek yang harus diperhatikan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan adalah:

- 1) dokumentasi harus dilakukan segera setelah pengkajian pertama dilakukan, demikian juga pada setiap langkah kegiatan keperawatan
- 2) bila memungkinkan, catat setiap respon pasien/ keluarganya tentang informasi/ data yang penting tentang keadaannya
- 3) pastikan kebenaran setiap data data yang akan dicatat
- 4) data pasien harus objektif dan bukan merupakan penafsiran perawat, dalam hal ini perawat mencatat apa yang dilihat dari respon pasien pada saat merawat pasien mulai dari pengkajian sampai evaluasi
- 5) dokumentasikan dengan baik apabila terjadi hal-hal sebagai berikut seperti adanya perubahan kondisi atau munculnya masalah baru, respon pasien terhadap bimbingan perawat
- 6) harus dihindari dokumentasi yang baku sebab sifat individu/ pasien adalah unik dan setiap pasien mempunyai masalah yang berbeda
- 7) hindari penggunaan istilah penulisan yang tidak jelas dari setiap catatan yang dicatat, harus disepakati atas kebijaksanaan institut setempat
- 8) data harus ditulis secara syah dengan menggunakan tinta dan jangan menggunakan pensil agar tidak mudah dihapus
- 9) untuk merubah atau menutupi kesalahan apabila terjadi salah tulis, coret dan diganti dengan yang benar kemudian ditanda tangani
- 10) untuk setiap kegiatan dokumentasi, cantumkan waktu tanda tangan dan nama jelas penulis
- 11) wajib membaca setiap tulisan dari anggota lain kesehatan yang lain sebelum menulis data terakhir
- 12) dokumentasi harus dibuat dengan tepat, jelas dan lengkap.

Pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan tugas melekat yang harus dilaksanakan oleh tenaga perawat. Akan tetapi banyak perawat masih belum melaksanakan pendokumentasian asuhan dengan lengkap dan akurat. Alasan-alasan mengapa perawat tidak melaksanakan pendokumentasian secara

lengkap dan tidak akurat menurut Griffith dan Hutchings (1999, dalam Gapko 2001) disebabkan karena masalah: 1) jumlah pasien banyak sementara tenaga perawat kurang 2) perawat bekerja lembur 3) kurangnya pengetahuan perawat dalam mendokumentasikan asuhan 4) profesi lain kurang menghargai dokumentasi asuhan yang sudah dibuat oleh perawat 5) kurangnya penghargaan.

Penelitian tentang upaya untuk meningkatkan pendokumentasian asuhan pernah dilakukan oleh Setyowaty dan Rita (1998) yang menemukan fakta bahwa sebagian besar perawat masih belum mengisi dokumentasi asuhan keperawatan dengan lengkap dan akurat. Hal ini disebabkan karena tingkat pendidikan di rumah sakit tersebut lebih dari 80% masih kualifikasi DIII. Disamping itu banyaknya format-format dokumentasi yang harus diisi oleh perawat dan sebagian besar masih berupa isian terbuka belum menggunakan ceklist dan dengan cara manual. Hal ini didukung oleh penelitian Cowden (2004) yang menemukan fakta bahwa pendokumentasian dengan cara manual menyebabkan terjadinya duplikasi data, waktu perawat banyak terbuang, membuat perawat frustrasi dan sering terjadi ketidak akuratan data. Untuk menindak lanjuti penelitian tersebut maka Setyowaty dan Rita (1998) melakukan *pre experimen design pre and post treatment* dengan menggabungkan format pengkajian, rencana tindakan, dan catatan perkembangan dalam satu format ternyata dari hasil uji tersebut dapat meningkatkan pengetahuan perawat dan meningkatkan kelengkapan pengisian dokumentasi asuhan serta keakuratan dokumentasi asuhan keperawatan.

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan. Menurut Gibson dan Ivancevich (2001) terdapat tiga faktor yang mempengaruhi kinerja yaitu faktor individu, faktor organisasi dan faktor psikologi. Ketiga faktor tersebut dapat memberikan pengaruh terhadap kinerja personil. Faktor individu meliputi kemampuan dan keterampilan, mental dan fisik, latar belakang yaitu keluarga, tingkat sosial,

budaya, pengetahuan, demografis: umur, etnis, jenis kelamin. Faktor psikologis terdiri dari persepsi, sikap kepribadian, belajar dan motivasi. Faktor organisasi terdiri dari sumber daya, kepemimpinan imbalan, struktur dan desain pekerjaan, supervisi dan kontrol. Ketiga faktor tersebut bisa dilihat pada diagram 2.1.

Diagram 2.1. Teori perilaku dan kinerja (Gibson,Ivancevich,et all, 1994)



Hasil penelitian terhadap faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan sudah pernah dibuktikan oleh peneliti baik di dalam maupun di luar negeri. Dari beberapa hasil penelitian kuantitatif yang dilakukan oleh beberapa peneliti seperti Mobiliu (2005), Safrudin (2003), Setiamasa, (2007), Tanasale (2003), dan dan lain-lainnya, diketahui beberapa faktor yang berhubungan secara bermakna dengan kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan yaitu faktor pelatihan, tingkat pendidikan, beban kerja, pemberian insentif, *reward and punishment*, masa kerja dan supervisi kepala ruangan.

## 2.5 Aspek Legal Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Kejadian kelalaian perawat karena tidak melakukan pendokumentasian dengan lengkap jarang sekali terungkap dan diangkat di pengadilan di Indonesia. Beberapa kasus diselesaikan melalui mufakat dan secara

kekeluargaan. Berbeda di negara maju seperti di Amerika. Seperti diceritakan oleh Lauren Ball dalam Mc. Cann (2004: 232).

Seorang perawat di Good Samaritan Hospital di Sebelah Barat Islip Newyork pada tahun 1987. Ny. Ball tidak melakukan pendokumentasian ketika seorang bernama Gerolamo Kucich melihat seorang berjenggot tebal dari saku jas putihnya memasukan obat ke cairan infus ketika dia dirawat. Orang berjenggot yang bernama Richard Anggelo menyerang Kucich dan juga melakukan empat percobaan pembunuhan dengan cara yang sama yaitu dengan memasukan sejenis obat pancuronium yang menyebabkan kelumpuhan otot pernafasan. Ny. Ball berusaha menyelamatkan Kucich tetapi lupa mencatat hasil observasi yang dilakukan ketika bertugas. Ny. Ball menjadi saksi mata penting dalam sidang kasus percobaan pembunuhan tersebut, dalam sidang ditanyakan apa saja yang dilakukan pada pasien tersebut tetapi karena pencatatan tidak lengkap, Ny. Ball juga dipersalahkan. Atas kelalaiannya pada tahun 1991, Ny. Ball dicabut surat ijin (lisensi)nya karena tidak melakukan pendokumentasian dengan lengkap dan didenda 10.000 dolar US.

Dari kasus tersebut hikmah yang bisa diambil adalah betapa pentingnya pendokumentasian asuhan yang bisa dijadikan alat bukti sekaligus menjadi titik kelemahan perawat sehingga karena Ny. Ball tidak mendokumentasikan dengan lengkap maka dia didenda sekaligus surat ijin profesinya dicabut. Sejak kejadian tersebut maka pendokumentasian asuhan harus dilakukan dengan lengkap, akurat dan bisa dipertanggungjawabkan. Saat ini dokumentasi asuhan menjadi semakin kompleks, semakin ilmiah dan semakin bermutu (Mc Cann, 2004).

Rekam medik pasien berisi: 1) catatan tentang keluhan utama dan riwayat penyakit 2) instruksi dokter dalam pengobatan dan rencana tindakan 3) pencatatan hasil pengkajian perawat dan diagnosis keperawatan 4) riwayat pengobatan pasien sebelumnya 5) catatan perawat dan catatan perkembangan pasien 6) hasil-hasil pemeriksaan labolatorium dan radiologi 7) laporan tentang pelaksanaan tindakan (operasi) atau proses pemberian pengobatan 8) flowsheet, checklist dan graphic sheet 9) pencatatan pasien discharge

planning 10) sistem rujukan 11) mencatat nama dokter, perawat dan orang-orang yang terlibat dalam pelayanan asuhan 12) instruksi untuk perawatan di rumah (Iyer, 2001; Mc Cann, 2004)

Pendokumentasian harus dilakukan dengan lengkap dan akurat. Mc.Cann (2004) menyatakan ada beberapa cara yang direkomendasikan agar pendokumentasian benar, lengkap dan akurat yaitu: 1) mencatat dalam form yang sudah disediakan dengan menggunakan tinta (supaya tidak mudah dihapus) 2) selalu mencantumkan nama pasien pada setiap lembar dokumen pencatatan perawat 3) catatlah waktu, tanggal dan jam dengan tepat setiap tindakan atau kejadian yang dicatat 4) dokumentasikan semua pemberian asuhan pada waktu yang tepat 5) termasuk informasi penting yang diungkapkan pasien harus dicatat 6) catatan harus spesifik jangan bersifat umum dan tidak jelas artinya 7) gunakan singkatan-singkatan yang bisa dimengerti oleh semua orang, jangan melakukan singkatan yang tidak umum 8) gunakan istilah-istilah medis bila anda faham benar tentang istilah tersebut 9) mencatat gejala-gejala dan keluhan sesuai apa yang dikeluhkan pasien 10) dokumen harus objektif.

Supaya pendokumentasian asuhan dapat dipertanggungjawabkan, menurut Iyer (2001) hal-hal yang harus didokumentasikan oleh perawat adalah: 1) semua tindakan perawat harus dicatat dengan benar, apa yang dilakukan, jam berapa dilakukan, kalau pemberian obat harus jelas obat apa jenisnya, berapa dosis yang diberikan, dengan cara apa obat itu diberikan, dan jangan lupa nama perawat yang memberikan 2) catat respon klien ketika diberikan obat atau tindakan 3) catat upaya perawat untuk mencegah terjadinya cedera seperti: pemasangan 'side rail', sabuk pengaman atau alasan pemasangan 'restrain' pada saat itu 4) apabila terjadi 'insiden' buatlah catatan di dua tempat, satu di catatan perkembangan, satunya di catatan laporan 'insiden' terpisah dari catatan pasien kecuali memang diperlukan untuk kepentingan tertentu atau atas izin rumah sakit 5) catat seluruh kejadian selama melakukan

observasi, khususnya untuk klien yang mendapatkan pengawasan ketat. apabila ada catatan yang tertinggal akan merupakan ‘celah/gap’ dan bisa dianggap kelalaian 6) jangan menunda-nunda pendokumentasian, lakukan pencatatan sesegera mungkin setelah melakukan tindakan 7) jangan meninggalkan celah kosong dalam kalimat di catatan anda, karena celah yang kosong bisa diisi oleh orang lain yang tidak bertanggungjawab 8) bubuhkan tanggal, jam, paraf tanda tangan dan nama jelas dalam pendokumentasian yang sudah dibuat 9) jangan menghapus catatan anda dengan ‘tip-x’ tetapi dicoret dan diberikan paraf pada kata-kata yang anda koreksi dan bubuhkan paraf pada coretan tersebut 10) koreksi kesalahan sesuai merujuk pada *SOP* yang ada 11) catat seluruh kegiatan yang anda lakukan, jangan mencatat pekerjaan orang lain.

## 2.6 Persepsi

Persepsi pada hakikatnya merupakan proses kognitif yang dialami oleh setiap orang di dalam memahami informasi tentang lingkungannya, baik lewat penglihatan, pendengaran, perasaan, maupun penciuman. Kunci untuk memahami persepsi terletak pada pengenalan bahwa persepsi itu merupakan suatu penafsiran yang unik terhadap situasi dan bukannya suatu pencatatan yang benar terhadap situasi (Thoha, 2008).

Menurut Gibson (2001), persepsi sebagai proses seseorang untuk memahami lingkungan yang meliputi orang, objek, symbol, dan sebagainya yang melibatkan proses kognitif. Proses kognitif merupakan proses pemberian arti yang melibatkan tafsiran pribadi terhadap rangsangan yang muncul dari objek tertentu. Oleh karena tiap-tiap individu memberikan makna yang melibatkan tafsiran pribadinya pada objek tertentu, maka masing-masing individu akan memiliki persepsi yang berbeda meskipun melihat objek yang sama.

Menurut Robbins (2008) ada tiga faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang, yaitu sebagai berikut yaitu: 1) perceiver atau ciri orang yang

bersangkutan 2) target atau sasaran yang dilihat oleh orang tersebut 3) kontekstual situasi. *Perciver* atau ciri orang yang bersangkutan yang berhubungan dengan karakter individu. Jika seseorang melihat sesuatu dan berusaha memberikan interpretasi tentang apa yang dilihatnya, ia dipengaruhi oleh karakteristik individu yang turut berpengaruh, seperti sikap, motif, kepentingan, minat, pengalaman, dan harapannya. Target adalah persepsi seseorang yang tergantung pada sasaran yang dilihat oleh orang tersebut. Target dapat berupa orang, benda, atau peristiwa. Sedangkan Situasi harus dilihat secara kontekstual yang berarti dalam situasi mana persepsi itu timbul perlu pula memperoleh perhatian. Situasi merupakan faktor yang turut berperan serta dalam pertumbuhan persepsi seseorang.

Dari definisi diatas bisa disimpulkan bahwa persepsi adalah suatu penafsiran terhadap situasi atau obyek tertentu yang dipengaruhi oleh proses kognitif yang dipengaruhi oleh diri individu dan lingkungan. Setiap orang bisa mempersepsikan sesuatu berbeda dengan orang lain tergantung faktor-faktor yang mempengaruhinya.

Persepsi perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan akan berbeda-beda pada setiap orang. Faktor karakteristik individu yang meliputi umur, jenis kelamin, tingkat pengetahuan, faktor situasi, desain pekerjaan akan mempengaruhi persepsi perawat dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan. Menurut penelitian Karmawati (1998) penelitian tentang persepsi perawat terhadap dokumentasi asuhan keperawatan dipengaruhi oleh faktor beban kerja perawat, ketersediaan sarana dan prasarana yang menunjang pendokumentasian asuhan keperawatan, metode asuhan dan peran manajer keperawatan.

Pemahaman mengenai persepsi penting untuk diketahui karena persepsi merupakan salah satu variabel penting yang mempengaruhi perilaku individu. Jika dikaitkan dengan pendokumentasian asuhan, maka pemahaman tentang persepsi perawat dalam pendokumentasian asuhan penting untuk diketahui.

Karena melalui pemahaman persepsi individu dapat diramalkan bagaimana perilaku individu tersebut yang tidak bisa lepas dari pengaruh individu sendiri dan lingkungannya. Dengan mengetahui persepsi perawat bisa dideteksi lebih awal untuk meningkatkan persepsi perawat terhadap pendokumentasian asuhan sehingga bisa dilakukan perbaikan dimasa yang akan datang.

## **2.7 Pendekatan Fenomenologi dalam Studi Kualitatif**

Para peneliti telah lama memperdebatkan nilai relatif kualitatif dan penelitian kuantitatif. Penyelidikan (*inquiry*) dalam penelitian fenomenologis atau penelitian kualitatif, menggunakan pendekatan naturalistik yang berusaha untuk memahami konteks fenomena dalam pengaturan khusus. Logika positifisme dalam penelitian kuantitatif, menggunakan metode eksperimental dan ukuran kuantitatif untuk menguji hipotesis sehingga bisa digeneralisasi. Masing-masing metode penelitian baik kualitatif ataupun kuantitatif menggunakan pendekatan yang berbeda-beda secara mendasar hal itu disesuaikan dengan asumsi yang mendasari setiap paradigm (Patton, 1990).

Pendekatan kualitatif adalah suatu proses penelitian dan pemahaman yang berdasarkan pada metodologi yang menyelidiki suatu fenomena sosial dan masalah manusia. Pada pendekatan ini, peneliti membuat suatu gambaran kompleks, meneliti kata-kata, laporan terinci dari pandangan responden, dan melakukan studi pada situasi yang alami (Creswell, 1998). Bogdan & Taylor dalam Moleong (2007) mengemukakan bahwa metodologi kualitatif merupakan prosedur penelitian yang menghasilkan data deskriptif berupa kata-kata tertulis maupun lisan dari orang-orang dan perilaku yang diamati.

Menurut Creswell (1998) terdapat dua alasan pemilihan metoda kualitatif. Yang pertama karena sifat masalah itu sendiri yang mengharuskan menggunakan penelitian kualitatif. Misalnya penelitian yang bertujuan untuk

menemukan sifat atau pengalaman seseorang dengan suatu fenomena seperti pengalaman merasakan nyeri akibat kanker, gejala ketagihan obat narkotika. Alasan ke dua karena penelitian yang dilakukan bertujuan untuk memahami apa yang tersembunyi di balik fenomena yang kadang kala merupakan sesuatu yang sulit untuk diketahui atau difahami.

Menurut Basrowi dan Suwandi (2008) terdapat tujuh buah ciri penelitian kualitatif: 1) penelitian kualitatif menolak sepenuhnya penggunaan kerangka teoretik sebagai persiapan penelitian, karena akan menghasilkan penelitian yang artifisial, jauh dari sifat naturalnya 2) penelitian kualitatif tidak terikat hipotesis 3) dalam penelitian kualitatif berusaha melihat suatu objek dalam konteksnya, tidak ada pengukuran ubahan-ubahan dalam variabel apalagi mengkuantifikasikan 4) peneliti bertindak sebagai instrument, hubungan peneliti dan responden harus melebur sehingga seolah-olah tidak ada lagi ada dinding pemisah diantara keduanya 5) tehnik analisis data penelitian kualitatif tidak bisa hanya dilakukan secara analisis linier, tetapi juga menggunakan tehnik analisis interaktif dimana masing-masing komponen pengumpulan data, reduksi data, display data dan kesimpulan hasil yang dilakukan secara simultan atau secara siklus 6) proses dan hasil penelitian kualitatif lebih mementingkan proses daripada hasil, karena hubungan bagian-bagian yang sedang diteliti akan jauh lebih jelas apabila diamati dalam proses (Bogdan dan Biken, 1982 dalam Moleong, 2007) 7) dalam penelitian kualitatif tidak mengenal istilah random sampling, ukuran sampel, luas sampel dan metode sampling. Dalam penelitian kualitatif lebih dikenal dengan istilah partisipan untuk responden dan penggunaan *snowballing sampling* atau *purposeful sampling*.

Penelitian kualitatif terdiri dari empat desain, yaitu: *case study*, *fenomenology*, *etnografi*, dan *grounded theory* (Creswell, 1998). Penelitian kualitatif fenomenologi digunakan untuk mengembangkan makna pengalaman hidup dari suatu fenomena dalam mencari kesatuan makna dengan mengidentifikasi inti fenomena dan menggambarkan secara akurat

dalam pengalaman hidup sehari-hari (Beeby, Parker dan Rose, dalam Streubert dan Carpenter, 2003).

Jenis penelitian fenomenologi menurut beberapa literatur berbeda-beda, karena pembahasan fenomenologi pada perkembangannya sangat beragam dan kompleks. Menurut *Encyclopedia of Phenomenology* (Kluwer Academic Publishers, 1997, Dordrecht & Boston dalam Smith, 2008) terdapat tujuh tipe fenomenologi klasik yaitu: 1) *transcendental constitutive phenomenology*, yaitu fenomenologi yang mempelajari bagaimana objek dalam kesadaran transcendental atau kesadaran murni 2) *naturalistic constitutive phenomenology*, adalah fenomenologi yang mempelajari bagaimana kesadaran secara alamiah 3) *existential phenomenology studies*, adalah fenomenologi mengenai eksistensi manusia, termasuk pengalaman, tindakan dan pilihan bebas manusia dalam situasi yang konkrit 4) *generative historicist phenomenology studies*, adalah fenomenologi yang mempelajari bagaimana makna yang ditemukan dalam pengalaman digeneralisasikan dalam proses historis atau kumpulan pengalaman 5) *genetic phenomenology studies*, adalah fenomenologi yang mempelajari asal usul makna dalam pengalaman seseorang 6) *hermeneutical phenomenology interpretive studies*, adalah fenomenologi yang mempelajari struktur *interpretative* pengalaman seseorang, seperti bagaimana memahami dan menyatukan hal-hal disekeliling kita termasuk diri kita sendiri dan orang lain 7) *realistic phenomenology studies*, adalah fenomenologi yang mempelajari struktur kesadaran dan kesengajaan.

Jenis penelitian fenomenologi yang sering dipakai dalam penelitian keperawatan adalah fenomenologi deskriptif dan fenomenologi interpretif (Benner & Ketefian, 2008). Perbedaan antara kedua tipe tersebut sebagai berikut :

Tabel 2.2.

Perbedaan fenomenologi deskriptif dan fenomenologi interpretif

Fenomenologi deskriptif	Fenomenologi interpretif
Husserlian epistemologi (pertanyaan pengetahuan)	Heideggerian Ontologi (pertanyaan tentang pengalaman dan pemahaman)
Fokus pada mendeskripsikan dan menjelaskan	Fokus pada memahami pengalaman
Data yang diucapkan adalah data itu sendiri	Interpretasi partisipan dalam membuat data.
Teknik dan prosedur untuk membantu menegaskan (mengadopsi analisis struktur)	Kriterianya sendiri dapat dipercaya

Pendekatan fenomenologi deskriptif dipilih untuk mengetahui persepsi perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. Alasan menggunakan desain fenomenologi deskriptif ini karena fokus dalam penelitian ini adalah persepsi dan pengalaman perawat dalam pendokumentasian asuhan dan sifatnya hanya menggambarkan fenomena yang muncul terkait dengan pendokumentasian asuhan.

Pendekatan fenomenologi deskriptif dipelopori oleh Husserl (1965) dalam Creswell (1998). Filosofi dalam fenomenologi deskriptif menekankan pada gambaran tentang pengalaman hidup seseorang sepanjang siklus hidupnya yang didapat dengan cara dilihat, didengar, dirasakan, dipercaya, diingat, diputuskan dan dinilai. Sementara menurut Polit dan Hungler (1999) dalam penelitian fenomenologi seorang peneliti akan bertanya: apakah intisari (*essence*) dari fenomena pengalaman yang dialami partisipan dan apa makna pengalaman tersebut bagi partisipan. Seorang fenomenologis akan mengambil intisari dari pengalaman yang paling utama tanpa kecuali. Subjek akan diinvestigasi keyakinannya, kepercayaannya, dan hal-hal yang mendasar dalam pengalaman hidupnya. Seorang fenomenologis mempercayai bahwa pengalaman hidup akan mempunyai makna sesuai persepsi setiap orang.

Fenomenologi digunakan bila fenomena yang ada masih sulit didefinisikan dan masih berupa konsep.

Penelitian fenomenologi mencoba menjelaskan atau mengungkap makna konsep atau fenomena pengalaman yang didasari oleh kesadaran yang terjadi pada beberapa individu. Penelitian ini dilakukan dalam situasi yang alami, sehingga tidak ada batasan dalam memaknai atau memahami fenomena yang dikaji. Menurut Creswell (1998), pendekatan fenomenologi menunda semua penilaian tentang sikap yang alami sampai ditemukan dasar tertentu.

Penundaan ini biasa disebut *epoche* (*epoche*: bahasa Yunani yang artinya “menjauh dari” atau “tidak memberikan suara”). Menurut Kuswarno (2009) konsep *epoche* adalah membedakan wilayah data (subjek) dengan interpretasi peneliti. Dengan *epoche* akan mengenyampingkan penilaian, bias dan pertimbangan awal yang kita miliki terhadap suatu objek. Konsep *epoche* menjadi pusat dimana peneliti menyusun dan mengelompokkan dugaan awal tentang fenomena untuk mengerti tentang apa yang dikatakan oleh responden. *Epoche* ini dipakai pada tahapan *bracketing*.

Tujuan dari penelitian fenomenologi adalah untuk menganalisis struktur atau esensi dari pengalaman hidup dari suatu fenomena yang diteliti untuk mencari kesatuan arti atau makna yang merupakan identifikasi dari esensi fenomena dan gambaran akuratnya dalam pengalaman hidup sehari-hari partisipan penelitian (Streubert dan Carpenter, 2003).

Tahapan-tahapan dalam pendekatan fenomenologi menurut Husserl (1931,1965) dalam Polit dan Hungler (1999) adalah: 1) *bracketing* 2) *intuiting* 3) *analyzing* dan 4) *describing*. Sedangkan Spiegelberg (1978) mengidentifikasi tiga langkah dalam pendekatan fenomenologi deskriptif yaitu: 1) *intuiting* 2) *analyzing* dan 3) *describing*.

*Bracketing* merupakan tahapan awal dalam pendekatan fenomenologi deskriptif. Menurut pemikiran Husserl (1938, dalam Creswell 1998) sebelum memahami fenomena yang terjadi perlu terlebih dahulu memahami proyek dasar fenomenologinya. Tujuan dasar fenomenologi adalah merumuskan suatu metode untuk mendekati fenomena apa adanya, semurni mungkin. Proses *bracketing* berlangsung secara terus menerus sepanjang proses penelitian. Oleh karena itu, semua asumsi yang dimiliki oleh peneliti atau filsuf haruslah ditunda, atau dalam bahasa Husserl, ditaruh di dalam kurung (*bracketing*), sehingga obyek bisa ditampilkan apa adanya.

Pada fase awal penelitian, peneliti harus mengidentifikasi dan menyimpan sementara asumsi, keyakinan dan pengetahuan yang telah dimiliki tentang fenomena yang diteliti agar mampu berkonsentrasi pada setiap aspek fenomena, merenungkan esensi dari fenomena dan menganalisis serta mendeskripsikan fenomena. *Bracketing* harus dilakukan sampai peneliti mengumpulkan dan menganalisis data. Saat mengumpul data peneliti harus bersikap netral dan terbuka terhadap fenomena. Demikian juga pada saat menganalisis data, peneliti harus mempertahankan kejujuran dalam menganalisis dan mendeskripsikan fenomena.

*Intuiting* adalah alat untuk mencapai esensi dengan memisahkan yang biasa dari objek, untuk menemukan kemurnian yang ada padanya. Manusia adalah makhluk yang mampu berfikir secara intuisi. Dengan proses intuisi semua hal akan menjadi jelas karena adanya proses transformasi dari apa yang dilihat ke dalam apa yang muncul dalam kesadaran. Intuisi merupakan langkah awal peneliti untuk bisa menyatu secara keseluruhan dengan fenomena yang sedang diamati atau diteliti (Streubert & Carpenter, 2003).

Proses *intuiting* memerlukan konsentrasi mental yang memungkinkan seorang peneliti untuk melihat, mendengar dan sensitif terhadap setiap aspek dari fenomena. Peneliti pada tahap *intuiting* akan mencoba untuk memahami

subyek yang diteliti dari sudut kerangka berpikir peneliti sendiri (Bogdan & Taylor, 1984, dalam Creswell, 1998). Pada proses *intuiting*, partisipan diberikan kesempatan seluas-luasnya oleh peneliti untuk menceritakan pengalaman yang dialaminya tanpa dipengaruhi oleh pengetahuan dan keyakinan yang dimiliki oleh peneliti pada saat wawancara dilakukan.

Pada tahap intuisi, peneliti berusaha untuk menghindari sikap kritis, mengevaluasi atau memberikan pendapat, dan mengarahkan perhatian partisipan secara kaku pada fenomena yang akan diteliti. Oleh karena itu peneliti berperan sebagai instrumen pada saat mengumpulkan data dan mendengarkan penjelasan partisipan melalui proses wawancara tentang arti dan makna pengalaman hidup partisipan. Peneliti sebagai instrumen utama dalam pengumpulan data harus mampu untuk mengidentifikasi nilai-nilai, asumsi dan prasangka pribadi tanpa mengarahkan. Kontribusi yang dapat dilakukan oleh peneliti dapat bermanfaat, bersifat positif dan tidak merugikan (Locke, et al, 1987 dalam Creswell, 1998).

Langkah berikutnya adalah *analyzing*, pada tahap ini peneliti mengidentifikasi intisari (*essence*) dari fenomena berdasarkan data yang diperoleh, mengeksplorasi hubungan dan keterkaitan dengan fenomena-fenomena yang berdekatan. Proses *intuiting* berjalan bersamaan dengan proses *analyzing* (Spigelberg, 1965,1975 dalam Streubert & Carpenter, 2003).

Ketika peneliti mendengarkan rekaman berisi gambaran pengalaman partisipan, maka mulai saat itu analisis data dimulai. Analisis data didahului dengan proses transkripsi hasil wawancara secara *verbatim* atau apa adanya. Setiap transkrip diberi identitas, diperiksa keakuratannya dan dianalisis. Peneliti kemudian mempelajari data yang telah ditranskripsikan dan ditelaah secara berulang-ulang. Langkah selanjutnya akan mencari kata-kata kunci dari informasi yang disampaikan partisipan untuk membentuk tema-tema.

Proses *analyzing* meliputi proses identifikasi esensi atau elemen dasar dan pola hubungan antar esensi yang membentuk struktur esensi fenomena yang diteliti. Melalui proses *analyzing* yang berasal dari partisipan akan diubah menjadi suatu bentuk yang terstruktur dan konseptual (Polit & Hungler, 1999).

*Describing* adalah tahapan akhir dalam fenomenologi deskriptif. Tujuan membuat deskripsi adalah mengkomunikasikan dalam bentuk tertulis struktur esensial dari fenomena. Pada langkah ini peneliti mengkomunikasikan dan memberikan gambaran tertulis dari elemen kritikal yang didasarkan pada pengklasifikasian dan pengelompokan fenomena. Peneliti harus menghindari pemberian gambaran yang fenomenanya masih prematur karena adanya gambaran fenomena yang masih prematur menunjukkan adanya kesalahan dalam proses penelitian. Elemen atau esensi yang kritikal akan dideskripsikan secara terpisah dan kemudian dalam konteks hubungannya terhadap satu sama lain (Streubert & Carpenter, 2003).

Proses pengumpulan data meliputi proses pemilihan partisipan atau sampel dan metode pengumpulan data. Pada umumnya fenomenologi menggunakan teknik *purposeful sampling*, dimana setiap orang yang mempunyai pengalaman tentang fenomena yang sedang diteliti berhak untuk menjadi partisipan (Streubert & Carpenter, 2003). Jumlah partisipan pada penelitian kualitatif fenomenologi tidak ada ketentuan jumlah yang pasti. Prinsip pengambilan data dalam penelitian kualitatif adalah tercapainya saturasi data, yaitu bila tidak ada informasi baru lagi yang bisa didapatkan dari partisipan (Polit, Beck & Hungler, 2001).

Beberapa contoh jumlah partisipan yang digunakan pada penelitian fenomenologi seperti Robert & Cleveland (2001) menggunakan sembilan orang wanita usia 80 tahun ke atas untuk meneliti pengalaman wanita lansia

yang tinggal sendirian di Pulau Maine yang mengasingkan diri di pulau tersebut. Jansson, Norbeg dan Rasmussen, (2000) menggunakan 12 partisipan untuk meneliti efek dan respon asuhan keperawatan pada pasien yang lama dirawat di Swedia. Tarzian (2000) menggunakan 10 partisipan untuk meneliti pengalaman pasien kanker yang mengalami penyakit terminal. Zerwikh (2000) menggunakan tujuh orang perawat sebagai partisipan untuk meneliti sikap caring perawat yang merawat klien yang dipenjarakan (Streubert & Carpenter, 2003).

Dari contoh-contoh jumlah sampel atau partisipan yang digunakan pada beberapa penelitian diatas maka sesuai rekomendasi oleh Dukes (1984), Riemen (1986, dalam Creswell, 1998) jumlah sampel dalam penelitian kualitatif fenomenologi adalah tiga sampai sepuluh orang dan bila saturasi telah dicapai maka jumlah partisipan tidak perlu ditambah lagi.

Sedangkan kriteria yang dijadikan acuan dalam memilih partisipan mengacu pada pendapat Kuswarno (2009) dimana menurut pendapatnya dalam penelitian fenomenologi ada beberapa kriteria yang dapat dijadikan acuan dalam memilih partisipan yaitu: 1) partisipan harus mengalami langsung situasi atau kejadian yang berkaitan dengan topik penelitian 2) partisipan mampu menggambarkan kembali fenomena yang telah dialaminya terutama dalam sifat alamiah dan maknanya 3) bersedia terlibat dalam kegiatan penelitian yang mungkin membutuhkan waktu yang lama 4) bersedia untuk diwawancarai dan direkam aktifitasnya selama wawancara atau selama penelitian berlangsung 5) memberikan persetujuan untuk mempublikasikan hasil penelitian.

Teknik pengumpulan data yang sering dilakukan adalah wawancara mendalam. Teknik wawancara mendalam sangat tepat dilakukan untuk menginvestigasi seseorang atau menggali informasi yang bersifat sensitif dan

rahasia atau dilakukan untuk menemukan perasaan, persepsi, dan pemikiran partisipan dalam sebuah penelitian kualitatif. Melalui teknik *in-depth interview* responden diarahkan untuk memberikan jawaban yang ingin diungkap oleh peneliti dengan secara bertahap sehingga tidak menimbulkan kecurigaan (Boyce & Neale, 2006).

Wawancara yang dilakukan menggunakan pertanyaan terbuka atau semi terstruktur. Wawancara ini dimulai dari isu yang dicakup dalam pedoman wawancara. Sekuensi pertanyaan tidaklah sama pada tiap partisipan bergantung pada proses wawancara dan jawaban tiap individu. Namun pedoman wawancara menjamin bahwa peneliti mengumpulkan jenis data yang sama dari para partisipan. Peneliti dapat mengembangkan pertanyaan dan memutuskan sendiri mana isu yang dimunculkan. Proses wawancara direkam dan pada umumnya dilakukan lebih dari satu kali untuk melengkapi atau memvalidasi data yang diperlukan (Rahmawati, 2010).

Tahapan analisis data kualitatif menurut Bogdan dan Biklen, (1982 dalam Moleong, 2007) adalah upaya yang dilakukan dengan jalan bekerja dengan data, mengorganisasikan data, memilah-milahnya menjadi satuan yang dapat dikelola, mensintesiskannya, mencari dan menemukan pola, menemukan apa yang penting dan apa yang dipelajari, dan memutuskan apa yang dapat diceritakan pada orang lain. Sedangkan menurut Seiddel, (1998) proses analisis data kualitatif berjalan sebagai berikut: 1) mencatat dan menghasilkan catatan lapangan, dengan hal itu diberi kode agar sumber datanya tetap dapat ditelusuri 2) mengumpulkan, memilah-milah, mengklasifikasikan, mensintesiskan, membuat ikhtisar dan membuat indeksnya 3) berfikir dengan jalan membuat agar kategori data itu mempunyai makna, mencari dan menemukan pola dan hubungan-hubungan, dan membuat temuan umum (Moleong, 2007).

Terdapat bermacam-macam prosedur analisis data dalam studi fenomenologi seperti Colaizzi, (1978); Giorgi (1985); Streubert (1991); Spiegelberg (1975); Van Kaam (1959); dan Van Mannen (1984). Metoda Colaizzi melakukan validasi data dengan mengembalikan hasil penelitian kepada partisipan. Analisis Giorgi mempercayakan hasil suatu analisis hanya kepada peneliti, karena tidak mungkin mengembalikan hasil penelitian kepada partisipan untuk mendapatkan validitas data atau menggunakan *reviewer* eksternal untuk melihat hasil analisis data. Metode Van Kaam memerlukan persetujuan intersubjektif yang diambil melalui persetujuan dengan seorang ahli atau pakar keilmuan dalam menganalisis hasil penelitian (Polit & Beck, 2008).

Menurut Van Kaam (1959, dalam Steubert & Carpenter, 2003) metoda analisis data fenomenologi langkah-langkahnya adalah: 1) dapatkan inti pengalaman umum 2) membuat daftar dan pengelompokkan awal data yang diperoleh, pada tahap ini dibuat daftar pertanyaan berikut jawaban yang relevan dengan permasalahan yang diteliti (*horizontalization*) 3) reduksi dan eliminasi untuk menguji data supaya menghasilkan *invariant constitutes* (apakah data mengandung aspek fenomena yang diteliti atau data yang tidak perlu perlu dieliminasi) 4) mengelompokkan dan memberi tema setiap kelompok *invariant constitutes* yang tersisa dari proses eliminasi 5) identifikasi final terhadap data yang diperoleh melalui proses validasi awal data, dengan cara memeriksa data dan tema yang dilekatkan padanya 6) mengkonstruksi deskripsi tekstural masing-masing partisipan, termasuk pertanyaan-pertanyaan verbal dari partisipan, yang berguna bagi penelitian selanjutnya 7) membuat deskripsi struktural, yakni penggabungan deskripsi tekstural dengan variasi imajinasi 8) menggabungkan no 5) dan no 6) untuk menghasilkan makna dan esensi dari permasalahan penelitian, hasilnya haruslah representasi tema secara keseluruhan.

Tahapan analisis data kualitatif fenomenologi menurut Colaizzi (1978, dalam Streubert & Carpenter, 2003) adalah sebagai berikut: 1) membaca naratif partisipan secara berulang-ulang untuk mendapatkan ide yang dimaksud oleh partisipan 2) memilih kata dan pernyataan yang berhubungan dengan fenomena penelitian 3) merumuskan makna untuk setiap pernyataan yang signifikan 4) mengulang prosedur ini untuk masing-masing deskripsi setiap partisipan dan menyusun rumusan kedalam kelompok-kelompok tema. Pada tahap ini peneliti akan kembali pada deskripsi asli dari naratif partisipan untuk memvalidasi tema. Selain itu, pada tahap ini mungkin terjadi kontradiksi diantara kelompok-kelompok tema.

Pada kondisi ini Colaizzi menganjurkan untuk menolak hal tersebut dengan cara tidak mengindahkan data atau tema yang tidak sesuai 5) mengintegrasikan semua ide yang dihasilkan ke dalam deskriptif yang lengkap dan mendalam berdasarkan fenomena yang diteliti 6) mereduksi deskriptif yang lengkap dan mendalam berdasarkan fenomena yang diteliti menjadi menjadi sebuah struktur pokok (*essensial structure*). Colaizzi menyebutnya sebagai pernyataan tegas/tidak diragukan dari identifikasi yang merupakan struktur dasar dari fenomena 7) peneliti kembali pada partisipan untuk melakukan *interview* lebih lanjut untuk mendapatkan pendapat/pandangan mereka berdasarkan data yang ditemukan dan memvalidasi data.

Menurut Pollit, Beck, & Hungler (2001); Streubert & Carpenter, (2003) untuk melindungi partisipan dari berbagai kekhawatiran akan dampak sebuah penelitian maka perlu menerapkan prinsip-prinsip etik dalam penelitian kualitatif fenomenologi. Prinsip-prinsip etik tersebut terdiri dari: *beneficence, non mal eficiency, protection from discomfort, self determination, full disclosure, confidentiality dan anonymity*. Oleh karena itu perlu digunakan *informed consent* sebelum penelitian dimulai.

*Seperti* juga dalam penelitian kuantitatif, maka pada penelitian kualitatif keabsahan data penelitian juga perlu dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Karena hasil penelitian kualitatif dapat dipercaya saat mampu menampilkan pengalaman partisipan secara akurat (Moleong, 2007).



## **BAB 3**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

Bab metodologi penelitian ini mendeskripsikan aplikasi metode penelitian fenomenologi deskriptif untuk mengungkap persepsi perawat dalam pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan. Gambaran penerapan metode penelitian fenomenologi deskriptif ini secara lebih operasional dijabarkan dalam rancangan penelitian, cara memilih populasi dan sampel penelitian, waktu dan tempat penelitian, cara dan prosedur pengumpulan data dan alat bantu pengumpulan data serta trustworthiness of data.

#### **3.1 Rancangan Penelitian**

Penelitian tentang persepsi perawat dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan dilakukan menggunakan desain penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi. Desain ini dinilai tepat mengingat masih banyaknya dokumentasi keperawatan yang belum dilaksanakan secara tepat dan fenomena ini belum diketahui secara mendalam terutama dari segi persepsi perawat sebagai pelaku dokumentasi.

Pendekatan fenomenologi akan mengungkap persepsi dan pengalaman perawat yang berfokus pada pemahaman tentang dokumentasi keperawatan dan latar belakang yang mempengaruhinya (Polit & Hungler, 1999). Hal ini sejalan dengan pendapat Creswell (1998) yang menyatakan bahwa penelitian kualitatif dilakukan apabila masalah pada hasil penelitian terdahulu masih belum jelas atau untuk mengetahui makna yang tersembunyi yang tidak didapatkan pada penelitian kuantitatif. Sudah banyak penelitian yang berkaitan dengan dokumentasi namun dari persepsi perawat belum banyak terungkap. Dengan pendekatan fenomenologi berusaha memahami arti

peristiwa dan kaitan-kaitannya terhadap orang-orang biasa dalam situasi-situasi tertentu.

Langkah-langkah dalam penelitian ini menggunakan langkah-langkah fenomenologi menurut Husserl (1938) dan Spigelberg (1975) yaitu: *bracketing*, *intuiting*, *analyzing*, dan *describing* (Polit, Beck & Hungler, 2001). Langkah-langkah ini dapat diuraikan sebagai berikut:

*Bracketing* adalah langkah yang digunakan untuk memungkinkan peneliti berada pada situasi tanpa pemahaman tentang fenomena. Selama *bracketing*, baik peneliti maupun partisipan diharuskan untuk membatasi semua kepercayaan, asumsi, pemahaman, serta pemikirannya tentang fenomena yang sedang diteliti, sehingga peneliti dapat berkonsentrasi pada aspek dan varietas fenomena pendokumentasian asuhan keperawatan, mampu memahami esensi, serta dapat menganalisis dan mendeskripsikan fenomena pendokumentasian asuhan keperawatan tanpa pengaruh dari penguasaan ilmu pengetahuan tentang pendokumentasian asuhan dan segala faktor yang mempengaruhi dalam pelaksanaannya.

Sebagai langkah awal dalam penelitian ini peneliti berusaha untuk membatasi semua yang dimiliki baik asumsi-asumsi, pemahaman, seolah-olah peneliti tidak mengetahui sama sekali tentang partisipan yang akan dihadapi. Adapun teori yang dikuasai hanya merupakan paradigma yang digunakan untuk mempermudah proses pengambilan data.

Dalam proses *bracketing* peneliti berusaha tidak menggunakan kemampuan dan penguasaan teori dalam mengumpulkan data tentang pemahaman persepsi perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. Teori yang dipunyai peneliti hanya digunakan sebagai paradigma yang menuntun agar proses pengumpulan data bisa berlangsung dengan lancar dan sistematis.

*Intuiting* adalah proses dimulainya pengenalan fenomena oleh peneliti. Pada tahap ini peneliti memulai kontak dan pemahaman akan fenomena yang diteliti. Proses ini membutuhkan konsentrasi mendalam dari peneliti, sehingga peneliti dapat melihat, mendengar, dan bersikap lebih sensitif terhadap fenomena. *Intuiting* memungkinkan peneliti benar-benar menyatu dengan data penelitian, sehingga makna data penelitian yang dituliskan benar-benar mewakili pengalaman yang disampaikan partisipan (Spigelberg, 1978 dalam Polit, Beck & Hungler, 2001).

Dalam *intuiting* peneliti berusaha mengumpulkan semua informasi yang menyeluruh tentang fenomena persepsi perawat dalam pendokumentasian asuhan, respon perawat baik verbal maupun non verbal, hambatan-hambatan, kesulitan yang dialami, harapan-harapan dan makna-makna lainnya yang bisa digali terkait dengan pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan. Pada tahap intuisi, peneliti berusaha untuk menghindari sikap kritis, mengevaluasi atau memberikan pendapat, dan mengarahkan perhatian partisipan secara kaku pada fenomena yang akan diteliti. Oleh karena itu peneliti berperan sebagai instrumen pada saat mengumpulkan data dan mendengarkan penjelasan partisipan melalui proses wawancara mendalam untuk mengetahui secara mendalam tentang persepsi dan pengalaman perawat dalam pendokumentasian asuhan.

Dalam tahap intuisi ini peneliti sudah mempunyai bekal tentang pemahaman kondisi dan permasalahan tentang pendokumentasian asuhan keperawatan di RSUD GJ. Hal ini merupakan keuntungan dalam langkah intuisi. Karena peneliti adalah karyawan RSUD GJ dan sudah beberapa kali terlibat dalam upaya-upaya memperbaiki kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan namun upaya ini hanya sedikit membuahkan hasil. Posisi peneliti bukan sebagai karyawan atau bagian dari organisasi RSUD GJ tetapi berperan murni hanya sebagai peneliti yang akan menggali lebih dalam lagi fenomena perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan baik dari

persepsi, pengalaman, kesulitan-kesulitan, hambatan-hambatan dan harapan perawat dalam pelaksanaan pendokumentasian.

Setelah tahap intuisi maka tahap selanjutnya adalah tahap *analyzing*. *Analyzing* adalah proses identifikasi esensi atau elemen yang menyusun fenomena serta eksplorasi hubungan fenomena dengan fenomena lain yang berhubungan (Spigelberg, 1978, dalam Polit, Beck & Hungler, 2001). Langkah-langkah *analyzing* terdiri dari: penentuan kalimat-kalimat yang dianggap signifikan dari pernyataan pengalaman partisipan, pengelompokan makna dari setiap kalimat signifikan, dan pemahaman makna esensial dari fenomena. Langkah ini dimulai ketika peneliti mendengarkan rekaman berisi persepsi partisipan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan, maka mulai saat itu analisis data dimulai. Peneliti kemudian mempelajari data yang telah ditranskripsikan dan ditelaah secara berulang-ulang. Langkah selanjutnya akan mencari kata-kata kunci dari informasi yang disampaikan partisipan untuk membentuk tema-tema yang terkait dengan persepsi perawat dalam pendokumentasian asuhan (Spigelberg, 1965,1975 dalam Streubert & Carpenter, 2003).

Tahap selanjutnya merupakan tahap akhir dalam fenomenologi deskriptif yaitu tahap *describing*. Pada langkah ini peneliti memberikan gambaran tertulis dari elemen kritical yang didasarkan pada pengklasifikasian dan pengelompokan fenomena. Elemen atau esensi yang kritical akan dideskripsikan secara terpisah dan kemudian dalam konteks hubungannya terhadap satu sama lain (Streubert & Carpenter, 2003). Elemen dan struktur esensial fenomena yang diteliti diungkapkan serta dibuat deskripsi tertulisnya yang lengkap pada tahap *describing*.

### 3.2 Populasi dan Sampel

Populasi yang diteliti adalah perawat yang melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan di RSUD GJ. Partisipan dalam penelitian ini adalah perawat mulai dari perawat pelaksana, ketua tim dan kepala ruangan yang bekerja di RSUD GJ Kota Cirebon yang melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan. Sampel dipilih dengan *purposeful sampling*, yaitu suatu metode pengambilan sampel yang didasarkan pada pengetahuan tertentu tentang sebuah fenomena (Streubert & Carpenter, 2003). Fenomena yang diteliti adalah persepsi dan pengalaman perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan.

Tehnik pemilihan partisipan dilakukan dengan cara: 1) mencari informasi sebanyak-banyaknya tentang kondisi lapangan untuk memetakan ruangan yang tingkat pencapaian dokumentasi asuhan keperawatan paling rendah atau paling tinggi 2) menemui kepala ruangan untuk mencari partisipan yang sesuai dengan kriteria inklusi 3) memilih partisipan yang sesuai dengan kriteria inklusi dengan mempertimbangkan berbagai variasi untuk memperkaya data hasil penelitian misalnya perawat yang junior, perawat yang senior, tingkat pendidikan yang berbeda-beda, yang sudah berkeluarga, yang belum menikah, laki-laki dan perempuan, yang menurut kepala ruangan kinerjanya paling rajin, atau yang paling tidak mau mendokumentasikan asuhan keperawatan.

Guna memperoleh variasi data yang diperlukan dalam hasil penelitian maka partisipan adalah perawat yang mewakili berbagai ruangan yang mempunyai karakteristik pelayanan berbeda-beda seperti perawat di ruang poliklinik, perawat Instalasi Gawat Darurat, perawat ICU, perawat di bangsal rawat penyakit dalam, ruang rawat bedah, ruang kebidanan, ruang rawat anak dan ruangan-ruangan lainnya. Namun dalam penelitian, partisipan berasal dari ruangan Super Vip, Vip B, Ruang Kelas I, Ruang Rawat bedah Pria (Ruang

VIII), Ruang Rawat Bedah Wanita (Ruang VII), Ruang Rawat Anak (RXI) dan Ruang ICU.

Perawat yang menjadi sampel penelitian akan ditetapkan sebagai partisipan jika memenuhi kriteria inklusi sebagai berikut: 1) partisipan harus mengalami langsung situasi atau kejadian yang berkaitan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan dalam hal ini adalah perawat ketua tim atau perawat pelaksana yang sedang bertugas 2) partisipan mampu mengemukakan pendapat dan berpengalaman bekerja di RSUD GJ sekurang-kurangnya satu tahun 3) bersedia terlibat dalam kegiatan penelitian yang mungkin membutuhkan waktu yang lama 4) bersedia untuk diwawancarai dan direkam aktifitasnya selama wawancara atau selama penelitian berlangsung 5) memberikan persetujuan untuk mempublikasikan hasil penelitian. Seluruh partisipan sudah memenuhi kriteria inklusi yaitu perawat baik laki-laki atau wanita baik sebagai pelaksana, ketua tim maupun kepala ruangan dengan masa kerja terpendek satu tahun, terlama 25 tahun.

Prinsip dasar sampling dalam penelitian kualitatif adalah adanya saturasi data, yaitu sampling pada titik kejenuhan dimana tidak ada informasi baru yang didapat dan pengulangan telah tercapai (Polit & Hungler, 1999). Pada penelitian fenomenologi yang paling penting adalah penggambaran makna dari sejumlah kecil individu yang mengalami fenomena yang diteliti (Creswel, 1998). Menurut Dukes (1984), Riemen (1986, dalam Creswell, 1998) jumlah sampel dalam penelitian kualitatif fenomenologi adalah tiga sampai sepuluh orang dan bila saturasi telah dicapai maka jumlah partisipan tidak perlu ditambah lagi.

Jumlah partisipan yang akan dilibatkan dalam penelitian ini direncanakan sebanyak sepuluh orang. Jumlah seluruh partisipan 11 orang, tiga partisipan tidak bisa dianalisis data karena wawancara kurang mendalam dan masih ada unsur *bracketing* ketika dilakukan analisis transkrip *verbatim*, satu partisipan

menolak untuk melanjutkan wawancara karena ada keperluan mendadak yang tidak bisa ditinggalkan. Pada partisipan ke tujuh peneliti memutuskan untuk tidak menambah lagi partisipan karena pada partisipan ke tujuh peneliti sudah mendapatkan saturasi.

### **3.3 Tempat dan Waktu Penelitian**

Penelitian dilakukan di RSUD GJ Kota Cirebon dengan alasan rumah sakit ini merupakan rumah sakit rujukan tipe B pendidikan yang sedang mengalami perubahan status menjadi rumah sakit BLUD dan akan dilakukan akreditasi 16 pelayanan pada akhir tahun 2010. Pemilihan partisipan dipilih berdasarkan karakteristik ruangan yang berbeda-beda, karena menurut Creswell (2008) karakteristik yang berbeda-beda akan memperkaya hasil penelitian. Partisipan mewakili ruangan rawat kelas utama, ruang rawat penyakit dalam, ruang rawat bedah, ruang rawat anak dan unit ruangan khusus. Ruangan yang dipakai adalah Ruangan Super Vip, Ruangan Vip B, Ruangan Kelas I, Ruangan VII, Ruangan VIII, Ruangan XI dan Ruang ICU.

Pengumpulan data pada awalnya akan dilaksanakan di luar rumah sakit agar bisa menjaga netralitas dan kenyamanan dalam proses wawancara, akan tetapi pada pelaksanaannya proses wawancara dilakukan di sekitar lingkungan rumah sakit hal ini terkait dengan kebutuhan perlunya *field note* berupa peminjaman status pasien yang sudah diisi oleh partisipan tidak boleh keluar dari ruangan rumah sakit karena status merupakan dokumen rahasia pasien yang tidak boleh dibawa keluar tanpa prosedur perijinan. Proses pengumpulan data dilakukan sejak Minggu ke- 2 Mei sampai Minggu ke-2 Juni 2010.

### **3.4 Etika Penelitian**

Penelitian kesehatan yang mengikutsertakan subyek manusia harus memperhatikan aspek etik dalam kaitan menaruh hormat atas martabat

manusia. Secara hukum hal ini telah tersurat dalam Peraturan Pemerintah (PP) No. 39/1995 tentang penelitian dan pengembangan kesehatan. Menurut PP tersebut, pelaksanaan penelitian dan pengembangan kesehatan wajib dilakukan dengan memperhatikan kesehatan dan keselamatan jiwa manusia, keluarga dan masyarakat yang bersangkutan. Secara internasional disepakati bahwa prinsip dasar penerapan etik penelitian kesehatan adalah : 1) menghormati hak orang lain 2) tidak merugikan orang lain dan tidak mencederai orang lain 3) menjunjung tinggi nilai-nilai kemanusiaan (Komisi Nasional Etik Penelitian Kesehatan, 2007).

Meskipun peneliti bekerja sebagai karyawan di RSUD GJ, tetapi dalam penelitian ini peneliti memosisikan diri sebagai peneliti, bukan sebagai karyawan atau kolega partisipan. Hal ini dilakukan untuk mengurangi bias dalam hasil pengumpulan data. Peneliti juga menekankan bahwa apapun hasil dari penelitian ini tidak akan berdampak terhadap karir, jabatan atau prestasi. Agar partisipan bisa secara bebas mengungkapkan ide-ide, pendapat-pendapat tentang harapan-harapan, ataupun ungkapan tentang kondisi kepemimpinan yang dirasakan saat ini tanpa dibatasi oleh pengaruh posisi peneliti sebagai sesama karyawan atau sebagai peneliti, karena esensi dari penelitian ini adalah terungkapnya fakta fenomena tentang pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di rumah sakit.

Sebelum melakukan wawancara, maka peneliti menjelaskan tujuan wawancara, alasan terpilih menjadi partisipan, rencana lamanya wawancara berlangsung dan apabila belum jelas akan dilakukan wawancara ulang dikesempatan yang akan datang, menjelaskan bahwa informasi yang didapat dari hasil wawancara akan dirahasiakan, tidak akan menuliskan nama partisipan dan meminta ijin untuk mencatat dan merekam hasil wawancara dengan alat perekam dan catatan lapangan (Berry, 1999).

Mengacu pada pendapat Guest dan Mac Queen (2008) didalam wawancara akan dijelaskan maksud dan tujuan penelitian, penelitian ini tidak akan menyebabkan resiko atau dampak terhadap jabatan atau karir akibat mengungkapkan isyu terkait manajemen yang dihubungkan dengan pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan, keuntungan yang didapat dari partisipan adalah informasi yang diungkapkan bisa dijadikan bahan untuk pembuatan kebijakan yang berhubungan dengan upaya peningkatan pelayanan melalui pendokumentasian asuhan.

Prinsip menjaga kerahasiaan dilakukan dengan cara tidak mencantumkan identitas partisipan tetapi diberi kode yang hanya diketahui oleh peneliti. Peneliti membuat komitmen untuk tidak akan membuka hasil rekaman ataupun transkrip kepada orang lain kecuali untuk validasi kepada pembimbing ahli yang terlibat dalam penelitian ini untuk keperluan analisis data. Sebelum melakukan wawancara, partisipan harus menandatangani *informed consent*. Menurut Patton (1990) prinsip etik yang harus diperhatikan dalam penelitian kualitatif adalah prinsip tidak merugikan orang lain, prinsip menjaga kerahasiaan, prinsip menjunjung tinggi nilai-nilai moral dan prinsip legal dan menghargai martabat kemanusiaan.

Prinsip tidak merugikan orang lain terdiri dari beberapa dimensi, termasuk prinsip bebas dari ancaman/ bahaya dan bebas dari eksploitasi. Prinsip tidak merugikan orang lain diterapkan dengan menumbuhkan kenyamanan hubungan antara peneliti dan partisipan melalui hubungan saling percaya, serta senantiasa memfasilitasi penyaluran emosi dan perasaan partisipan. Selain itu, prinsip ini akan diterapkan dengan memberikan kesempatan kepada partisipan untuk mengajukan pertanyaan setelah berpartisipasi dalam penelitian dan dengan memberikan informasi tertulis tentang bagaimana partisipan dapat menghubungi peneliti. Peneliti akan menyerahkan keputusan mengenai waktu dan tempat dilakukan wawancara sepenuhnya kepada

partisipan dengan tidak mengganggu kegiatan pelayanan (Polit & Hungler, 1999).

Prinsip bebas dari eksploitasi diterapkan dengan tidak menempatkan partisipan dalam situasi yang tidak menguntungkan atau menempatkan partisipan pada kondisi yang tidak siap untuk dihadapi, serta tidak menggunakan data penelitian untuk melawan partisipan dalam cara apapun. Pada penelitian ini peneliti hanya membutuhkan kesediaan partisipan meluangkan waktu untuk proses wawancara selain mengorbankan waktu tidak ada aspek lain yang dirugikan oleh partisipan. Kalau partisipan keberatan karena keterbatasan waktu maka bisa dilakukan kesepakatan yang lebih menguntungkan partisipan. Ungkapan hasil wawancara tidak akan diekpos ke orang lain kecuali dengan pembimbing untuk keperluan analisis data penelitian. Peneliti akan menjelaskan peran dan posisi pada saat penelitian bukan sebagai atasan atau bawahan, tetapi benar-benar berperan hanya sebagai peneliti untuk menghindari unsur subyektifitas dan benar-benar membutuhkan data penelitian ini seobjektif mungkin (Polit & Hungler, 1999).

Prinsip menghargai hak dan martabat orang lain diterapkan dengan menjalankan prosedur *anonymity* dan *confidentiality*. *Anonymity* akan dilakukan dengan menjaga kerahasiaan identitas partisipan, baik selama proses pengumpulan data maupun dalam penulisan laporan penelitian dengan cara melakukan wawancara personal, serta tidak mencantumkan nama partisipan dalam laporan penelitian. Untuk memudahkan identifikasi partisipan, yang akan dilakukan adalah memberi inisial atau kode pada setiap partisipan. Prinsip *confidentiality* dilakukan dengan menjamin pengendalian informasi yang diberikan oleh partisipan. Data hasil wawancara hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian, dan tidak akan disebarluaskan untuk hal yang tidak berkaitan dengan penelitian. Rekaman hasil penelitian akan dimusnahkan setelah keseluruhan proses penelitian telah selesai dilakukan.

Prinsip menghargai martabat manusia digunakan dengan menerapkan hak untuk menentukan nasib diri sendiri dan hak mendapatkan penjelasan yang lengkap. Partisipan boleh menolak atau menyetujui sebagai partisipan. Partisipan berhak untuk meminta penjelasan kembali tentang tujuan serta prosedur penelitian, berhak menolak memberikan informasi, menolak dilibatkan dalam penelitian, juga berhak untuk mundur atau berhenti bila dalam proses pengambilan data partisipan tidak lagi bersedia untuk terlibat dalam penelitian. Hak mendapatkan penjelasan yang lengkap adalah hak partisipan untuk memperoleh penjelasan tentang penelitian yang akan dilakukan, hak untuk menolak berpartisipasi, tanggung jawab peneliti, serta risiko dan keuntungan yang mungkin didapatkan oleh partisipan selama dan setelah penelitian. Keseluruhan prinsip penghargaan terhadap martabat manusia dalam penelitian ini akan diterapkan melalui penggunaan *informed consent* (PP 39/1995).

### **3.5 Cara dan Prosedur Pengumpulan Data**

Pengumpulan data untuk penelitian ini dilakukan melalui suatu wawancara mendalam antara peneliti dan partisipan, karena sumber data utama dalam penelitian dengan pendekatan fenomenologi berasal dari percakapan mendalam antara peneliti dan partisipan. Sebelum dilakukan wawancara peneliti perlu mengetahui kondisi lapangan penelitian yang sebenarnya untuk membantu dalam merencanakan pengambilan data. Hal-hal yang perlu diketahui untuk menunjang pelaksanaan pengambilan data meliputi tempat pengambilan data, waktu dan lamanya wawancara, serta biaya yang dibutuhkan (Polit & Hungler, 1999).

Penataan situasi dan lokasi wawancara ditentukan berdasarkan pertimbangan bahwa untuk menghindari bias karena peneliti adalah karyawan di rumah sakit tersebut maka tempat wawancara dilakukan di luar lingkungan rumah sakit atau di ruangan khusus yang ada di ruangan tempat partisipan bekerja dan dalam suasana informal. Misalnya peneliti tidak menggunakan seragam

kerja, wawancara dilakukan sambil makan minum di kantin. Waktu ditentukan diluar jam kerja perawat, agar tidak mengganggu pekerjaan partisipan. Karena peneliti sudah mengenal partisipan maka kalimat pembuka, pembicaraan pendahuluan dan sikap peneliti dalam melakukan pendekatan diupayakan tidak terlalu kaku dan berlangsung dalam suasana santai penuh keakraban seperti hubungan antar teman, bukan sebagai atasan atau bawahan. Tehnik-tehnik komunikasi terapeutik akan diterapkan dalam proses wawancara, penggunaan *probe* dan *prompt non verbal* dilakukan untuk menggali informasi sedalam-dalamnya tentang pengalaman dan persepsi perawat dalam pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan.

Bentuk pertanyaan untuk wawancara dilakukan dengan pertanyaan berstruktur dan pertanyaan semi berstruktur. Pertanyaan yang berstruktur digunakan untuk mendapatkan data sosio demografik, seperti usia, lama bekerja, pangkat dan jabatan, kualifikasi pendidikan, status perkawinan dan pengalaman pelatihan. Sedangkan pertanyaan semi berstruktur dilakukan untuk menanyakan esensi fenomena tentang persepsi dan pengalaman perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di RSUD GJ.

Wawancara ini dimulai dari isu yang dicakup dalam pedoman wawancara (pedoman wawancara terlampir). Sekuensi pertanyaan tidaklah sama pada tiap partisipan bergantung pada proses wawancara dan jawaban tiap individu. Namun pedoman wawancara menjamin bahwa peneliti mengumpulkan jenis data yang sama dari para partisipan. Peneliti dapat mengembangkan pertanyaan dan memutuskan sendiri mana isu yang dimunculkan (Rahmawati, 2010).

Wawancara akan dilakukan selama tiga tahap. Tahap pertama meliputi penjelasan maksud dan tujuan penelitian, memberikan gambaran singkat proses wawancara dan membangun hubungan saling percaya. Tahap kedua merupakan tahap yang terpenting karena dalam tahap ini merupakan tahap

inti wawancara dimana peneliti akan mengeksplorasi persepsi, pengalaman, makna fenomena yang akan diteliti sesuai dengan tujuan yang diharapkan. Tahap akhir adalah ikhtisar dari respon partisipan dan memungkinkan konfirmasi atau adanya informasi tambahan (Berry, 1999).

### 3.5.1 Tahap Pelaksanaan Pengumpulan Data

Kunjungan peneliti dilakukan sesuai dengan kontrak waktu yang sudah disepakati. Hampir seluruh partisipan menginginkan waktu wawancara adalah di akhir waktu menjelang pulang dinas pagi. Sebelumnya meminta izin kepada kepala ruangan untuk membebaskan partisipan dari tugas pokoknya selama mengikuti wawancara. Tahap pelaksanaan wawancara dilakukan dengan tiga fase yaitu fase orientasi, fase kerja dan fase terminasi, yaitu:

#### 1) Fase Orientasi

Fase ini dilakukan setelah partisipan bersedia menjadi partisipan dengan menanda tangani persetujuan *informed consent* setelah diberikan penjelasan mengenai maksud dan tujuan penelitian, penjelasan tentang posisi peneliti bukan sebagai sesama karyawan tetapi sebagai mahasiswa yang sedang melakukan penelitian. Tempat untuk wawancara ditawarkan sebelumnya di luar rumah sakit akan tetapi karena harus menggunakan status sebagai alat bantu untuk kelengkapan pengumpulan data maka tempat dilakukan di lingkungan rumah sakit tidak jauh dari ruangan tempat partisipan bekerja. Untuk menciptakan suasana lingkungan yang nyaman maka dilakukan wawancara di ruang tertutup tetapi terdapat jendela kaca untuk menghindarkan hal-hal yang tidak diinginkan karena perbedaan *gender*. Posisi duduk adalah berhadap-hadapan yang cukup dekat (tidak lebih dari 1 meter), dimana alat perekam masih bisa merekam dengan jelas suara peneliti dan partisipan. Sebelumnya partisipan diberitahu bahwa wawancara akan direkam. Alat perekam disimpan di tempat yang terbuka seperti diatas meja.

## 2) Fase Kerja

Wawancara mendalam dilakukan dengan menggunakan pedoman wawancara yang sudah disiapkan sebelumnya. Pedoman wawancara hanyalah alat untuk memandu peneliti untuk mendapatkan informasi sebanyak-banyaknya sesuai tujuan penelitian yang diharapkan. Urutan wawancara tidak tergantung pada pedoman wawancara, tetapi sesuai dengan arah pembicaraan partisipan. Apabila partisipan tidak dapat memberikan informasi maka peneliti memberikan contoh, perumpamaan atau ilustrasi yang memudahkan agar partisipan bisa menangkap maksud pertanyaan peneliti. Dalam proses ini peneliti tidak memberikan penilaian berdasarkan pemahaman atau pengalaman yang dimiliki sebelumnya oleh peneliti atau teknik *bracketing*.

Kegiatan wawancara selesai bila seluruh informasi yang dibutuhkan telah sesuai dengan tujuan penelitian. Rerata waktu yang dibutuhkan sekitar 1 jam. Selama proses wawancara peneliti menggunakan alat bantu berupa status pasien yang sudah diisi oleh partisipan yang digunakan sebagai catatan lapangan. Wawancara yang telah dilakukan direkam dengan alat perekam kemudian ditranskripkan secara kata perkata. Untuk keakuratan data kemudian dilihat lagi dengan cara mendengarkan kembali wawancara tersebut sambil membaca transkrip berulang-ulang. Untuk data pendukung peneliti menambahkan catatan lapangan kedalam transkrip *verbatim*.

## 3) Fase terminasi

Terminasi dilakukan setelah semua pertanyaan yang ingin ditanyakan sudah selesai. Peneliti menutup wawancara dengan mengucapkan terimakasih atas kerjasamanya dan tak lupa meminta nomor telepon yang bisa dihubungi untuk klarifikasi data bila ada

informasi yang harus dilengkapi. Jika dalam masih terdapat data yang masih belum lengkap, wawancara dapat dilakukan sekali lagi atau lebih (Kvale, 1987 dalam Patton, 1990). Peneliti melakukan kontrak kembali dengan partisipan untuk bertemu setelah transkrip selesai untuk validasi data.

Validasi tema akhir berdasarkan temuan hasil penelitian dijelaskan kepada seluruh partisipan. Seluruhnya setuju dengan tema-tema yang muncul sesuai hasil analisis tema. Peneliti memberikan gambaran tentang cara memunculkan tema-tema tersebut dari hasil transkrip yang sudah ditunjukkan kepada partisipan sebelumnya. Setelah melakukan validasi tema akhir, peneliti menyatakan bahwa proses penelitian telah berakhir. Peneliti mengucapkan terimakasih atas kesediaan partisipan selama proses penelitian.

### **3.6 Alat Bantu Pengumpulan Data**

Pada penelitian kualitatif instrument penelitian adalah peneliti sendiri. Karena ada keterbatasan kemampuan peneliti untuk bisa mengingat dan merekam seluruh kegiatan pengumpulan data maka dibutuhkan alat bantu yaitu alat perekam, buku catatan dan pedoman wawancara. Alat perekam yang dipergunakan dalam penelitian ini berupa *digital voice recorder* merek *Olympus* tipe WS-550 M dengan kapasitas memory 2 GB, buku catatan dan pedoman wawancara akan digunakan sebagai alat untuk mengumpulkan data penelitian. Alat perekam digital dipilih karena ungkapan pengalaman yang disampaikan oleh partisipan tidak memungkinkan untuk dicatat langsung oleh peneliti, selain itu dengan alat perekam digital maka rekaman bisa disimpan dalam bentuk format *Windows Media Audio (WMA)* yang bisa dibuka dengan *Winamp Media File*.

Buku catatan digunakan hanya untuk membuat *field note* atau catatan lapangan terkait ekspresi non verbal yang ditampilkan partisipan ketika

menyampaikan pengalamannya tentang pendokumentasian asuhan keperawatan serta untuk mencatat kondisi lingkungan selama proses wawancara. Status pasien dipergunakan untuk melengkapi *field note* sebagai bagian dari pengumpulan data. Menurut Frechtling (2002), *field note* atau catatan lapangan ini sering digunakan untuk memberikan latar belakang yang lebih mendalam atau untuk membantu pengamat mengingat peristiwa penting pada saat observasi dan wawancara. *Field note* berisi deskripsi dari apa yang telah diamati, dijelaskan secara faktual, akurat disertakan tanggal dan waktu kejadian. Dalam *field note* yang akan dicatat adalah situasi dan kondisi ruangan ketika dilakukan wawancara, sikap partisipan, respon partisipan pada saat menjawab dan peristiwa yang ditemukan pada saat pengambilan data berlangsung.

Sebelum melakukan proses pengumpulan data maka dilakukan uji wawancara untuk melihat kemampuan peneliti mengeksplorasi fenomena penelitian, kelancaran proses wawancara, kelengkapan isi dan kesulitan-kesulitan selama wawancara. Dalam proses pengumpulan data awalnya peneliti masih belum terbiasa dengan tehnik wawancara mendalam, tempat wawancara sulit menemukan ruangan yang dianggap cocok dan representative untuk dilakukan wawancara karena ruangan tersebut dipakai.

Rekaman hasil wawancara didengarkan berulang-ulang dan didokumentasikan bersama dengan catatan lapangan kemudian hasil uji coba wawancara didokumentasikan dan di print. Hasil transkrip wawancara diserahkan ke pembimbing dua untuk kemudian diberi masukan dan saran. Uji wawancara menggunakan tiga partisipan, hasil masukan dan saran diantaranya adalah pertanyaan masih belum mendalam, masih banyak pertanyaan tertutup dan sifat pertanyaan interogatif, informasi belum seluruhnya terungkap, peneliti masih belum '*bracketing*' dan data-data harus dilengkapi. Setelah partisipan ke tiga baru dinyatakan pengumpulan data boleh dilanjutkan sesuai arahan dan masukan pembimbing dua. Pembimbing

menganjurkan untuk berdiskusi dengan mahasiswa lain yang melakukan penelitian kualitatif.

### **3.7 Pengolahan dan Analisis Data**

#### **3.7.1 Pengolahan Data**

Pengolahan data dilakukan dengan cara mendokumentasikan data hasil wawancara dan catatan lapangan. Pendokumentasian dilakukan dengan memutar hasil rekaman, kemudian ditulis apa adanya dan digabungkan dengan catatan lapangan kemudian dicetak dalam bentuk transkrip. Transkrip dilihat keakuratannya dengan cara mendengarkan kembali wawancara sambil membaca transkrip berulang-ulang. Data tersebut kemudian disimpan serta di *backup* di computer, di *flash disc* dan di cakram digital (CD) untuk menghindari kehilangan data.

Data yang sudah dikumpulkan kemudian diberi kode untuk memudahkan analisis data, karena kode ini sebagai pembeda antara partisipan satu dengan partisipan lainnya. Koding dilakukan dengan member garis bawah pada transkrip pada kata kunci kemudian member nomor 1,2,3, dan seterusnya dibawah kata kunci yang digaris bawah. Kode untuk partisipan digunakan P1 untuk partisipan 1 dan seterusnya sampai P7.

#### **3.7.2 Proses Analisis Data**

Data yang sudah terkumpul kemudian dilakukan analisis data. Yang perlu diperhatikan adalah transkrip wawancara, catatan lapangan dari hasil pengamatan peneliti dan catatan harian peneliti tentang kejadian penting dari lapangan dan hasil rekaman.

Analisis dari data kualitatif secara khas adalah satu proses yang interaktif dan aktif. Setelah wawancara dilakukan maka hasil wawancara dan catatan lapangan segera dibuat transkrip *verbatim*.

Peneliti-peneliti kualitatif sering membaca data naratif mereka berulang-ulang dalam mencari arti dan pemahaman-pemahaman lebih dalam. Field dan Morse (1995) mencatat bahwa analisis kualitatif adalah proses tentang pencocokan data bersama-sama, bagaimana membuat yang samar menjadi nyata, menghubungkan sebab dan akibat. Yang merupakan suatu proses verifikasi dan dugaan, koreksi dan modifikasi, usul dan pertahanan.

Penulisan hasil pengumpulan data melalui wawancara dan catatan lapangan dilakukan sesegera mungkin setelah wawancara. Penulisan dilakukan dengan membuat transkrip *verbatim* berdasarkan hasil wawancara, dan membuat catatan lapangan. Analisis data baru akan dimulai setelah peneliti benar-benar memahami hasil transkrip dan catatan lapangan yang telah dibuat.

Analisis data adalah proses mengorganisasikan dan mengurutkan data ke dalam pola, kategori, dan satuan uraian dasar sehingga dapat ditemukan tema dan dapat dirumuskan hipotesa kerja seperti yang disarankan oleh data. Proses analisis data pada penelitian kualitatif fenomenologi dapat dilakukan melalui beberapa cara. Penelitian ini menggunakan metode analisis menurut Collaizi (1978, dalam Streubert & Carpenter, 2003). Metode tersebut dipilih, karena langkah-langkah analisis data menurut Collaizi cukup sederhana, jelas dan terperinci untuk digunakan dalam penelitian ini.

Tahapan analisis yang direncanakan untuk dilakukan dalam penelitian ini adalah: 1) membaca naratif partisipan secara berulang-ulang tentang pendokumentasian asuhan keperawatan 2) memilih kata dan ungkapan yang berhubungan dengan tujuan penelitian, untuk hal ini kata-kata kunci dikumpulkan sesuai tujuan khusus yang ingin dicapai 3) merumuskan makna untuk setiap pernyataan yang signifikan dengan

memilih kata kunci, disusun menjadi kategori –kategori sesuai pernyataan partisipan 4) mengelompokkan makna-makna kedalam kelompok tema dengan menyusun table kisi-kisi tema yang memuat pengelompokkan kategori ke dalam sub tema dan tema 5) mengulang prosedur ini untuk masing-masing deskripsi setiap partisipan dan menyusun rumusan kedalam kelompok kelompok tema 6) memvalidasi gambaran tersebut kembali kepada tujuh partisipan, berikan kesempatan kepada partisipan untuk membaca dan memberikan komentar terhadap tema-tema awal yang telah teridentifikasi dan mengkonfirmasi tema-tema terkait dengan pengalaman pribadi. Pertemuan ini untuk memverifikasi gambaran terhadap pengalaman partisipan dalam pendokumentasian asuhan 7) menggabungkan data yang muncul selama validasi kedalam suatu deskripsi final seperti yang akan diuraikan pada Bab IV.

Kesimpulan hasil analisis data kualitatif tidak dapat digeneralisir seperti pada penelitian kuantitatif. Peneliti menyimpulkan tema-tema terkait sesuai dengan ungkapan pengalaman partisipan. Kesimpulan pada penelitian ini tidak berupa kalimat-kalimat tetapi berupa tema-tema yang sesuai dengan fenomena persepsi perawat dalam pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan.

### **3.8 Keabsahan dan Validasi Data**

Seperti juga dalam penelitian kuantitatif, maka pada penelitian kualitatif keabsahan data penelitian juga perlu dilakukan uji validitas dan reliabilitas. Karena hasil penelitian kualitatif dapat dipercaya saat mampu menampilkan pengalaman partisipan secara akurat (Moleong, 2007). Jaminan keabsahan atau kejujuran dalam pengambilan data merupakan syarat penting dalam analisis data penelitian. Hasil analisis penelitian kualitatif dapat dipercaya saat mampu menyampaikan pengalaman partisipan terhadap fenomena yang diteliti secara akurat (Streubert & Carpenter, 2003). Prinsip keabsahan data

dalam penelitian kualitatif didasarkan pada kriteria *credibility*, *dependability*, *confirmability*, dan *transferability*.

Suatu penelitian dikatakan mencapai kriteria kredibilitas (*credibility*) saat memiliki deskripsi yang dapat dipercaya, atau deskripsi fenomena pengalaman hidup yang dituliskan oleh peneliti, diakui oleh partisipan sebagai pengalamannya (Lincoln & Guba, 1982, dalam Polit & Hungler, 1999). Kredibilitas dalam penelitian ini direncanakan untuk dilakukan setelah melakukan transkrip *verbatim* dan identifikasi tema terhadap hasil wawancara dengan partisipan. Hasil transkrip dan identifikasi tema dikembalikan pada partisipan untuk dibaca dan dilihat, apakah sudah sesuai dengan maksud yang ingin disampaikan terkait pengalaman perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. Apabila partisipan menyetujui maka membubuhkan tanda (√) atau paraf pada setiap halaman transkrip dan kata kunci yang diberi garis bawah. Apabila terdapat ungkapan yang ingin ditambahkan atau ada ungkapan yang masih kurang maka dilakukan verifikasi melalui telepon.

*Dependability* merujuk pada waktu dan kondisi yang berbeda. *Dependability* memiliki kesamaan makna dengan pengkajian realibilitas dalam penelitian kuantitatif (Polit dan Hungler, 1999). *Dependability* dapat dilakukan melalui dua cara, yaitu melibatkan lebih dari satu peneliti dalam sebuah penelitian, kemudian membandingkan hasil penelitian yang didapatkan; cara kedua yaitu dengan melakukan *inquiry audit*. *Inquiry audit* melibatkan *external reviewer* untuk menelaah data dan dokumen pendukung selama proses penelitian. Pada penelitian ini hasil transkrip dan analisis data dikonsultasikan ke pembimbing satu dan pembimbing dua untuk kemudian diberikan arahan, masukan dan kritik terhadap hasil analisis data penelitian cara ini disebut *External reviewer*.

*Confirmability* adalah obyektifitas atau netralitas data, seperti adanya persetujuan antara dua orang yang tidak terlibat dalam keseluruhan proses

penelitian, terhadap relevansi atau makna data penelitian. *Confirmability* yaitu melakukan pengujian terhadap hasil penelitian. Hal ini dilakukan peneliti dengan menunjukkan seluruh transkrip beserta catatan lapangan, tabel pengkategorian tema dan tabel analisis tema pada penelaahan eksternal dan melampirkan pada laporan akhir penelitian maupun artikel yang dibuat sehingga pembaca mengikuti alur pikir peneliti. *Inquiry audit* juga dapat dilakukan untuk mencapai tahap ini. Peneliti akan melakukan *audit trail*, yaitu mengumpulkan secara sistematis material dan dokumentasi hasil penelitian, yang berupa *transcript verbatim* dan *field note*, lalu memberikan kepada pembimbing sebagai *external reviewer* untuk dilakukan analisis perbandingan sehingga keabsahan penelitian dapat terjamin

Lincoln dan Guba (1985, dalam Polit dan Hungler 1999) mengatakan bahwa *transferability* merujuk pada kemampuan data untuk digeneralisasikan pada situasi dan kelompok sampel lain. Laporan penelitian yang disusun oleh peneliti seharusnya berisi tentang deskripsi data penelitian secara jelas, sistematis, mudah dimengerti, sehingga pembaca dapat mengevaluasi kemampuan penerapan data hasil penelitian tersebut pada konteks yang berbeda.

## **BAB 4**

### **HASIL PENELITIAN**

Bab ini menjelaskan tentang hasil penelitian tentang persepsi perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di RSUD GJ Kota Cirebon. Pada penelitian ini menghasilkan tujuh tema yang berkaitan dengan fenomena persepsi perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. Pada bab ini, peneliti akan memaparkan tentang gambaran pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di rumah sakit, karakteristik partisipan dan analisis tematik dari hasil penelitian.

#### **4.1 Karakteristik Partisipan**

Jumlah partisipan seluruhnya adalah tujuh orang, terdiri dari tiga orang laki-laki dan empat orang perempuan. Usia rata-rata 35 tahun, pengalaman kerja rata-rata 10 tahun dengan masa kerja terpendek satu tahun, masa kerja terlama 20 tahun. Kategori pendidikan tiga orang lulusan S1 Keperawatan, tiga orang lulusan DIII Keperawatan, satu orang lulusan SPK. Seluruhnya adalah pegawai negeri sipil yang ditempatkan di ruang rawat Super Vip, Vip B, Ruang Rawat Kelas I, Ruang Rawat Bedah Pria, Ruang Rawat Bedah Wanita, Ruang Rawat Anak dan Ruang ICU. Jabatan di ruangan hampir seluruhnya adalah pelaksana keperawatan, satu orang kepala ruangan. Pelatihan yang pernah diikuti sebagian besar pernah mengikuti pelatihan PPGD, dua orang belum pernah mengikuti pelatihan selama sepuluh tahun terakhir. Pelatihan tentang pendokumentasian asuhan keperawatan seluruhnya belum pernah mengikuti. Ada satu orang yang pernah mengikuti pelatihan MPKP yaitu kepala ruangan ICU. Untuk selengkapnya data-data tentang partisipan bisa dilihat di lampiran 4.

## 4.2 Tema

Peneliti akan menggambarkan keseluruhan tema yang terbentuk dari hasil analisis berdasarkan ungkapan partisipan saat peneliti melakukan wawancara yang mengacu pada tujuan khusus penelitian.

### 4.2.1 Persepsi perawat terhadap pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan

Persepsi perawat dalam pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan tujuan khusus penelitian yang terjawab dalam satu tema yaitu kurangnya pemahaman perawat tentang pendokumentasian asuhan keperawatan.

#### **Tema I : Kurangnya pemahaman perawat tentang pendokumentasian.**

Tema pemahaman perawat tentang pendokumentasian asuhan terbentuk dari sub tema: **pemahaman tentang proses keperawatan, pemahaman tentang dokumentasi pengkajian, pemahaman tentang diagnosis keperawatan dan intervensi, pemahaman tentang dokumentasi implementasi dan pemahaman tentang evaluasi, pemahaman tentang catatan perkembangan, pemahaman tentang aspek legal dalam pendokumentasian asuhan.** Selanjutnya masing-masing sub tema akan diuraikan sebagai berikut:

#### 1) Pemahaman tentang proses keperawatan

Sub tema pemahaman tentang proses keperawatan dibangun atas dua kategori yaitu kategori arti pendokumentasian dan langkah pendokumentasian. Kategori arti pendokumentasian diungkapkan oleh seluruh partisipan dengan pendapat yang berbeda-beda sesuai tingkat pendidikan. Kata kunci ini diungkapkan oleh partisipan yang berpendidikan SPK sebagai berikut:

“...lembaran-lembaran yang suka diisi oleh perawat dan perawat menuliskan laporan distatus pasien misalnya menuliskan keluhan

pasien, suhu, nadi, tensi, dan respirasi *advice* dokter dan obat-obatan injeksi pak itu ya pak...” (P6)

Partisipan yang berpendidikan DIII mengungkapkan tentang pemahaman perawat tentang pendokumentasian proses keperawatan. Kata kunci untuk kategori pencatatan diungkapkan oleh P1 dan P3 sebagai berikut:

“...setelah dikaji kita tulis dalam suatu format yang telah ditetapkan dimana kita bisa nanti kita akan bisa melihat eee....apa...eee masalah-masalah apa yang timbul pada pasien...” (P1 dan P3)

Partisipan yang berpendidikan S1 keperawatan mengungkapkan tentang pemahaman pendokumentasian seperti terungkap sebagai berikut:

“...suatu catatan perawat dimana legalitas dan kerjaan kita dilakukan dan dicatat dalam lembaran atau dokumen keperawatan...” (P7)

Kategori langkah dalam proses keperawatan diungkapkan oleh partisipan yang latar pendidikan SPK sebagai berikut:

“...langkahnya memeriksa TPRS, mengobservasi pasien menanyakan keluhan lalu ditulis di buku suhu nadi kalau obat ditulis di buku suntik...” (P6)

Sedangkan enam partisipan yang pendidikan DIII dan S1 Keperawatan mengungkapkan langkah-langkah proses keperawatan sebagai berikut:

“...langkah proses keperawatan adalah pengkajian,diagnosis keperawatan, perencanaan, intervensi evaluasi dan catatan perkembangan..” (P1,P2,P3,P4,P5,P7)

## 2) Pemahaman tentang dokumentasi pengkajian

Sub tema pemahaman tentang pengkajian dibangun atas kategori: **arti pengkajian, langkah pengkajian, tehnik pengumpulan data dan tehnik analisis data.**

Partisipan yang berpendidikan SPK mengungkapkan arti pengkajian sebagai berikut:

“...mendapatkan data dengan dengan pengukuran tanda-tanda vital, menanyakan keluhan dan mencatat pada buku laporan sushu nadi..” (P6)

Tiga partisipan yang berpendidikan D III keperawatan mengungkapkan tentang arti pengkajian sebagai berikut:

“...menemukan fakta dan data masalah kesehatan didapat melalui pengukuran, pemeriksaan, dan wawancara” (P3)

“...pengkajian identitas pasien...terus setelah itu keluhan utama...(lama...) diulang...terus riwayat penyakit sekarang ...dari terus setelah itu...ee. riwayat penyakit dahulu...riwayat penyakit keluarga, riwayat sosial ...psikologi terus eee..aktifitas sehari-hari di rumah..”(P3)

“...pemeriksaan fisik, maupun eee apa...eee... kitakan dapat data objektif sama subjektif ya pak ya...baik dari sumber primer maupun sekunder dimana untuk menemukan kesenjangan pasien...”(P1,P3)

Sedangkan menurut partisipan tujuh yang bertugas di ICU berbeda dalam mengungkapkan tentang pengkajian sebagai berikut:

“...tetapi karena di ICU maka pola pegkajiannya digunakan ABC dilanjut dengan survey sekunder.... sama dengan pengkajian di IGD..”(P7)

### 3) Pemahaman tentang diagnosis keperawatan dan intervensi

Sub tema pemahaman tentang diagnosis keperawatan dan intervensi dibangun atas kategori : arti diagnosis keperawatan, arti perencanaan, cara menyusun intervensi dan komponen perencanaan. Partisipan mengungkapkan arti diagnosis keperawatan dan dokumentasi intervensi adalah sebagai berikut:

“...diagnosis adalah masalah yang dibuat berdasarkan hasil pemeriksaan perawat dan bukan diagnosis dokter..”(P6)

“...menyusun tindakan yang akan dilakukan untuk mengatasi masalahnya pak....jadi enggak bisa satu tindakan tuh” (P6)

Ketika disuruh mengemukakan contoh diagnosis keperawatan partisipan yang latar pendidikan SPK mengungkapkan contoh diagnosis keperawatan adalah tipes, stroke dan DM seperti yang diungkapkan sebagai berikut:

“...contoh diagnosis keperawatan: tipes,stroke,DM..”(P6)

Partisipan yang berpendidikan D III keperawatan dan S1 Keperawatan mengungkapkan bahwa diagnosis keperawatan dan intervensi merupakan respon pasien terhadap masalah baik yang aktual maupun potensial yang muncul akibat adanya masalah kesehatan pasien. Diagnosis keperawatan terdiri dari *Problem Etiologi Symptom*. Hal yang diungkapkan oleh tiga partisipan sebagai berikut:

“...respon pasien sesuai penyebab, tanda dan gejala, diagnosis keperawatan ada yang aktual...., ada yang potensial, ....”(P1)

“...dibuat oleh perawat yang berdasarkan respon pasien terhadap adanya masalah kesehatan, rumusnya ada problem, etiologi dan symptom.” (P3)

“....*strategi* yang disusun untuk mengatasi kesenjangan yang dapat dari hasil pengkajian.” (P5, P7)

Kategori komponen perencanaan terdiri observasi, tindakan mandiri, kolaborasi dan pendidikan kesehatan dijawab secara lengkap oleh seluruh partisipan dengan memberikan contoh kasus perencanaan terhadap satu buah diagnosis keperawatan peningkatan suhu tubuh berhubungan dengan proses infeksi. Hampir seluruh partisipan mengungkapkan komponen perencanaan yang sama, seperti terungkap dalam salah satu partisipan:

“..observasi suhu tubuhnya kemudian, eee apa sih tindakan-tindakan apa misalnya kompres gitu ya, trus atau misalnya ada tindakan kolaborasi dengan dokter, misalnya dalam pemberian obat antipiretik..penkes banyak minum” (P5)

#### 4) Pemahaman tentang dokumen implementasi

Sub tema Pemahaman tentang dokumen implementasi mempunyai satu kategori pengertian implementasi.

Pengertian implementasi diungkapkan oleh seluruh partisipan yaitu melaksanakan tindakan sesuai dengan perencanaan yang sudah dibuat. Hal ini diungkapkan oleh seluruh partisipan sebagai berikut:

“...pelaksanaan eee apa tuh..ee tindakan yang telah kita rencanakan untuk mengatasi masalah atau diagnosis keperawatan, yang udah kita laksanakan kemudian kita tulis” (P1, P2,P3,P4,P5,P6,P7)

#### 5) Pemahaman perawat tentang dokumen evaluasi

Sub tema pemahaman perawat tentang dokumen evaluasi dibangun atas kategori pengertian evaluasi dan bentuk evaluasi. Partisipan mengungkapkan bahwa pemahaman perawat tentang evaluasi merupakan catatan perkembangan yang isinya *SOAP* atau *SOAPIER*.

Hal ini diungkapkan oleh partisipan yang berpendidikan D III, dan S1 keperawatan sebagai berikut:

“...kondisi apa sih....data pasien baik subjektif maupun objektif, analisis masalah masih ada masalah nggak, tujuannya tercapai atau tidak....bentuknya SOAPIER atau kadang SOAP aja” (P3,P5,P7)

6) Pemahaman tentang catatan perkembangan

Pemahaman tentang catatan perkembangan dibangun atas kategori arti catatan perkembangan, bentuk catatan perkembangan, perbedaan catatan perkembangan dan catatan perawatan (formulir C4). Kategori arti catatan perkembangan menurut partisipan, khususnya yang level pendidikan SPK. mengungkapkan bahwa catatan perkembangan dokter menanyakan hasil laboratorium bila konsul. Ungkapan selengkapnya adalah sebagai berikut:

“..kalau ngisi-ngisi kaya gini atau enggak kadang dilaporan kaya gitu-gitu aja pa, enggak ada berfokus ke les kecuali mungkin laporan kaya seperti lab, kalau gitu-gitu si kita tetep tulis untuk laporan diagnosis ee ke dokter kalau mau konsul kan suka ditanyain...” (P6)

Partisipan yang berpendidikan DIII mengungkapkan bahwa catatan perkembangan dan catatan perawatan adalah sama, sedangkan partisipan yang berpendidikan S1 mengungkapkan adanya perbedaan catatan perkembangan dan catatan perawatan atau C4. Mengenai maksud SOAP dan SOAPIER belum sepenuhnya difahami dengan baik oleh partisipan DIII. Ungkapan selengkapnya adalah sebagai berikut:

“..catatan perkembangan atau catatan perawatan adalah sama yaitu ya.. perkembangan kondisi pasien dari waktu ke waktu menggunakan SOAPIER atau SOAP saja..tapi selengkapnya tidak tahu.” (P1,P3,P4)

Partisipan yang berpendidikan S1 mengungkapkan perbedaan antara format catatan perkembangan dan format C4. Seperti ungkapannya sebagai berikut:

“..catatan keperawatan atau C4, isinya advis dokter dan tindakan yang dilakukan serta respon tindakan sedangkan catatan perkembangan ....catatan perkembangan isinya SOAP atau SOAPIER..” (P2)

“..catatan perawatn yang ditulis di C4 lebih berorientasi pada medis..kalau catatan perkembangan ya isinya SOAPIER..cuman disini justru C4 yang diutamakan sedangkan format catatan perkembangan malah jarang diisi..” (P5)

#### 7) Pemahaman tentang aspek legal dalam pendokumentasian

Partisipan mengungkapkan bahwa dokumentasi penting untuk tanggungjawab dan tanggung gugat. Hal ini diungkapkan oleh seluruh partisipan dalam penelitian ini:

“...kalau ada kejadian yang tidak diinginkan endak ada bukti karena ndak nulis, nah itu memang kelemahan perawat. ...takutnya ee..kalau terjadi proses hukum... maka ini sebagai bukti....Sebagai bahan pembelaan kita misalkan disidang...”(P3)

Partisipan yang berlatar pendidikan SPK belum mengetahui bahwa pendokumentasian apabila tidak dikerjakan akan mempunyai dampak hukum, hal ini terungkap dalam ungkapan sebagai berikut:

“...ga ada pa..setahu saya mah ga ada urusannya dengan hukum.kan kita nolongin orang.maksudnya kumaha pak.hukum ya? (sunda: apa maksudnya)...”(P6)

#### 4.2.2 Respon perawat dalam pelaksanaan pendokumentasian asuhan

Respon perawat dalam pelaksanaan pendokumentasian terjawab dalam dua tema yaitu **tanggapan negatif perawat terhadap**

**pendokumentasian dan pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan belum sesuai standar**

**Tema 2: Tanggapan negatif perawat terhadap pendokumentasian asuhan**

Tanggapan perawat terhadap pendokumentasian asuhan mempunyai lima sub tema yaitu: **dokumentasi membingungkan, kurang rasa tanggungjawab, kurang peduli, tidak patuh dan patuh terhadap pelaksanaan pendokumentasian asuhan.** Selanjutnya masing-masing sub tema akan diuraikan sebagai berikut:

1) Dokumentasi membingungkan

Berdasarkan ungkapan partisipan diketahui bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan membingungkan. Dua partisipan mengungkapkan bahwa dokumentasi membingungkan. Ungkapan selengkapnya adalah sebagai berikut:

“...kendala tu yang sekarang tuh karena mungkin anamnese nya terlalu apa sih? Terlalu jelimet gitu loh, jadi kadang-kadang susah ngisinya..”(P1)

Sedangkan P6 yang berpendidikan SPK bingung karena memang belum faham tentang langkah-langkah proses keperawatan, ungkapannya adalah sebagai berikut:

“...kalau teorimah saya jangan ditanya lah pak..gak ngerti saya sih ga faham..langkah-langkahnya..” (P6).

Tiga partisipan menyatakan bingung mengisi format dokumentasi askep yang susunannya tidak beraturan, seperti yang terungkap sebagai berikut:

“..... makanya ini bingung, kok ada dua macam format..sama-sama isinya ... letaknya enggak beraturan “(P2)

Empat partisipan kebingungan cara mengisi format C4 dan catatan perkembangan yang bentuknya beda tetapi isinya sama, hal ini seperti terungkap sebagai berikut:

“...Saya bingung antara mengisi format C4 atau format catatan perawatan dan catatan perkembangan... terpisah atau gimana gitu...” (P3)

Partisipan yang berasal dari Ruang ICU kebingungan menentukan format model apa yang cocok untuk situasi dan kondisi ICU, seperti terungkap sebagai berikut:

“...kita sudah pernah ke bidang perawatan untuk melakukan renovasi kardek tapi sampai sekarang masih bingung modelnya seperti apa yang paling cocok...” (P7)

Dua partisipan (P4 dan P6) mengungkapkan kebingungan cara mengisi pendokumentasian aspek khususnya format C4 dan format catatan perkembangan, karena isinya sama saja. Hal ini diungkapkan oleh dua partisipan sebagai berikut:

“...formatnya beda tapi menurut saya isinya sama...membingungkan” (P4)

Satu orang partisipan yang pendidikan SPK belum pernah belajar tentang evaluasi model *SOAP*, sehingga bingung bagaimana cara mengisinya. Partisipan P6 mengungkapkan:

“apalagi saya pak, saya mah dulu enggak belajar tentang gitu-gituan pak, *SOAP* atau apa tadi ya..bingung pak..”(P6)

- 2) Kurangnya rasa tanggungjawab perawat dalam pendokumentasian  
Kurangnya rasa tanggungjawab perawat untuk mengisi pendokumentasian dibangun oleh sub tema: malas mengisi, repot

dan mengabaikan pendokumentasian. Selanjutnya masing-masing sub tema akan diuraikan sebagai berikut:

Partisipan mengungkapkan bahwa mereka malas mengisi dokumen askep karena bosan, hal ini diungkapkan oleh empat dari tujuh partisipan. Ungkapannya adalah sebagai berikut:

“...kadang-kadang begitu pak...*males ngisi dokumen..* (P4)

“..nggak tau...*jenuh pak nulis askep tuh bosen gitu-gitu* aja (P2)

Banyaknya pekerjaan menyebabkan partisipan kehabisan waktu untuk mendokumentasikan asuhan. Seperti yang diungkapkan oleh P2 dan P3 yang mengungkapkan tidak punya waktu untuk menulis askep. hal ini diungkapkan oleh lima dari tujuh partisipan sebagai berikut:

“..ya *repot* pak, kadang-kadang *habis waktunya...banyak kerjaan..disini..*”(P2)

“... *waktu yang tidak ada..* mungkin males...” (P3)

Apalagi bertugas di ruang perawatan anak, terutama kalau dines sore atau malam. Seperti yang diungkapkan oleh P4 sebagai berikut:

“...kalau sore yang dines kan dua orang sedangkan pasien banyak..bisa mencapai 35...hari ini pasien 32 orang apalagi pasien anak kan banyak sekali tindakan...*jadi karena sibuk suka gak sempat nulis ....repot sekali ..*”(P4)

Kalau pasien penuh dan banyak pasien tindakan kadang-kadang malah bingung apa yang akan dikerjakan dulu karena sangat sibuk, hal ini diungkapkan oleh P6 yang memang banyak ditugasi untuk melaksanakan tindakan keperawatan dibanding mengisi status. Berikut adalah ungkapan P6:

“..kadang-kadang *lieur sayanya* (lieur: sunda= pusing) juga pak *mau yang mana duluan yang dikerjakan* saking *banyak kerjaan..*”(P6)

Empat partisipan mengungkapkan bahwa mereka sering mengabaikan pendokumentasian karena belum menganggap penting pendokumentasian, belum mengetahui bahwa dokumentasi asuhan keperawatan merupakan aspek legal, hal ini terungkap dari beberapa partisipan sebagai berikut:

“..belum tertuntut bahwa mendokumentasikan teh merupakan kewajiban...didalam pikiran belum terplot seperti itu..”(P1)  
“...disini pendokumentasian masih belum diutamakan ..... menganggagap dokumentasi gak penting..cuek...” (P7)

Partisipan yang lulusan SPK nampaknya belum faham benar bahwa pendokumentasian bisa berdampak hukum bila diabaikan. P6 mengungkapkan bahwa selama ini menganggap bahwa dokumen hanya merupakan pencatatan saja.

Partisipan P7 mengungkapkan bahwa teman-teman perawat jarang yang mencantumkan tanda tangan karena belum menyadari aspek hukum dokumentasi asuhan keperawatan. Ungkapan selengkapnya adalah sebagai berikut:

“.. saya gak ngerti pak..dianggapnya statusmah biasa-biasa aja..gak ada efek hukumnya..ooh berarti ada gugatan atau apa apa kita bisa kena ya pak...”(P6)

“..temen-temen belum menyadari bahwa legalitas pendokumentasian itu sangat penting..buktinya jarang ada tanda tangan ...”(P7)

### 3) Kurang peduli terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan

Kurang peduli terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan sub tema yang terbentuk dari beberapa kategori, yaitu: **duplikasi penulisan, terpengaruh dan lebih suka melakukan tindakan ke pasien dari pada mengisi status.**

Kategori **duplikasi** sesuai dengan yang diungkapkan oleh tiga partisipan yang mengeluhkan bahwa banyak sekali format yang harus diisi dan bentuknya sama sehingga harus ditulis berulang-ulang baik di status maupun di buku laporan. Ungkapan selengkapnya adalah sebagai berikut:

“...ada format yang dobel-dobel sehingga terjadi duplikasi..ee..(diam sambil berfikir)... ..kita nulis disini juga...disini juga...disini juga” (P3)

“...terus ini banyak sekali formatnya..dokter aja cuma selebar..ga seperti perawat...udah sih ngisi status ee harus ngisi di buku laporan dines juga kan dua kali kerjaan tuh pak..”(P4)

Bentuk pendokumentasian di ICU berbeda dengan di ruangan. Partisipan P7 yang bertugas di ICU mengungkapkan bahwa karena di ICU hanya menggunakan kardek sebagai bentuk laporan pendokumentasian maka tidak pernah mengisi format-format pendokumentasian yang dari ruangan lain, karena harus menulis dua kali dengan isi yang sama. Seperti terungkap sebagai berikut:

“... karena kita pakainya kardek maka stautusnya gak pernah diisi..karena jadi dua kali kerjaan...”(P7)

Kategori **terpengaruh teman** diungkapkan oleh dua orang partisipan yang mengungkapkan bahwa pada awalnya rajin mengisi dokumen, akan tetapi karena melihat teman-temannya jarang mengisi akhirnya jadi terpengaruh menjadi kurang peduli terhadap pengisian status, seperti unguapannya sebagai berikut:

“...kebiasaan disini ya...kalau dilaksanakan mah dilaksanakan cuman kadang-kadang (tertawa)..suka..apa..terbawa arus pak sayanya ..”(P3)

“...disuruh ngisi ini ya nurut ajah walaupun tidak sesuai dengan yang saya tahu...gitu ..terbawa arus lah pak jadinya “(P5)

#### 4) Tidak patuh

Ketidak patuhan melaksanakan pendokumentasian dibangun dari dua kategori yaitu: **tidak mau mengisi status** dan **sudah kebiasaan tidak mengisi status**. Kategori **tidak mau mengisi status** diungkapkan oleh Partisipan P6 yang mengungkapkan bahwa dia tidak mau mengisi status karena tidak mengerti dan tidak suka menulis di status. Ungkapannya selengkapnya adalah sebagai berikut:

“ ...saya kan memang jarang disuruh nulis karena saya gak ngerti...saya disuruhnya mah nulis gitu ya pa di status... ....tapi *kakarek narulis teu lila oge geus waregah..(tapi baru juga nulis biasanya sudah gak betah)...*.”(P6)

Kategori **sudah kebiasaan** tidak mengisi status diungkapkan oleh tiga partisipan. Bagi mereka yang penting sudah memasukan data tindakan keperawatan ke komputer, jadi pencatatan yang lain diabaikan. Karena kalau tindakan yang masuk ke komputer ada jasanya. Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“..tindakan kalau inget yah ditulis juga di status...tapi lebih penting catatan ke computer ...kan ada uangnya.. “(P3)

Kebiasaan mengisi status asal-asalan diungkapkan oleh tiga partisipan, seperti terungkap sebagai berikut:

“..pokoknya asal ada tulisan perawat nya aja pak...kan gak ada yang meriksa ini ..”(P4)

“..Boro-boro pak...apalagi analisis data, diagnosis keperawatan aja kadang-kadang asal nembak pak...malah kadang-kadang ga suka dibuat diagnosis keperawatan...” (P4)

#### 5) Patuh terhadap pelaksanaan pendokumentasian

Sub tema: **patuh** dibangun atas kategori-kategori: lembar observasi untuk pasien gawat selalu tercatat, patuh terhadap perintah tanpa

disuruh, patuh terhadap pencatatan instruksi dokter. Selengkapnya ungkapan partisipan adalah sebagai berikut:

“...pencatatan pasien yang gawat selalu dibuat lembar observasi.. Lembar observasi mencatat perubahan kondisi pasien, hasil observasi tanda vital dan kalau pasien meninggal dibuat laporan kronologis lengkap....” (P4)

Kategori **lembar observasi selalu dicatat** untuk melaporkan kondisi pasien yang gawat diungkapkan oleh hampir seluruh partisipan. Ungkapan selengkapnya adalah sebagai berikut:

“...kalau pasien gawat ada lagi kan pak lembar observasi ...advis dokter misal observasi setiap setengah jam..kita nanti akan catat hasil observasi...disini pak kita tinggal isi isi aja di kolomnya(P4)

“...laporan kejadian kalau pasien gawat harus lengkap soalnya untuk bahan laporan ke dokter (P7)

Kategori **kalau ada perintah**. Tiga partisipan mengungkapkan kalau lagi santai tanpa disuruh kepala ruangan pun asal mengisinya bersama-sama maka akan mau mengerjakan. Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“...kalau rame-rame ngisinya biasanya gak terasa pak (P4)

Kategori: **Instruksi dokter** selalu dicatat oleh perawat, karena kalau tidak dicatat akan mendapat teguran. Hal ini diungkapkan oleh hampir seluruh partisipan yang mengungkapkan sebagai berikut:

“.. he..he..kalau rencana perawat sih kalau tidak dikerjakan juga ga apa-apa...tapi ..kalau instruksi dokter gak ditulis wah bisa ditegur semua pak...dokter bisa marah (P2,P4)

Kategori yang paling patuh menurut partisipan adalah kepala ruangan, karena kepala ruangan adalah orang yang paling

bertanggungjawab terhadap kelengkapan status. Hal ini terungkap dari ungkapan tiga orang partisipan sebagai berikut:

“..kalau yang paling *rajin nulis* askep ya biasanya *kepala ruangan pak*, soalnya kalau tidak lengkap kan biasanya kan *dapat teguran* pak dari atasan.” (P1, P3)

“..*yang rajin mah* yang teliti banget mah ya jelas bapak Y si pa, soalnya kan mungkin *kepala ruangan* yang *tanggungjawab* kalau status banyak yang kosong..” (P6)

### **Tema 3: Pelaksanaan pendokumentasian asuhan belum sesuai standar**

Pelaksanaan pendokumentasian asuhan di ruangan dibentuk dari empat sub tema yaitu **pendokumentasian tidak faktual, pendokumentasian tidak akurat, pendokumentasian tidak komprehensif** dan **pendokumentasian tidak sistematis**. Untuk selengkapnya uraian sub tema pendokumentasian yang dilakukan di ruangan adalah sebagai berikut:

#### 1) Pendokumentasian yang dilakukan oleh perawat tidak faktual.

Pendokumentasian yang dilakukan oleh perawat belum tidak faktual atau tidak berdasarkan fakta, sub tema ini tersusun dari kategori pengkajian yang jarang dilakukan atau pengkajian dilakukan tapi tidak ditulis dan sub tema kelengkapan status, dimana status akan dilengkapi setelah pasien pulang atau sebelum dikirim ke medrek.

Kategori jarang melakukan pengkajian dengan lengkap terungkap dari tiga orang partisipan yang mengatakan bahwa mereka jarang melakukan pengkajian dengan lengkap tetapi hanya memindahkan data dari kartu anamnesa, kalau sibuk hanya menulis identitas dan bio data pasien saja. Hal ini terungkap dari pernyataan sebagai berikut:

“..dikaji *masalah utama* nya aja pak, *tidak dilakukan head to toe* atau sukanya *mindahin dari kartu anamnesa* ugd aja..” (P1)

“...pengkajian tidak dilakukan secara lengkap berdasarkan format pengkajian, hanya memeriksa TPRS dan menanyakan keluhan” (P2)

“..kalau sempat saya lakukan pengkajian kemudian ditulis di status, tapi kalau ga sempat paling ditulis identitasnya saja pak...”(P4)

Kategori tidak mencatat hasil pengkajian diungkapkan oleh dua partisipan. Menurut P3 dan P6 kalau ada pasien baru melaksanakan pengkajian TPRS dan menanyakan keluhan tetapi hasilnya tidak ditulis di format pengkajian, biasanya di C4. Ungkapannya selengkapnya adalah sebagai berikut:

“...Pengkajian dilaksanakan misalnya mengukur tanda-tanda vital, terus mengkaji keluhan-keluhan pada saat pasien baru masuk tapi ga ditulis “ (P3)

“...hasil pengkajian dan keluhan tidak dicatat apalagi kalau pake format pengkajian. ..”( P6)

Kategori pengisian setelah pasien pulang. Hampir seluruh partisipan mengisi dan melengkapi status setelah pasien pulang. Karena kalau kasus tidak lengkap akan dikembalikan ke ruangan. Tiga hari setelah pasien pulang, status harus dikirim ke *medical record*. Ungkapannya adalah sebagai berikut:

“...udah ah kalo pasien mau pulang saja ngisinya, pas mau dikirim ke medrek ..untuk dikirim ke medrek kan harus lengkap” (P1)

“...biasanya setelah pasien pulang akan dilengkapi sebelum dikirim ke medrek” (P2)

“...tidak saat itu dikerjakan tapi dikerjakan setelah masalah pasien teratasi atau...diisinya setelah pasien pulang pak...”(P3)

## 2) Pendokumentasian tidak akurat

Ketidak akuratan pelaksanaan pendokumentasian asuhan terbentuk dari beberapa sub tema yaitu: **diagnosis keperawatan, cara mengkaji keluhan, pencatatan hasil pengkajian, format khusus diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan tindakan, bukti legalitas.**

Kategori **diagnosis keperawatan** berdasarkan ungkapan dari tiga partisipan menyatakan bahwa bahwa diagnosis keperawatan kadang dibuat kadang tidak dibuat. Hal ini bisa dilihat dari ungkapan sebagai berikut:

“...diagnosis *keperawatan saya jarang melakukan pak..*” (P2, P3,P4)

Kategori **cara mengkaji keluhan** yang dilakukan oleh partisipan bukan melakukan pengkajian head to toe atau pemeriksaan fisik tetapi hanya memindahkan catatan keluhan utama dari hasil anamnesa UGD atau poliklinik kemudian dicatat dalam dokumen C4. Tiga dari partisipan mengungkapkan hal ini. Ungkapannya adalah sebagai berikut:

“ ..., tidak dilakukan *head to toe ...sukanya mindahin dari kartu anamnesa ugd aja ..*”(P1)

“...membaca *catatan dari status UGD* terus *pindahin ke laporan pak..*” (P6)

Kategori **tidak ada format** khusus untuk ruang ICU diungkapkan oleh P7. Menurut P7 di ruangnya tidak pernah menuliskan pengkajian, menentukan diagnosis keperawatan karena pendokumentasian hanya di kardek. Sementara di kardek belum tercantum proses keperawatan. Sehingga yang dikerjakan hanya membuat catatan perkembangan saja (*SOAPIER*). Hal ini diungkapkan oleh P7 sebagai berikut:

“..gak ada format lain cuma catatan harian berupa kardek aja..proses keperawatan ga ada formatnya pak...yang digunakan SOAPIER nya aja pak...” (P7)

Kategori **perencanaan**: dokumentasi perencanaan jarang dilakukan secara tertulis, hanya diingat-ingat saja. Masalah yang ditemukan tidak ditentukan prioritas masalah. Hal ini diungkapkan oleh hampir seluruh partisipan. Selengkapnya adalah sebagai berikut:

“enggak ada prioritas masalah..pokoknya masalah langsung dilakukan tindakan tanpa perencanaan dan diagnosis keperawatan..sudah terbiasa begitu...” (P2)

“..perencanaan hanya diingat-ingat saja,enggak suka ditulis” (P3,P4)

Kategori **pelaksanaan tindakan perawatan**: empat partisipan mengungkapkan bahwa kalau melaksanakan tindakan dilakukan secara spontan, langsung dilakukan setelah masalah ditemukan, tanpa melalui proses perencanaan dan penentuan diagnosis keperawatan. Empat partisipan mengungkapkan hal ini:

“..pada saat ee ..pelaksanaan.. biasanya spontan aja pak, misalnya kalau suhu panas ya langsung aja dikompres atau pasien sesek terus kita atur posisi...” (P3)

“...tidak ditulis perencanaannya..langsung tindakan aja pak...”(P4)

“...nggak ada perencanaan..kalau ada masalah ya langsung aja..ee langsung aja dilakukan perasat pak..misalnya infus bengkok ya langsung ganti infus..gak ada perencanaan pak...”(P6)

Kategori **bukti legalitas** tindakan. Empat partisipan mengungkapkan bahwa pembubuhan tanda tangan perawat sering dilupakan. Selengkapnya ungkapan tersebut adalah sebagai berikut:

“...Ya ini kekurangannya...tidak ada tandatangannya.” (P3, P4,P6)

“... saya melihat dokumentasinya enggak lengkap. Formatnya enggak ada...tanda tangan juga nih enggak tercantum (sambil menunjukan beberapa dokumen perawat yang tidak ada tanda tangannya)..” (P7)

### 3) Pendokumentasian asuhan tidak komprehensif

Pendokumentasian asuhan yang dilaksanakan di ruangan tidak komprehensif atau tidak lengkap dibangun oleh dua kategori yaitu: **tindakan yang ditulis** dan **semua kegiatan perawat ditulis di formulir C4**. Selengkapnya kategori tersebut akan dijelaskan sebagai berikut:

Kategori **tindakan yang ditulis**: partisipan mengungkapkan bahwa tindakan yang ditulis hanya tindakan yang masuk dalam komponen tarif sedangkan tindakan yang rutin dilakukan tidak dituliskan di dalam status. Empat dari tujuh partisipan mengungkapkan hal ini. Selengkapnya bisa dilihat sebagai berikut:

“...pimpinan sih selalu menekankan kepada kita supaya askep jangan dikosongkan terutama tindakan keperawatan, tapi akhirnya justru tindakan yang rutin jarang ditulis di status..” (P7)

“...kalau tindakan keperawatan kan masuk dalam komponen tarif pelayanan sehingga harus benar-benar didokumentasikan karena ada uangnya, kalau yang lainnya sih..kadang aja ditulis (P2)

### 4) Pendokumentasian asuhan keperawatan tidak sistematis

Pendokumentasian asuhan keperawatan tidak sistematis tersusun dari dua kategori yaitu: **pengisian catatan perkembangan** dan **fokus pencatatan pada tindakan kedokteran**. Selengkapnya kategori tersebut akan diuraikan sebagai berikut:

Kategori **pengisian catatan perkembangan**: *SOAPIER* hanya ditulis sebagai pelengkap saja. Tiga partisipan mengungkapkan bahwa catatan perkembangan hanya ditulis sehari, dan seringnya diisi pada saat pasien pulang. Ungkapan partisipan dapat dilihat sebagai berikut:

“...kadang-kadang bikin *SOAPIER* nya hanya diisi sehari saja atau dua hari pokoknya enggga berkesinambungan pak... (sambil *memperlihatkan* format catatan perkembangan yang diisi tapi hanya dua hari padahal pasien dirawat 12 hari)..” (P5)

Kategori **fokus pencatatan** asuhan berorientasi kepada tindakan kedokteran. Tiga partisipan mengungkapkan bahwa semua yang diinstruksikan dokter, advis, rencana pemeriksaan dituliskan di format C4. Seperti ungkapan partisipan sebagai berikut:

“...tindakan dokter, rencana dokter apa untuk hari ini atau untuk besok ada instruksi apa..kita tuliskan disini..kadang-kadang dari hasil tulisan dokter waktu visit, instruksinya ditulis di format C4..disinimah masih orientasi ke tugas dokter pak..” (P5)

#### 4.2.3 Hambatan- hambatan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan

Hambatan-hambatan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan terjawab dalam tema: **berbagai hambatan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan**. Tema ini dibangun dari empat sub tema yaitu: 1) **kurangnya kemampuan perawat** 2) **kurangnya sarana** 3) **kurangnya peran dan fungsi pengelola** 4) **kebijakan dan prosedur** 5) **pengaturan kondisi kerja**.

#### **Tema 4: Berbagai hambatan dalam pendokumentasian**

1) Kurangnya kemampuan tenaga perawat

Kurangnya kemampuan tenaga perawat dibangun oleh kategori : **latar belakang pendidikan perawat rendah, kurang faham tehnik pengisian, cara pengisian catatan perkembangan, kurangnya sosialisasi dan kurangnya kesempatan pelatihan.** Kategori-kategori tersebut akan diuraikan sebagai berikut:

Kategori: **latar belakang pendidikan** menurut ungkapan partisipan menyatakan bahwa saat ini masih ada perawat yang masih berpendidikan SPK, kemampuan perawat yang masih SPK dalam membuat pendokumentasian masih kacau. Selengkapnya ungkapan tersebut bisa lihat sebagai berikut:

“ di ruangan saya masih ada beberapa orang yang pendidikannya SPK..” (P1)

“...perawat SPK kan belum tau pak diagnosis keperawatannya .. lulusan SPK kalau buat dokumentasi isinya kacau...” (P2)

“...saya kepinginnya format teh lebih simpel kan untuk yang SPK susah kalau buat dan mikir aspek...di ruangan saya ada beberapa masih SPK ...”(P1, P2 dan P4)

Kategori: **kurang faham tehnik pengisian aspek.** Untuk yang berpendidikan SPK mengungkapkan bahwa waktu sekolah tidak belajar tentang proses keperawatan secara mendalam jadi tidak faham tentang pendokumentasian. Hal ini diungkapkan oleh (P6) sebagai berikut:

“udah pada lupa..saya kan SPK ..waktu sekolah enggak begitu dalam pak gak ngerti saya sih ga faham langkah-langkahnya” (P6).

Kategori **kurang faham tentang proses keperawatan SOAPIER** ternyata juga dialami oleh partisipan yang DIII, terutama dalam membuat evaluasi dan catatan perkembangan SOAPIER. Hal ini diungkapkan oleh 3 dari 7 partisipan sebagai berikut:

“ sumber dayanya tidak mengerti cara membuat SOAPIER ...”(P3)

“...saya sendiri kurang faham cara ngisi SOAPIER...temen-temen kebetulan kan kurang begitu paham tentang diagnosis keperawatan dan proses keperawatan”(P2)

Selain belum faham tentang SOAPIER, sejumlah partisipan bingung cara mengisi dua buah format yang namanya hampir mirip yaitu catatan perawatan atau dikenal dengan C4 dan catatan perkembangan. Cara pengisian format tersebut belum difahami oleh empat dari tujuh partisipan. Seperti diungkapkan sebagai berikut:

“...sehingga kita jadi kurang memahami SOAPIER..saya sendiri agak kurang faham pak...seringnya ngikutin yang sudah ada aja pak...” (P4)

“...temen-temen jarang mengisi format ini katanya kurang faham ngisinya.padahal sebagian sudah disosialisasikan tentang SOAPIER ..”(P7)

“ saya masih belum faham tentang perbedaan mengisi format C4 dan format catatan perkembangan pak...sebetulnya bagaimana sih pak?...kita kurang jelas..”(P3)

Kategori: **kurang sosialisasi**. Partisipan mengungkapkan bahwa mereka tidak disosialisasikan tentang cara pengisian aspek dan sosialisasi catatan perawatan atau C4. Seluruh partisipan mengungkapkan hal ini. Seperti ungkapan sebagai berikut:

“...sosialisasi formatnya kurang, terutama tentang cara pengisiannya..”(P2)

“...saya tidak tahu cara ngisinya.belum pernah saya diberi tahu cara mengisi format-format ini khususnya format C4 pak.” (P3)

“...bisa dikatakan kurang sosialisasi sehingga kita jadi kurang memahami SOAPIER.”(P4)

Kategori **kesempatan pelatihan**. Kesempatan untuk mengikuti pelatihan sangat terbatas, bahkan ada yang belum sekalipun mengikuti pelatihan, hal itu diungkapkan oleh P2 dan P 4 sebagai berikut:

“..Saya seumur-umur cuma sekali ikut pelatihan...pelatihan CI (clinical instructor)...lupa tahun berapa sudah lama sekali...saya tidak pernah ditawarin lagi..” (P1, P6)

“.. seumur-umur saya disini enggak pernah ikut pelatihan pak....” (P6)

Empat dari tujuh partisipan mengungkapkan bahwa selama ini belum pernah ada pelatihan cara pendokumentasian asuhan keperawatan. Seperti ungkapan sebagai berikut:

“..selama saya bekerja disini nggak ada. pelatihan tentang ini cara buat diagnosis keperawatan belum pernah kayaknya pak..pelatihan pendokumentasian proses keperawatan juga pak belum..” (P2)

“...Boro-boro..belum pernah ada pelatihan aspek pak” (P3)

“....kitanya juga banyak yang kurang memahaminya dalam hal cara mengisinya...belum pernah ada pelatihan aspek sih ...” (P4)

Tiga orang partisipan mengungkapkan keberatannya karena harus mengeluarkan sendiri biaya pelatihan, hal ini diungkapkan oleh tiga partisipan:

“.....kalau ikut seminar juga harus bayar sendiri kan males,” (P3)

“..cuma yang menjadi masalah dari mana uangnya kalau pelatihan mesti merogoh kocek sendiri dulu..” (P7)

## 2) Kurangnya sarana pendokumentasian

Sub tema kurangnya sarana pendokumentasian dibangun tiga kategori yaitu: **bentuk format** dan **cara pengisian format**.

Berdasarkan ungkapan partisipan banyak sekali format tetapi susunan penempatannya tidak teratur, isi format sama tapi bentuknya

berbeda, kolom tempat penulisan kecil-kecil. Hal ini menyulitkan perawat dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan.

Ungkapan selengkapnya adalah sebagai berikut:

”formatnya banyak, isinya sama, urutan letak formatnya tidak sistematis, format pengkajiannya ada yang contrenge ada yang ngisi titik, kurang simple pak..” (P2)

“...urutan format tidak beraturan. ..pengkajian kan harusnya di depan ya pa ya... terus baru diagnosis,.. dan seterusnya..lha inisih lembar pertama format C4, lembar ke dua diagnosis keperawatan, baru pengkajian,keperawatan pokoknya ga beraturan susunannya jadi membuat bingung yang ngisinya...”(P5)

Empat partisipan mengungkapkan bahwa format banyak sekali dan isinya sama, hal ini diungkapkan oleh tiga partisipan sebagai berikut:

“..banyak sekali format pak, ada format diagnosis keperawatan, ada format proses keperawatan, ditambah lagi format C4 dan catatan perkembangan saya jadi menulis beberapakali..duplikasi pak...”(P2)

Lima orang partisipan mengungkapkan **kolom** untuk mengisi pendokumentasian kecil-kecil sehingga kesulitan mengisinya. Hal ini sesuai ungkapan sebagai berikut:

“..saya lihat kolom untuk menuliskan kecil-kecil..kalau yang ditulisnya banyak gak cukup kolomnya pak..” (P2)

“..kalau misalkan ternyata dibagian kulit misalnya ada kelainan banyak berarti panjang tulisannya...sedang kolomnya cuma sedikit...terus rencana keperawatan juga terlalu sempit tempatnya tidak cukup kalau menuangkan di kotak tersebut ..”(P3)

Kategori: **cara pengisian format**, partisipan mengungkapkan bahwa cara mengisi format membingungkan dan terlalu banyak format yang harus diisi. Tiga partisipan yang mengungkapkan sebagai berikut:

“..saya masih bingung tentang cara pengisian format ini pak...misalnya disini ada format diagnosis keperawatan terpisah, terus ada format perencanaan keperawatan ada lagi, ..eh ada lagi format proses keperawatan yang lima kolom..saya bingung mau pake yang mana ..”(P5)

Partisipan mengungkapkan bahwa format pengkajian masih belum sederhana, belum berupa ceklist sehingga menyulitkan pada saat pengisian. Ungkapan bisa dilihat sebagai berikut:

“..Jadi format pengkajian yang ada itu sekarang bentuknya tidak sederhana ...gak sederhana jadi susah untuk ...ngisi ...” (P1)

“..pengkajian jarang menggunakan format pak soalnya belum ceklist..” (P3)

Partisipan mengungkapkan hambatan yang dirasakan adalah adanya duplikasi pembuatan laporan. Disamping harus berulang-ulang mengisi format yang jumlahnya banyak, ditambah lagi harus mengisi buku laporan. Tiga partisipan mengungkapkan sebagai berikut:

“...ada format yang dobel-dobel sehingga terjadi duplikasi ee...(diam sambil berfikir)...kita nulis disini juga...disini juga...disini juga..” (P3)

### 3) Kurangnya peran dan fungsi pengelola

Kurangnya peran dan fungsi pengelola dibangun dari sub tema: **pemberian insentif, peningkatan karir, ketidakadilan, kurangnya motivasi, penerapan sangsi pengawasan, pengarahan, pengorganisasian.**

Kategori: pemberian insentif diungkapkan oleh dua partisipan yang menyatakan bahwa selama ini belum ada insentif khusus bagi perawat yang melaksanakan pendokumentasian. Hal ini terungkap dalam pernyataan sebagai berikut:

“...belum ada imbalan untuk pengisian pendokumentasian asuha keperawatan..” (P2)

Kategori **peningkatan karir**: pendokumentasian masih belum dijadikan dasar untuk peningkatan karir, hal ini dikemukakan oleh 3 partisipan yang mengungkapkan sebagai berikut:

“pendokumentasian tidak bisa dijadikan dasar untuk naik pangkat ..kayaknya cuma sarat doang untuk administrasi ..” (P3).

Kategori **keadilan**: Partisipan mengungkapkan bahwa mereka merasa bahwa yang mengisi askep dan yang tidak mengisi askep tidak dibedakan perlakuannya. Ungkapannya adalah sebagai berikut:

“.. saya kan melihat orang yang mengisi dan yang tidak mengisi sama saja tidak ada bedanya kalaupun bisa dibedakan dong yang rajin dan yang malas ngisi supaya dihargai..” (P3,P5)

Kategori **peningkatan karir**: Dua partisipan mengungkapkan bahwa untuk kenaikan pangkat masih disamakan dengan struktural, padahal perawat seharusnya bisa 3 tahun atau 3.5 tahun naik pangkat. Hal ini diungkapkan sebagai berikut:

“..seharusnya bisa seperti guru, kalau angka kredit sudah tercapai kan bisa naik pangkat..di kita enggak..point kita sudah tercapai tetep aja enggak naik” (P4)

Kategori **kemauan kurang**: dua partisipan mengungkapkan bahwa kemauan untuk melaksanakan pendokumentasian masih kurang karena kurang motivasi dari pimpinan. Hal ini seperti diungkapkan sebagai berikut:

“... kemauan perawat kurang..mungkin karena kurangnya motivasi jadi belum mau nulis dokumentasi ..”(P1, P2)

Kategori **pemberian motivasi** yang dilakukan oleh kepala ruangan masih kurang. Hal ini diungkapkan oleh empat partisipan yang mengungkapkan sebagai berikut:

“..yong kepala ruangnya ga pernah memotivasi gitu, ga mewajibkan semua harus mengisi..gak tegas..”(P2)

“ ..kepala ruangan jarang memberikan motivasi sehingga perawat belum mau mendokumentasikan secara lengkap..” (P3)

Kategori **penerapan sangsi**: dua partisipan mengungkapkan bahwa sampai saat ini belum ada penerapan sangsi, hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“..nggak ada pemberian sangsi bagi yang mengerjakan dan tidak mengerjakan sama saja pak ..”(P2)

“...paling kalau ga nulis ditegur aja,enggak ada sangsi tegas kalau tidak mengisi aspek melanggar standar..” (P3)

“...selama ini paling kepala seksi yang suka ngontrol ke sini..kita suka ditakut-takutin kalau gak ngisi entar kena sangsi dipanggil bidang keperawatan ..” (P6)

Kategori **kontrol atasan**: tiga dari tujuh partisipan mengatakan bahwa kepala ruangan jarang sekali melakukan kontrol dan supervisi asuhan keperawatan. Ungkapan selengkapnyanya adalah sebagai berikut:

“...belum pernah ada supervisi aspek dari bidang keperawatan... kepala instalansinya sendiri suka nggak ngontrol dokumentasi”(P7)

“..Kontrol dari atasan langsung selama ini..yang penting harus terisi...tidak menjelaskan dan menjabarkan isinya seperti apa.” (P3)

Kategori **pengarahan**: Fungsi pengarahan yang dilakukan oleh kepala ruangan masih kurang. Tiga orang partisipan mengungkapkan bahwa peran kepala instalasi masih kurang, ungapannya adalah sebagai berikut:

“ ya instalasi apa lagi..gak pernah meriksa pak...” (P2)

“ kepala instalasi gak suka ngasih pengarahan pak, kecuali kepala ruangan kalau ada rapat..” (P3)

“...Kepala instalasi kurang peduli kondisi anak buah..(P5,P7)

Dua partisipan mengungkapkan bahwa jarang diberikan pengarahan tentang cara pengisian dokumentasi asuhan keperawatan. Ungkapannya adalah sebagai berikut:

“...perintah dari pimpinan kadang-kadang dilakukan tetapi ...hanya bisa merintah...yang penting ada isinya..harus diisi..cuman kan benar atau tidaknya kita tidak tahu “(P3)

“...kepala ruangan sering suruh ngisi-ngisi..tapi gak pernah ngasih tahu cara ngisinya ya akhirnya kita asal ngisi..benar atau tidaknya saya gak pernah tahu..” (P4)

Kategori **rapat**: rapat yang membahas tentang pendokumentasian asuhan keperawatan jarang dilakukan, hal ini diungkapkan oleh lima orang partisipan. Ungkapannya adalah sebagai berikut:

“..rapat suka ada tapi tidak rutin pak..kalau membahas pendokumentasian asuhan mah enggak pernah pak..” (P2)

“..memang suka ada rapat-rapat khususnya kalau ada kejadian penting...kalau ada permasalahan gitu..tapi gak membahas pendokumentasian pak “(P4)

Kategori **pengorganisasian**. Partisipan mengungkapkan bahwa di ruangan tidak ditunjuk penanggungjawab pengisian asuhan keperawatan. Ungkapan adalah sebagai berikut:

“ ...penanggung jawab askep disini tidak ada pak,kalau yang saya tahu kepala ruangan yang bertanggung jawab..seringnya begitu ..pernah sih ditunjuk penanggung jawab status tapi tidak jalan pak.” (P3)

Hampir seluruh partisipan mengungkapkan bahwa pembagian tugas untuk setiap perawat adalah sebagai berikut:

“..kalau dines pembagiannya kalau yang nyuntik ya nyuntik aja pak...kalau ganti verban ya ganti verban..masih fungsional pak ya..” (P3)

“...disini memang distruktur organisasi tercantum model team, tetapi kenyataannya enggak pak..masih fungsional..” (P5)

#### 4) Kebijakan dan prosedur

Kebijakan dan prosedur bisa digambarkan dari kategori belum adanya **standar pendokumentasian** dan **belum adanya kebijakan tertulis** tentang kewajiban perawat mengisi dokumentasi asuhan keperawatan. Selengkapnya kategori tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

Kategori **standar pendokumentasian**: standar atau panduan belum ada di ruangan, hal ini dikemukakan oleh empat partisipan. Ungkapan dari partisipan adalah sebagai berikut:

“...Kan saya gak tahu... kalau ada SOP dan SAK,, dulu sih tahunya ada sih..sekarang sih gak tahu...disimpannya juga dimana gak tahu..” (P1)

“...dulu saya pernah melihat ada standar askep pak waktu tugas di ruang VIII tetapi di ruangan saya sekarang enggak ada...” (P4)

“..saya kurang tahu pak..setahu saya sih belum lihat tuh seperti apa sih pak buku pedoman SAK itu..” (P5)

Kategori **kebijakan pimpinan**: kebijakan tertulis tentang perawat wajib mengisi status belum ada, hal ini diungkapkan oleh tiga partisipan. Ungkapannya adalah sebagai berikut:

“...seharusnya ada peraturan tertulis wajib mengisi pendokumentasian....kalau lisan enggak kuat pak...” (P6)

#### 5) Pengaturan kondisi kerja

Pengaturan kondisi kerja tergambar dalam kategori **waktu** dan **beban kerja**. Selengkapnya kategori bisa diuraikan sebagai berikut:

Kategori **waktu**: waktu untuk menuliskan pendokumentasian tidak ada. Hal ini diungkapkan oleh empat partisipan, selengkapnya ungkapan tersebut adalah sebagai berikut:

“...kalau sedang senggang ya saya kerjakan pak..tapi kalau sibuk ya kadang lupa ditulis..kadang kalau enggak sempet ya sudah..ga keburu pak..” (P4)

Kategori **beban kerja**: beban kerja di ruangan sangat tinggi hal tersebut membuat perawat repot dan tidak sempat menerjakan status. Terutama yang bertugas di ruangan rawat anak, ruang rawat bedah dan ruang VIP B. Ungkapannya selengkapnya adalah sebagai berikut:

“ ...saya kalau sedang sibuk pasien boro-boro kepegang pak...saya disini capek pak..kadang pasien VIP maunya dilayani aja..” (P1)

“..kalau di ruang anak bapak kan tahu sendiri pak..anak keci kan banyak tindakannya..dikit-dikit infus bengkak...infus kecabut...tahu-tahu waktu habis gak kerasa pak..” (P4)

#### 4.2.4 Upaya- upaya yang dilakukan dalam pendokumentasian askep

Upaya-upaya yang dilakukan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan tujuan khusus, terjawab dalam tema : **berbagai upaya yang sudah dilakukan**. Tema ini tergambar dalam sub tema: **meningkatkan kemampuan staf, membuat kebijakan, pemberdayaan, manajemen waktu, meningkatkan pengawasan dan pengarahannya.**

## **Tema 5: Berbagai upaya yang sudah dilakukan**

### 1) Meningkatkan kemampuan staf

Untuk meningkatkan kemampuan staf salah seorang partisipan yang berpendidikan SPK berupaya belajar ke perawat yang ditunjuk sebagai penanggung jawab askep dan merupakan instruktur klinik di ruangan tersebut. Hal itu sesuai dengan ungkapan partisipan sebagai berikut:

“..kalau ada yang tidak ngerti saya *belajar* ke Pa H.B terus dia suka *membimbing penulisan*, kadang juga kalau sedang ada mahasiswa bimbingan ikut mendengarkan..” (P6)

### 2) Membuat kebijakan

Membuat kebijakan adalah sub tema yang disusun oleh dua kategori yaitu **menerapkan aturan tentang kelengkapan status** dan **merubah budaya agar mau menulis di status**.

Kategori **aturan tentang kelengkapan status**: medrek hanya menerima status yang sudah lengkap, kalau status tidak lengkap akan dikembalikan ke ruangan. Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“..untuk dikirim ke medrek kan *harus lengkap..kalau tidak lengkap pasti dikembalikan*..” (P1)

P3 mengungkapkan bahwa pengisian status dilakukan setelah pasien pulang, ungapannya adalah sebagai berikut:

“....diisinya setelah pasien pulang pak...biasanya *sebelum ke medrek status harus dilengkapi*.kalau ga lengkap kepala ruangan biasanya diberikan laporan..” (P3)

Dari bagian medrek menekankan agar status harus dilengkapi terutama formulir catatan perawatan atau format C4. Empat

partisipan mengungkapkan bahwa format C4 harus terisi lengkap setiap hari. Ungkapan partisipan dapat dilihat sebagai berikut:

“...pokoknya sih asal yang C4 aja yang diisi yang lainnya belakangan..” (P1)

“..yang penting bagian medrek sih asal formulir C4 diisi meskipun format lainnya tidak diisi juga ga apa-apa..” (P3)

Tiga partisipan mengungkapkan bahwa adanya kebijakan harus mengisi format C4 menyebabkan format-format yang lain jadi jarang diisi. Ungkapan selengkapny adalah sebagai berikut:

“ ..awalnya memang sulit untuk merubah kebiasaan mengisi status, tetapi sejak C4 diterapkan semua dituliskan di format tersebut...akan tetapi pengisian format-format yang lain diabaikan...”(P1, P3, P5)

### 3) Pemberdayaan

Untuk mengisi dan melengkapi status maka upaya pemberdayaan yang dilakukan tergambar dalam kategori : **melibatkan mahasiswa, bekerja kelompok, membatasi tugas vokasional, membuat uraian tugas perawat, memberikan sangsi, memberikan penghargaan.**

Kategori **melibatkan mahasiswa**: mahasiswa dilibatkan dalam mengisi kelengkapan status. Ungkapannya adalah sebagai berikut:

“ ..Kalo untuk penulisan hasil pemeriksaan tanda-tanda vital kan ada bukunya ya pa ..buku observasi suhu nadi...ya cuma jarang dipindahin ke sini...kecuali kalau senggang atau suka diisi mahasiswa..”(P5).

**Kategori kelompok**: mengerjakan pengisian status secara berkelompok atau bersama-sama lebih disukai oleh perawat di ruangan. Lima partisipan mengungkapkan kepala ruangan sering bersama-sama mengerjakan status sambil mengisi waktu luang. Selengkapny ungkapan partisipan adalah sebagai berikut:

“...kadang kepala ruangan suka nyuruh ngisi dan kepala ruangan juga ngisi bareng memberi contoh..kalau kita enggak ngisi enggak enak..”(P1)

“...kepala ruangannya sering bareng-bareng ngisi askep” (p2)

Kategori **pembatasan** tugas vokasional: di ruangan masih ada yang berpendidikan SPK. Menurut ungkapan partisipan, yang pendidikan SPK biasanya difokuskan pada melaksanakan tindakan keperawatan, karena sering pendokumentasian tidak bisa dimengerti. Dua partisipan mengungkapkan sebagai berikut:

“saya jarang disuruh ngisi askep karena memang saya nggak ngerti jadi kepala ruangan suruh saya fokus ke tindakan aja pak..” (P6)

“...Kalau yang nulis perawat SPK kan belum tau pak diagnosis keperawatannya” (P2)

**Kategori uraian tugas** : Untuk mensiasati agar status yang masih kosong maka harus dibuat aturan yang mewajibkan perawat mentaati peraturan kepala ruangan. Dua partisipan yang bertugas di ruang rawat bedah mewajibkan setiap satu orang perawat mengisi minimal 10 status setiap bulan, dan diperiksa oleh kepala ruangan. Kalau dalam satu bulan belum mencapai target, akan ditegur. Ungkapannya adalah sebagai berikut:

“ di ruangan saya setiap perawat wajib mengisi 10 status per bulan...”(P3)

“... udah dibuat aturan dan sampai sekarang masih berlaku ...minimal seorang perawat disini ngisi atau melengkapi status sebanyak 10 status...”(P5)

Untuk pengendalian, maka setiap perawat dicatat pencapaian target setiap bulan. Seperti yang diungkapkan oleh P5 sebagai berikut:

“ yg saya tahu ya pa ya saya si ibunya bilang lisan aja tapi udah ada bukunya misalnya saya bulan agustus targetnya nii... 10 status..suka menanyakan udah mencapai target belum kalau belum suka diingatkan..” ( P5)

Untuk memudahkan koordinasi maka kepala ruangan menunjuk seorang perawat sebagai penanggung jawab pengisian status. Seperti yang diungkapkan oleh empat dari 10 partisipan sebagai berikut:

“...Ada sih pak...ditunjuk sebagai penanggungjawab pengisian status..”(P2)(P3) (P5)

**Kategori sangsi** : Bagi yang belum mau mengisi status, kepala ruangan biasanya memberikan teguran. Seperti yang diungkapkan oleh P6 sebagai berikut:

“..selama ini paling Kepala seksi yang suka ngontrol ke sini..kita suka ditakut-takutin kalau gak ngisi entar kena sangsi dipanggil bidang keperawatan..” (P6)

**Kategori insentif**: Perawat yang melakukan pendokumentasian sampai saat ini belum ada insentif khusus, tetapi seperti yang diungkapkan oleh empat partisipan menyatakan:

“...sekarangmah kalau tindakan perawatan ada uangnya pak...dulu-dulumah tidak pernah..”(P2, P3,P5)

#### 4) Manajemen waktu

Partisipan mengungkapkan bahwa sangat sulit mengatur waktu apabila keadaan pasien sibuk atau lagi banyak kerjaan, sehingga pengisian status dilaksanakan pada saat sedang senggang atau menjelang waktu pulang kerja sambil menunggu operan. Hal ini diungkapkan oleh empat partisipan sebagai berikut:

“..kalau tidak repot biasanya bersama-sama kepala ruangan mengisi status bareng-bareng...biasanya kalau menjelang pulang, pekerjaan selesai atau sambil menunggu operan..”(P3)

#### 5) Meningkatkan pengawasan

Meningkatkan pengawasan dibangun oleh kategori : kelengkapan status, pengarahan, *feed back*. Selengkapnya diuraikan kategori sebagai berikut:

Kategori **kelengkapan status pasien gawat**: Untuk pasien-pasien yang memerlukan pemantauan ketat misalnya pasien gawat selalu dibuat laporan dan ada lembar observasi. Hal ini diungkapkan oleh tiga partisipan yang selengkapnya adalah sebagai berikut:

“...kalau *ada pasien waskat* kan kita konsul pak..ada tulisannya disini...misalkan jam sekian ada masalah ini..terus sudah konsul ke dokter ini..dapat instruksi ini..nah kita tulis disini pak setelah dilakukan semuanya..*selain ditulis disini (di status) kita juga tulis juga di buku laporan..*”(P4)

Kategori  **pencatatan instruksi dokter**: karena merupakan kolaborasi yang melibatkan profesi lain, dibuat peraturan untuk konsul via telepon, advis dokter semua harus tercatat dan dilengkapi hari, jam, tanggal paraf dan nama jelas di lembar konsultasi dokter. Hal itu diungkapkan oleh tiga partisipan yang mengungkapkan:

“...sudah wajib pak..kalau konsul per telepon maka hasil konsul harus tertulis di lembar konsul, kalau ada instruksi ya ditulis selain di status juga di buku laporan..yang konsul tanda tangan, jam berapa gitu konsuhnya..” (P1,P2)  
“ *instruksi dokter harus ditulis lengkap*, kalau ketahuan tidak ditulis *dokter bisa marah..*”(P4)

#### 6) Meningkatkan pengarahan

Sub tema meningkatkan fungsi pengarahan dibangun oleh kategori memberikan instruksi dan pemberian umpan balik.

Kategori pengarahan : penekanan kepada keharusan mengisi status yang masih kosong dan memberikan umpan balik kepada perawat yang belum mencapai target pengisian status, kepala ruangan sering memeriksa hasil pencatatan perawat. Ungkapannya adalah sebagai berikut:

“ kepala ruangan ee..seringnya.ee suruh isi—isi ..supaya ga kena teguran” (P1)

“..seringnya sambil duduk dengan kepala ruangan mengisi status bersama-sama..suka bilang tolong status jangan dikosongkan..” (P5).

#### 4.2.5 Dukungan yang diperlukan dalam pendokumentasian

Dukungan yang diperlukan dalam pendokumentasian asuhan merupakan tujuan khusus yang terjawab dari tema: dukungan dari atasan langsung. Dukungan dari atasan langsung dibentuk dari dua sub tema yaitu: **pemberian motivasi** dan **sistem penghargaan**

##### 1) Pemberian motivasi

**Sub tema pemberian motivasi** dibangun oleh kategori: waktu luang, status harus terisi dan keadilan.

**Kategori waktu luang:** dilakukan dengan menyuruh perawat untuk memanfaatkan waktu senggang dengan pengisian status. Hal ini diungkapkan oleh tiga dari tujuh partisipan. Selengkapnya adalah sebagai berikut:

“...hayo-hayo ngisi-ngisi, kalau terlihat perawat sudah selesai kerjaan suka ngajak pada ngisi bareng-bareng..sambil bercanda..” (P3)

“karu suka duduk bareng ngisi semua status...semua perawat duduk bersama mengisi sambil berdiskusi atau saling bertanya dengan temen-temen sendiri..kalau rame-rame ngisinya biasanya gak terasa pak.kepala ruangan memberikan instruksi supaya status harus diisi karena untuk pembayaran klaim ke perusahaan askes..” (P5)

**Kategori berlaku adil:** Sebanyak dua partisipan mengungkapkan bahwa kepala ruangan membedakan isi DP III untuk penilaian kinerja perawat yang rajin dan tidak rajin dalam hal mengisi askep. Dua partisipan mengungkapkan hal tersebut:

“..Enggak ada pak..jadi kan ya mungkin rewardnya itu yang saya tahu biasanya nanti pengaruhnya mungkin ke DP3 sepertinya pak,” (P5)

“ biasanya kepala bidang kan suka nanyain eh si ini bagaimana prestasinya di ruangan,minta masukannya bahwa dia sudah layak untuk naik pangkat karena baik sering ngisi dokumen terus saya tambah nilai DP III nya “(P7)

## 2) Pemberian penghargaan

Sub tema dibangun oleh dua kategori yaitu pemberian imbalan dan sanksi bagi perawat. Kategori **imbalan**: seluruh partisipan mengungkapkan pentingnya pemberian imbalan untuk meningkatkan kinerja khususnya dalam pendokumentasian asuhan. Selama ini belum ada pemberian imbalan atas jasa pendokumentasian yang sudah dilakukan. Seperti terungkap sebagai berikut:

“..kalau ke jasa atau imbalan sih kayaknya enggak ada..soalnya bukan berdasarkan pendokumentasian aspek sih pembagian jasanya...kalau tindakan sih ada pak tarifnya.makanya harus selalu di entry ke computer supaya enggak hilang..” (P3,P5)

**Kategori sanksi**: Untuk pemberian sanksi memang belum secara tegas dinyatakan dalam peraturan rumah sakit. Menurut partisipan empat dari tujuh partisipan mengungkapkan pemberian sanksi berupa teguran suka diberikan oleh kepala ruangan apabila tidak mau mengisi status.

“..selama ini kepala ruangan suka ngontrol ..suka ditegur kalau status suka kosong... suruh melengkapi kalau ga dilengkapi nantinya Jp nya dikurangi..tapi hanya gertak aja..”(P6)

### 4.2.6 Harapan dalam pelaksanaan pendokumentasian

Harapan dalam pelaksanaan pendokumentasian merupakan tujuan khusus yang terjawab dalam tema harapan terhadap pengambil kebijakan. Harapan terhadap pengambil kebijakan disusun dari beberapa sub tema: **standarisasi format, perbaikan manajemen,**

**peningkatan mutu, peningkatan mutu, kejelasan uraian tugas dan pemberian penghargaan. Sub tema tersebut akan diuraikan sebagai berikut:**

1) Standarisasi format

Sub tema standarisasi format dibangun atas kategori: format sesuai dengan standar, format lebih baik, dan renovasi format untuk ICU.

Kategori **standarisasi format**: partisipan menginginkan format yang sesuai standar. Format standar yang diinginkan adalah yang sesuai teori yaitu format proses keperawatan (5 kolom) yang meliputi: pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Seperti disampaikan oleh P5 :

“...format yang dipake sesuai standar...tata letak format teratur..*langkah-langkahnya sebaiknya sesuai dengan teorinya*”(P5)

Kategori **format lebih baik**: Partisipan menginginkan format yang sederhana yang berbentuk cek list. Hal ini seperti diungkapkan oleh P5

“...*saya kepinginnya format teh lebih simpel...tolong komite buat format yang sederhana dan mudah dikerjakan...(P1)*” . Hal yang sama disampaikan oleh P5, “*pengkajian dibuat simpel dan sederhana ...cek list saja*”(P5)

Format yang digunakan membingungkan. Kebingungan disebabkan oleh banyaknya format tetapi isinya sama, kode yang tidak jelas dan format yang tidak berurutan. Hal ini seperti disampaikan oleh P5:

“..urutan tidak *sistematis*..” dan P3 “..*format nya banyak, tapi isinya sama, format tidak berurutan, kode format tidak jelas*” (P3).

Kategori **renovasi format**: untuk ruangan khusus seperti ICU pencatatan dilakukan hanya pada kardek yang isinya tidak terdapat proses keperawatan, hanya berbentuk isian SOAP dan pencatatan observasi berupa tabel-tabel. Menurut P7 sebagai kepala ICU

harapanya kepala bidang perawatan bisa menentukan format yang paling cocok untuk ICU dan sudah menyerahkan untuk ICU merancang formatnya. Hal ini diungkapkan oleh P7:

*“..renovasi format di ICU (P7)..”*

*“ sebenarnya ini sudah lama...sudah ke bidang perawatan supaya format dirubah..sekarang sedang disusun..Cuma yang paling cocok seperti apa..saya belum tahu..” (P7)*

## 2) Perbaiki manajemen

Perbaiki manajemen merupakan sub tema yang disusun dari kategori pengaturan mekanisme pemantauan, menciptakan role model, perubahan. Kategori pengaturan mekanisme pemantauan: pimpinan diharapkan lebih berperan dan dibentuknya tim supervisi khusus dokumentasi askep.

Kategori pimpinan lebih berperan: diungkapkan oleh partisipan yang mengharapkan agar pimpinan lebih sering turun ke bawah untuk melihat permasalahan. Hal ini dapat terungkap dari pernyataan partisipan seperti yang diungkapkan oleh P7:

*“ ...komite keperawatan membantu untuk perubahan..” (P7)*

*...turun melihat ke ruangan jangan kayak sekarang bidang perawatan tidak pernah turun ke bawah melihat dan memotivasi perawat...”(P7)*

*“...bidang perawatan turun ke lapangan .melihat bahwa kondisinya seperti ini biar tahu masalahnya...(P7)”*

Partisipan mengharapkan agar bidang perawatan membentuk tim khusus yang fungsinya melakukan supervisi terhadap dokumentasi asuhan keperawatan. Hal ini terungkap berdasarkan pernyataan salah satu dari partisipan:

*“...seharusnya ada tim khusus..meriksa askep..dinilai terus hasilnya gimana gitu pak..kita-kita biar tahu mana yang benar...” (P2,P3)*

*“...selama ini paling Kepala seksi yang suka ngontrol ke sini...kita suka ditakut-takutin kalau gak ngisi entar kena sanksi dipanggil bidang keperawatan” (P6)..”dan “ ..koordinasi dengan bidang perawatan harus lebih sering”(P7).*

Kategori **role model**: partisipan membutuhkan motivasi agar pendokumentasian dilakukan dengan baik hal ini diungkapkan oleh P5 sebagai berikut:

“Kita inginnya kepala ruangan lebih memberikan contoh .bisa juga dari kepala instalasi atau bidang keperawatan melihat langsung kondisi kita-kita disini..supaya mengetahui permasalahan di bawah pak..jangan duduk aja di depan..”(P5)”

Kategori **perubahan**: partisipan mengharapkan agar komite bisa ikut menentukan perubahan. Hal ini terungkap dari pernyataan:

“...berharap dari komite keperawat membantu perubahan” (P7)

### 3) Peningkatan mutu

Peningkatan mutu dibentuk oleh dua kategori yaitu peningkatan mutu SDM dan peningkatan kepetuhan terhadap standar. Kategori peningkatan mutu: mutu SDM bisa ditingkatkan melalui pelatihan, sosialisasi, karena perawat masih mendokumentasi sesuai standar. Dokumentasi yang dilakukan sekarang masih dibuat asal-asalan karena kurangnya sosialisasi terhadap standar. Partisipan mengakui asal membuat dokumentasi dan asal-asalan. Hal ini terungkap dari pernyataan:

“..diagnosisnya asal tembak aja... asal ada isinya lembaran ini pak...makanya harus ditingkatkan pak..sosialisasi, pelatihan aspek sangat perlu tuh pa.”(p5).

Partisipan belum mengetahui adanya standar karena kurang disosialisasikan.

“..terus sosialisasi dan pelatihan pak kita ini kurang sekali\_“(P5)

Kategori perbaikan standar: partisipan mengharapkan agar dokumentasi sesuai standar, tidak asal buat format tidak diberi tahu sara mengisinya. Hal ini diungkapkan oleh partisipan P1,P2,P5 sebagai berikut:

“..kayaknya *format* ini gak saya dapat waktu sekolah..terutama format C4 pak..setahu saya dulu yang format isinya langkah-langkah proses keperawatan dan catatan perkembangan saja pak...gimana tuh pak..?” (P5)

“...kan ada standar pak, kenapa gak dipakai sebagai acuan..”(P5)

#### 4) Kejelasan uraian tugas

Kejelasan uraian tugas tersusun dari kategori uraian tugas. Kurang jelasnya pembagian tugas dan kewenangan perawat menyebabkan perawat ragu-ragu melaksanakan tindakan karena terkait dengan jasa pelayanan. Hal ini diungkapkan oleh P5 dan P7 yang mengungkapkan adanya informasi kalau pasang infus bukan tugas perawat, pasang kateter juga bukan tugas perawat, sehingga jasa pelayanannya buat dokter padahal perawat yang mengerjakan. Ungkapan selengkapnya adalah sebagai berikut:

“ bagaimana gak rugi pak..kita yang kerja, tapi dokter yang dapat uangnya..katanya nginfus, pasang kateter bukan kewenangan kita..gimana jadinya tuh pa..”(P7)

#### 5) Pemberian penghargaan

Sub tema pemberian penghargaan tersusun dari kategori pemberian reward, peningkatan status dan pemberian insentif.

Kategori pemberian reward: partisipan mengharapkan adanya reward bagi perawat yang menuliskan pendokumentasian, baik berupa pemberian insentif atau kemudahan naik pangkat dari pencatatan dokumentasi askep.

Harapan partisipan dokumentasi dapat membantu pengembangan karir. Selama ini penghargaan terhadap dokumentasi masih kurang. Reward yang diharapkan adalah adanya pengaruh penulisan dokumentasi dengan kenaikan pangkat.

“...Tah mungkin..eta...kalau kata saya...seandainya ada reward dari kenaikan pangkat..mungkin bisa ada kaitannya dengan kita...ada imbasnya untuk kita supatya lebih rajin mengisi askep”.(P1)

Partisipan merasakan selama ini baik perawat yang rajin maupun tidak rajin tetap bisa naik pangkat. Bahkan yang rajin pun tidak dapat naik pangkat lebih cepat dari kenaikan rutin 4 tahun sekali.

“..untuk kenaikan pangkat...jangan disamakan dengan struktural..sekarang mah naik pangkat sama aja 4 tahun..sekarang mah percuma...da nulis gak nulis tetap 4 tahun...harus ada timnya yang menilai kredit point..ada jenjang perbedaan buat yang rajin dan yang tidak rajin “(P1)”

“...saya dan temen-temen naik pangkat lebih dari 3.5 tahun...kayaknya kalau setahu saya sih jarang yang kurang dari 3 tahun pak...meskipun pakai angka kreditmah pasti kan peraturannya begitu...kayaknya gak ngaruh pak..gimana tuh pak (P4)”

“Misal kita isi pendokumentasian apa ...inikan kitamasukin kredit point ..tapi kenyataannya setelah kita..point kita tercapai .....kita tetep aja gak bisa naik kan pak...tetep aja kita nanti regular...”(p4)

“...kayaknya gak ngaruh pak..gimana tuh pak ..”(P4)

## **BAB 5**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini peneliti akan menjelaskan interpretasi dari hasil penelitian, keterbatasan penelitian ini dan implikasinya bagi keperawatan. Interpretasi hasil penelitian dilakukan dengan membandingkan hasil penelitian dengan tinjauan pustaka dan penelitian-penelitian yang terkait yang telah diuraikan sebelumnya. Pembahasan ini akan peneliti uraikan secara terstruktur berdasarkan tujuan penelitian dengan diawali penjelasan tema-tema yang didapatkan. Keterbatasan penelitian akan dibahas dengan membandingkan proses penelitian yang telah dilalui dengan kondisi ideal yang seharusnya dicapai. Implikasi penelitian akan diuraikan dengan mempertimbangkan pengembangan lebih lanjut bagi pelayanan, pendidikan dan peneliti keperawatan.

#### **5.1 Interpretasi Hasil Penelitian**

Peneliti mengidentifikasi tujuh tema yang merupakan hasil dari penelitian ini. Tema-tema yang teridentifikasi sudah menjawab tujuan khusus penelitian. Persepsi perawat terhadap pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan terjawab dari satu tema yaitu kurangnya pemahaman perawat tentang pendokumentasian asuhan keperawatan yang masih kurang. Respon perawat dalam pelaksanaan pendokumentasian asuhan terjawab dalam dua tema yaitu: 1) tanggapan negatif perawat terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan dan 2) pelaksanaan pendokumentasian di rumah sakit belum sesuai dengan standar. Hambatan-hambatan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan terjawab dalam satu tema yaitu : berbagai hambatan dalam pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan. Upaya-upaya yang dilakukan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan terjawab dalam tema: berbagai upaya yang sudah dilaksanakan untuk meningkatkan pendokumentasian. Dukungan yang diperlukan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan digambarkan pada tema dukungan yang diperlukan

dalam pendokumentasian. Harapan dalam pendokumentasian asuhan tergambar dalam tema harapan terhadap pengambil kebijakan.

#### 5.1.1 Persepsi Perawat terhadap Pendokumentasian asuhan keperawatan

Persepsi perawat terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan terjawab dalam satu tema yaitu **kurangnya pemahaman perawat tentang pendokumentasian asuhan keperawatan**. Tema ini terbentuk dari beberapa sub tema yaitu: pemahaman perawat tentang proses keperawatan, pemahaman perawat dalam pengkajian, pemahaman perawat dalam perencanaan dan diagnosis keperawatan, pemahaman perawat dalam pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan, pemahaman perawat dalam dokumentasi evaluasi dan pemahaman perawat dalam aspek legal pendokumentasian.

Hasil penelitian ini telah terungkap bahwa pemahaman perawat tentang pendokumentasian asuhan keperawatan di RSGJ masih kurang. Pemahaman perawat dalam pendokumentasian mempengaruhi persepsi perawat dalam berbuat dan bertingkah laku baik positif ataupun negatif. Persepsi seseorang terhadap suatu hal baik berupa rangsangan atau informasi akan membentuk perilaku seseorang dalam berespon terhadap rangsangan tersebut. Rangsangan akan menghasilkan pembentukan sikap, yang kemudian membawa kepada satu atau lebih respon afektif, kognitif dan perilaku tertentu. Komponen perilaku mengacu pada kecenderungan seseorang untuk bertindak terhadap sesuatu dengan cara tertentu (Gibbson, 2001).

Persepsi pada dasarnya menyangkut proses informasi pada diri seseorang dalam hubungannya dengan objek stimulus. Dengan demikian persepsi merupakan gambaran arti atau interpretasi yang bersifat subjektif, artinya persepsi sangat tergantung pada kemampuan dan keadaan diri yang bersangkutan. Kemampuan seseorang

mempersiapkan sesuatu salah satunya dipengaruhi oleh pemahaman terhadap suatu obyek atau stimulus. (Toha, 2008).

Bila dikaitkan dengan persepsi perawat, maka yang dimaksud dengan persepsi adalah gambaran, pemahaman atau pandangan seorang perawat dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan sesuai dengan informasi yang didapat sebelumnya, pengetahuan, pengalaman, kebutuhan yang akan mengarahkan seseorang untuk melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan. Pemahaman perawat tentang pendokumentasian asuhan keperawatan bisa mempengaruhi persepsi seorang baik negatif ataupun positif. Persepsi perawat dalam pelaksanaan asuhan keperawatan akan berbeda-beda pada setiap orang. Faktor karakteristik individu yang meliputi umur, jenis kelamin, tingkat pengetahuan, faktor situasi, desain pekerjaan akan mempengaruhi persepsi perawat dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan Gibson (2001).

Komponen kognitif sangat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan dan pengalaman individu yang dapat direfleksikan melalui pemahaman individu terhadap suatu objek. Toha (2008) menjelaskan bahwa persepsi pada hakikatnya adalah proses kognitif yang dialami oleh setiap orang didalam memahami informasi tentang lingkungannya, baik lewat penglihatan, pendengaran, penghayatan, perasaan, dan penciuman. Berdasarkan hasil penelitian ini maka pemahaman merupakan bagian dari persepsi yang bisa mempengaruhi seseorang untuk bertindak sesuatu dengan cara tertentu. Pemahaman terhadap pelaksanaan pendokumentasian sangat mempengaruhi kualitas pendokumentasian yang dilakukannya. Menurut penelitian Karmawati (1998) penelitian tentang persepsi perawat terhadap dokumentasi asuhan keperawatan dipengaruhi oleh faktor beban kerja perawat, ketersediaan sarana dan

prasara yang menunjang pendokumentasian asuhan keperawatan, metode asuhan dan peran manajer keperawatan.

1) Pemahaman perawat dalam proses keperawatan

Respon kognisi berkaitan dengan penilaian seseorang yang dimanifestasikan sebagai kesan baik atau tidak baik terhadap suatu obyek yang bisa dimanifestasikan dalam wujud tingkat pemahaman terhadap suatu hal. Pemahaman terhadap suatu obyek akan tercermin dalam sikap dan perilaku seseorang melakukan suatu tindakan (Gibson, 2001). Sikap dan perilaku perawat bisa dilihat dari sejauh mana perawat tersebut melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan (Iyer & Camp, 1999). Bila dikaitkan dengan hasil penelitian ini maka pemahaman perawat dalam proses keperawatan khususnya dalam langkah-langkah proses keperawatan sebagian besar partisipan sudah bisa memahami langkah-langkah proses keperawatan khususnya yang level pendidikan DIII dan S1 Keperawatan. Bagi perawat yang pendidikan SPK belum memahami seutuhnya proses keperawatan, hal ini tercermin dalam perilaku mereka dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan yang akan dijelaskan pada tema respon perawat terhadap pendokumentasian asuhan perawatan.

Hasil penelitian mengungkapkan bahwa partisipan yang berpendidikan SPK memahami pendokumentasian proses keperawatan sebagai bentuk format-format atau lembaran-lembaran yang digunakan sebagai laporan tertulis tentang kondisi klien. Partisipan yang berpendidikan D III keperawatan memahami pendokumentasian proses keperawatan sebagai suatu bentuk pencatatan data-data yang berkaitan dengan kondisi pasien dan keluhan atau masalah yang dirasakan oleh pasien. Sementara partisipan yang berpendidikan S1 keperawatan memahami proses

keperawatan sebagai suatu bentuk aspek legal yang dicatat dalam format pendokumentasi proses keperawatan. Menurut Merelli (2000), dokumentasi memiliki makna yang penting bila dilihat dari berbagai aspek seperti aspek hukum, jaminan mutu, akreditasi, komunikasi, dan penelitian. Aspek hukum memberikan suatu perlindungan bagi perawat yang melaksanakan sebagai bentuk tanggung jawab dan tanggung gugat.

Sub tema langkah-langkah dalam proses keperawatan yang diungkapkan oleh partisipan seluruhnya berpendapat sama terdiri dari pengkajian, menentukan diagnosis, membuat perencanaan, melaksanakan tindakan keperawatan, membuat evaluasi dan mencatat perkembangan pasien, kecuali yang berpendidikan SPK mengungkapkan bahwa langkah proses keperawatan orientasinya adalah kepada tindakan yang biasa dilakukan oleh perawat vokasional. Menurut Rancangan Undang-Undang Praktek Keperawatan, perawat vokasional adalah perawat yang sudah menyelesaikan pendidikan DIII atau SPK di lembaga yang terakreditasi yang diakui pemerintah (PPNI, 2009). Di dalam Rancangan Undang-Undang Praktek Keperawatan kewenangan praktek untuk perawat vokasional dibatasi oleh kompetensinya, dimana untuk yang lulusan SPK tetap melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan tetapi dibawah arahan perawat professional atau perawat generalis. Aplikasi di ruangan adalah ketua tim yang membuat proses keperawatan, sedangkan implementasi dilaksanakan oleh perawat yang vokasional. Perawat tetap menuliskan tindakan keperawatan yang sudah dilakukannya untuk verifikasi data bahwa tindakan sudah dilaksanakan.

Langkah-langkah yang diungkapkan oleh seluruh partisipan sudah sesuai dengan langkah-langkah proses keperawatan yang

dikemukakan oleh standar pendokumentasian asuhan keperawatan yang dikeluarkan oleh ANA (2010) dan PPNI (2010) yaitu terdiri dari pengkajian data, penentuan diagnosis keperawatan, perencanaan, pelaksanaan tindakan keperawatan dan evaluasi. Sedangkan pemahaman mengenai langkah-langkah proses keperawatan yang dikemukakan oleh partisipan yang berpendidikan SPK dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan yang mungkin belum memahami secara teori tentang langkah-langkah proses keperawatan.

Hal ini bisa difahami bahwa perawat lulusan SPK memang merupakan tenaga vokasional yang memang tidak diberdayakan dalam pendokumentasian asuhan, karena menurut Rancangan Undang-Undang Praktek Keperawatan, perawat vokasional hanya mengerjakan pelaksanaan tugas sederhana dan harus dibawah pengawasan perawat professional (PPNI, 2009). Akan tetapi meskipun bukan suatu keharusan seorang perawat membuat proses keperawatan, peraturan perundangan tetap mewajibkan bagi seluruh perawat untuk melaksanakan tindakan keperawatan berdasarkan langkah-langkah proses keperawatan, hal ini tertuang dalam Kepmenkes 1239 tahun 2001 dan Kepmenkes 128 Tahun 2010 tentang registrasi praktek perawat.

Di RSUD GJ meskipun jumlah perawat SPK sedikit ( 27,1 %) tetapi merupakan bagian dari korp RS yang tetap harus diberdayakan, ditingkatkan kemampuannya agar bisa sejajar dengan perawat D III atau S1. Meskipun jumlahnya sedikit, tetapi masa kerja mereka rata-rata sudah lama dan dianggap perawat senior. Bila dibandingkan dengan perawat yang baru-baru yang lulusan DIII atau S1, maka perawat yang SPK ini mempunyai etos kerja yang tinggi, jarang mangkir absen, apel selalu hadir, respon kalau disuruh menyelesaikan tugas cepat. Hal ini berdasarkan wawancara dengan

kepala ruangan dalam suatu kesempatan supervisi komite keperawatan.

Penelitian tentang pengaruh pendidikan terhadap komitmen melaksanakan tugas yang dilakukan oleh Steer (1977 dalam Winter, 2000) disimpulkan bahwa tingkat pendidikan berhubungan negatif dengan komitmen terhadap tugas. Artinya semakin tinggi tingkat pendidikan maka komitmen terhadap tugas yang diberikan akan semakin rendah, atau semakin rendah tingkat pendidikan maka komitmen terhadap tugas dan pekerjaannya akan tinggi. Kondisi ini disebabkan karena perawat yang berpendidikan rendah akan melakukan pekerjaan dengan lebih baik sehingga dapat meningkatkan pengembangan karir dan penilaian yang lebih baik dari manajer atau atasan. Perawat yang berpendidikan SPK bisa diberdayakan untuk melaksanakan tindakan atau prosedur non keperawatan.

Pemahaman seorang perawat terhadap proses keperawatan akan sangat berpengaruh terhadap kualitas pendokumentasian yang dilakukannya. Pemahaman tersebut dipengaruhi oleh kematangan individu, tingkat pendidikan dan pengalaman (Notoatmojo, 2009). Pendokumentasian asuhan keperawatan yang dipersepsikan oleh perawat dalam bentuk pemahaman tentang langkah proses keperawatan dipengaruhi oleh bagaimana perawat tersebut belajar baik melalui pendidikan formal baik SPK, DIII, S1 Keperawatan, pelatihan informal seperti sosialisasi dan pelatihan khusus tentang metode pendokumentasian, belajar dari kesalahan melalui pengalaman, tetapi juga pemberian motivasi dari pimpinan dan kepribadian.

Dalam penelitian ini partisipan tetap melakukan pendokumentasian proses keperawatan meskipun memiliki karakteristik pendidikan yang berbeda. Latar belakang pendidikan bukan menjadi suatu penghalang bagi perawat dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan. Dalam melakukan dokumentasi asuhan, perawat melakukan pendekatan ilmiah berdasarkan proses keperawatan yang dilakukan secara mandiri. (McFarlane 1980 dalam Savage & Moore.(2004). Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan bentuk tanggung jawab dan tanggung gugat perawat professional, bersifat legal dan berdampak terhadap kesejahteraan perawat (Brooks,2010).

## 2) Pemahaman tentang dokumentasi pengkajian

Hasil penelitian di RSUD Gunung Jati Cirebon terungkap bahwa partisipan yang berpendidikan SPK memahamami pengkajian merupakan suatu proses tanya jawab dan pemeriksaan fisik. Partisipan dengan pendidikan DIII keperawatan memahamami pendokumentasian pengkajian sebagai suatu bentuk menemukan data untuk mendapatkan masalah keperawatan. Sedangkan Partisipan yang berpendidikan S1 keperawatan memahamami proses pengkajian sebagai langkah-langkah dalam pengumpulan data melalui pemeriksaan fisik serta data terdiri dari data subjektif dan objektif sebagai dasar untuk menentukan diagnosis keperawatan.

Menurut Standar Profesi dan Kode Etik Perawat Indonesia (PPNI,2010), standar proses dalam pengkajian terdiri dari : 1) Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, dan mempelajari data penunjang (hasil lab, catatan klien lainnya) 2) Sumber data adalah klien, keluarga atau orang terdekat, tim kesehatan, rekam medik serta catatan lain. 3) Klien berpartisipasi dalam proses pengumpulan data 4) Data yang

dikumpulkan, berfokus untuk mengidentifikasi: status kesehatan klien saat ini, status kesehatan klien masa lalu, status biologis, fisiologis, psikologis, sosial, kultural dan spiritual, respon terhadap terapi, harapan terhadap tingkat kesehatan yang optimal, resiko masalah potensial. Sedangkan menurut Potter & Perry (2009), langkah dalam pengkajian adalah mengumpulkan data, mengelompokkan data, memvalidasi data dan menentukan diagnosis keperawatan. Menurut Crisp, Potter & Perry (2005) dokumentasi pengkajian merupakan komponen kunci dalam membuat keputusan klinis untuk mengetahui keadaan dan masalah pasien supaya bisa ditegakkan diagnose keperawatan.

Dari hasil penelitian terungkap bahwa pemahaman perawat dalam pengumpulan data semuanya bisa menjawab dengan baik, termasuk cara mencari sumber data baik primer ataupun sekunder, hanya saja data yang harus dikumpulkan masih berfokus pada menanyakan keluhan utama, bukan menggali sampai riwayat kesehatan masa lalu, status biologis, fisiologis, psikologis, sosial kultural dan spiritual, respon terhadap terafi, masalah aktual dan potensial yang dihadapi. Hal ini disebabkan karena tingkat pemahaman yang masih kurang tentang konsep-konsep yang berhubungan dengan pemahaman tentang patofisiologi dan ilmu prilaku, khususnya bagi perawat yang masih SPK dan DIII. Bagi perawat yang berpendidikan S1 sudah memahami sampai analisis data untuk menentukan masalah aktual atau potensial dari data-data pengkajian yang didapatkan. Menurut hasil penelitian Menurut Mobiliu,S. (2005), mendapatkan hasil penelitian tentang adanya hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan (DIII) dengan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan.

Baik perawat SPK, DIII kedua-duanya dapat melakukan pengkajian, namun dengan kualitas dan kelengkapan yang berbeda-beda sesuai

dengan bekal ilmu yang didapat pada saat pendidikan. Kemampuan perawat dalam melakukan tehnik pengumpulan data sangat penting untuk dapat mengumpulkan informasi sebanyak-banyaknya tentang kondisi pasien. Karena tidak mungkin bisa menentukan diagnosis keperawatan tanpa melakukan pengkajian. Dokumentasi Pengkajian Keperawatan sangat penting untuk diisi oleh perawat karena diagnosis keperawatan tidak mungkin dapat ditegakkan bila pengkajian keperawatan tidak diisi dengan lengkap (Potter & Perry, 2009)

### 3) Pemahaman tentang diagnosis keperawatan dan intervensi

Hasil penelitian di atas partisipan dengan S1 keperawatan lebih memahami secara rinci tentang diagnosis keperawatan dan perencanaan, tidak hanya sekedar pengertian tetapi juga memahami tentang jenis dan bentuk diagnosis serta perencanaan keperawatan. Penentuan diagnosis dan perencanaan yang tepat bagi pasien dapat membantu mengatasi masalah secara cepat dan tepat sehingga masalah cepat teratasi.

Hasil penelitian pada partisipan yang berpendidikan SPK tentang pemahaman perawat tentang diagnosis keperawatan dan intervensi mengungkapkan bahwa diagnosis keperawatan merupakan suatu masalah yang dibuat berdasarkan hasil pemeriksaan sedangkan intervensi merupakan proses tindakan untuk mengatasi masalah. Partisipan yang SPK tidak bisa menyebutkan arti diagnosis keperawatan, ketika diberikan pertanyaan untuk mengungkapkan contoh diagnosis keperawatan jawaban partisipan adalah tipes, *DHF*, *DM*. Hal ini disebabkan karena konsep tentang diagnosis keperawatan memerlukan pemahaman mendalam tentang konsep-konsep kebutuhan dasar manusia, biomedik dan konsep-konsep

biopsikososial yang tidak diajarkan secara mendalam pada kurikulum SPK.

Partisipan yang berpendidikan D III keperawatan mengungkapkan bahwa diagnosis keperawatan merupakan respon pasien terhadap masalah yang terdiri dari P,E,S sedangkan perencanaan merupakan strategi penyelesaian masalah. Berbeda dengan partisipan dengan pendidikan S1 keperawatan memahami diagnosis keperawatan merupakan permasalahan baik aktual maupun potensial yang muncul pada pasien sesuai tanda dan gejala sedangkan perencanaan merupakan strategi yang disusun untuk mengatasi masalah beserta respon yang muncul sesuai dengan penyebab, tanda dan gejala.

Berdasarkan ungkapan tersebut ungkapan dari partisipan sebagian besar sudah hampir sesuai dengan standar proses penentuan diagnosis keperawatan yang tercantum dalam standar pendokumentasian yang menyatakan bahwa proses penentuan diagnosis keperawatan terdiri dari analisis dan interpretasi data, identifikasi masalah klien, dan perumusan diagnosis keperawatan. Komponen diagnosis keperawatan terdiri dari: masalah (*P*), penyebab (*E*), gejala/tanda (*S*) atau terdiri dari masalah dengan penyebab (*PE*). (PPNI, 2010). Yang masih belum sesuai adalah dalam cara analisis data dan interpretasi data karena masih belum terungkap, harus melalui observasi dengan melihat cara pengisian status. Untuk yang masih SPK belum faham tentang cara menentukan diagnosis keperawatan.

Kemampuan melakukan analisis data harus menguasai konsep ilmu biomedik, patofisiologi klinik dan ilmu perilaku (Effendi, 1995). Kemampuan ini tidak akan mungkin bisa dilakukan oleh perawat dengan level pendidikan SPK, karena menurut kurikulum Sekolah

Perawat Kesehatan (Pusdiknakes, 1989) tiga ilmu tentang biomedik, patofisiologi klinik dan ilmu perilaku tidak diajarkan di SPK. Artinya memang bisa difahami bahwa perawat yang lulusan SPK tingkat pemahaman mengenai pengkajian, analisa data, validasi data dan penentuan diagnosis keperawatan tidak dikuasai dengan baik. Begitu juga dengan level pendidikan DIII, meskipun tiga mata ajar tersebut diajarkan dalam kurikulum DIII tetapi kedalaman materinya tidak seperti S1 Keperawatan.

Kebijakan tentang penerapan standar penentuan diagnosis keperawatan juga merupakan penyebab mengapa tingkat pemahaman terhadap penentuan diagnosis masih kurang. Hasil penelitian Stauß (2009) menyimpulkan adanya pengaruh penggunaan Standar Diagnosis Keperawatan *NANDA* terhadap peningkatan kualitas pendokumentasian asuhan. Hasil penelitian Stauß kemudian diterapkan untuk mahasiswa perawat di seluruh Negara Swis dan terdapat peningkatan pemahaman tentang pendokumentasian asuhan karena *NANDA* dan *NICNOC (NNN)* sudah diterjemahkan dalam 25 bahasa dan dikembangkan ke seluruh dunia. Persatuan Perawat Nasional Indonesia juga sudah membuat Standar Pendokumentasian yang mengacu pada *NNN*. (PPNI, 2010).

#### 4) Pemahaman tentang implementasi keperawatan

Implementasi merupakan tahap keempat dalam proses keperawatan setelah perencanaan. Tahap implementasi seorang perawat melaksanakan tindakan yang telah direncanakan pada masalah keperawatan. Implementasi harus dilakukan oleh perawat yang profesional serta mempunyai kemampuan dalam melakukan tindakan tersebut (Merelli,2000)

Hasil penelitian tentang pemahaman perawat dalam melakukan implementasi sebagian partisipan memahami implementasi sebagai suatu bentuk melaksanakan tindakan sesuai dengan perencanaan yang sudah dibuat. Dari ungkapan yang sudah dikemukakan oleh seluruh partisipan, rata-rata sudah mengungkapkan pemahaman tentang implementasi sesuai dengan konsep tentang implementasi sesuai standar. Meskipun tidak secara mendalam bagaimana implementasi itu dilaksanakan langkahnya seperti apa. Kata kuncinya adalah melaksanakan tindakan sesuai rencana,

Menurut Fishbach (1991), ada tiga tahapan dalam melakukan implementasi yaitu validasi data dan tindakan yang akan dilakukan apakah sesuai dengan perencanaan kemudian melaksanakan tindakan dan mengkaji ulang dan merevisi pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan respon klien.

Dalam melaksanakan tindakan keperawatan diperlukan SDM keperawatan yang berkualitas mampu dalam pengetahuan, ketrampilan, dan menunjukkan sikap profesional. Perawat S1 keperawatan merupakan perawat profesional yang mampu memberikan tindakan keperawatan secara tepat baik tindakan mandiri perawat maupun tindakan berbentuk kolaborasi. Sedangkan untuk yang SPK karena memang dalam kurikulum pendidikan SPK tidak secara mendalam mendapatkan pengetahuan tentang proses keperawatan, maka perlu diberikan pelatihan khusus tentang pendokumentasian asuhan keperawatan. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Tanasale (2003) yang menyimpulkan bahwa pelatihan Askep berdampak terhadap peningkatan kinerja perawat dengan latar belakang SPK terhadap pelaksanaan askep dan pendokumentasian keperawatan di ruang rawat inap RSUD Tual.

#### 5) Pemahaman perawat tentang dokumen evaluasi

Hasil penelitian tentang pemahaman perawat tentang evaluasi. Partisipan dengan pendidikan D III dan S1 keperawatan memahami evaluasi sebagai suatu catatan perkembangan yang isinya SOAP dan SOAPIER. Hasil penelitian mengungkapkan bahwa sebagian partisipan belum memahami bahwa evaluasi harus mengacu pada kriteria tujuan yang sudah ditentukan sebelumnya. Hal ini dibuktikan oleh Trisnawati (2008) yang meneliti kinerja perawat berdasarkan penerapan dokumentasi asuhan keperawatan menunjukkan bahwa perawat sering tidak mengisi : 1) format dokumentasi evaluasi (81,7%) 2) format dokumentasi intervensi (59,8%) dan 3) format rencana keperawatan (51,2%). Hasil penelitian ini tidak lebih baik dari hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti pada studi pendahuluan bahwa dokumentasi evaluasi memang tingkat pencapaiannya pencapaian evaluasi keperawatan 36,6 % artinya perawat yang tidak mau mencatat evaluasi mencapai 63,4 %.

Evaluasi merupakan tahapan terakhir dalam proses keperawatan. Perawat mengevaluasi perkembangan kesehatan pasien terhadap tindakan dalam pencapaian tujuan, sesuai kriteria tujuan yang telah ditetapkan. Pelaksanaan evaluasi bisa menggunakan *SOAP* atau *SOAPIER* yaitu merupakan salah satu pendekatan yang berorientasi pada cara penyelesaian masalah. Sangat cocok diterapkan untuk melihat apakah masalah teratasi seluruhnya masalah teratasi sebagian atau masalah belum teratasi. Model evaluasi seperti ini memang agak sulit difahami karena membutuhkan konsep dan pemahaman secara utuh tentang kebutuhan dasar manusia, konsep perilaku, pemahaman biomedik dan patofisiologi klinik (Efendi, 1995).

Ketidak tahuan perawat dalam melaksanakan evaluasi disebabkan kurangnya pelatihan dan sosialisasi pedoman standar asuhan keperawatan dan kurangnya pengarahan dari pimpinan atau pengelola disamping tingkat pendidikan yang masih banyak vokasional.

6) Pemahaman tentang aspek legal dalam pendokumentasian

Hasil penelitian terhadap perawat di RSUD Gunung Jati Cirebon menunjukkan partisipan memahami bahwa dokumentasi penting sebagai bentuk tanggungjawab dan tanggung gugat perawat jika terjadi sesuatu yang tidak diinginkan. Sehingga semua tindakan harus dicatat oleh perawat secara benar apa yang dilakukan, jam berapa, siapa yang melakukan dan respon pasien.

Hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar partisipan sudah mengetahui bahwa pendokumentasian asuhan merupakan bentuk aspek legal tindakan keperawatan. Hanya satu partisipan yang mengungkapkan ketidaktahuan tentang aspek legal dokumentasi asuhan yaitu yang tingkat pendidikan SPK. Sebagai suatu bentuk aspek legal dan pertanggung jawaban maka setiap langkah dalam proses keperawatan harus didokumentasikan secara tepat. Kejadian kelalaian perawat karena tidak melakukan pendokumentasian dengan lengkap dapat menyebabkan dampak hukum sehingga memerlukan suatu bukti tertulis dalam bentuk format pendokumentasian (Merelli, 1991).

Seorang perawat harus benar-benar memahami tugas-tugas yang terkait dengan posisi mereka yang diatur oleh undang-undang dan peraturan yang dibuat oleh institusi tempat dimana dia bekerja yang dapat mempengaruhi praktek mereka. Salah satu tugas khusus dan sangat penting adalah kebutuhan dokumentasi lengkap dan akurat

berkaitan dengan perawatan pasien, yang meliputi apa yang dilakukan untuk dan bagi pasien dan bagaimana keputusan mengenai perawatan khusus itu dibuat. Dalam rangka memenuhi harapan masyarakat terhadap keperawatan, perawat harus benar-benar memahami peran dan tugasnya terkait dengan profesi keperawatan sebagaimana diatur dalam undang-undang praktek keperawatan, standar asuhan dan prosedur praktek keperawatan. Salah satunya yang terpenting adalah dokumentasi asuhan keperawatan, yang merupakan aspek legal dalam praktek keperawatan (Kampos,2008)

Ketidak tahuan tentang aspek legal dalam pendokumentasian bisa menyebabkan perawat tidak patuh dan tidak peduli terhadap pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan. Hal ini pernah dilakukan penelitian oleh Setiamasa (2007) yang menyimpulkan bahwa kurangnya pengetahuan perawat tentang aspek legal dalam pendokumentasian berhubungan langsung dengan ketidak lengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan.

#### 5.1.2 Respon perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan.

Respon perawat dalam pendokumentasian asuhan tergambar dalam dua tema yaitu: tanggapan perawat tentang pendokumentasian yang dilakukan dan pelaksanaan pendokumentasian yang dilaksanakan di ruangan.

##### 5.1.2.1 Tanggapan perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan

Tanggapan perawat terhadap pendokumentasian asuhan dalam penelitian ini adalah dokumentasi membingungkan, kurang rasa tanggungjawab, kurang peduli, tidak patuh dan patuh terhadap pendokumentasian asuhan. Potter & Perry (2005) menyatakan bahwa dokumentasi didefinisikan sebagai segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang

berwenang. Bertolak dari pandangan ini maka dapat dilihat bahwa dokumentasi sangat penting bagi perawat dalam melaksanakan proses asuhan keperawatan sebagai satu bukti 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 (Merelli, 2000). Selain itu dokumentasi keperawatan merupakan bukti akontabilitas tentang apa yang telah dilakukan oleh seorang perawat kepada pasien. Iyer (2001) menyatakan dengan adanya pendokumentasian yang benar maka bukti secara profesional dan legal dapat dipertanggung jawabkan.

Seluruh partisipan menyatakan bahwa dalam melaksanakan dokumentasi keperawatan membingungkan terutama dalam mengisi format dokumentasi askep dan belum paham tentang dokumentasi pengkajian. Kebingungan akan membuat seseorang tidak berdaya melakukan sesuatu yang wajib dilakukannya dan kebingungan ini dapat ditimbulkan akibat ketidak tahuan dan ketidak pahaman terhadap sesuatu yang harus dikerjakannya. Kebingungan perawat ini dapat diatasi apa bila fungsi *directing* dijalankan oleh seorang manajer keperawatan dengan baik. Fayol (1998) dalam Samsudin (2006) mengemukakan seorang manajer harus mengetahui dan mampu sedemikian rupa mempertahankan sudut pandang dan kepercayaan karyawannya, agar dapat menerima perintah yang diberikan. Memberikan pembinaan secara tepat, tentang apa yang diharapkan dari pekerjaannya secara jelas merupakan kegiatan utama. Hal ini perlu dilakukan oleh manajer keperawatan karena hasil penelitian menunjukkan bahwa kebingungan partisipan disebabkan oleh kurang

pahaminya mereka terhadap format yang digunakan. Karmawati (1998) melakukan studi kasus tentang persepsi perawat di RSUD Pasar Rebo hasilnya adalah pelaksanaan dokumentasi pengkajian keperawatan menurut persepsi perawat dipengaruhi oleh kekurangan dalam factor tenaga perawat, sarana, metode dan fungsi manajemen keperawatan.

Kurangnya rasa tanggungjawab perawat dalam pendokumentasian dapat disebabkan karena masalah jumlah pasien banyak sementara tenaga perawat kurang, perawat bekerja lembur, kurangnya pengetahuan perawat dalam mendokumentasikan asuhan, profesi lain kurang menghargai dokumentasi asuhan yang sudah dibuat oleh perawat dan kurangnya penghargaan (Griffit dan Hutchings 1999 dalam Gapko 2001). Disamping itu penelitian yang dilakukan oleh Cowden (2004) menemukan fakta bahwa pendokumentasian dengan cara manual menyebabkan terjadinya duplikasi data, waktu perawat banyak terbuang, membuat perawat frustrasi dan sering terjadi ketidak akuratan data. Berdasarkan hal tersebut maka peranan seorang manajer keperawatan sangatlah penting dalam menjalankan fungsi *directing* melalui kegiatan supervisi.

Kurang peduli perawat terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan hal ini dapat disebabkan karena kurangnya pengetahuan dan kemampuan perawat, karena untuk dapat melaksanakan asuhan keperawatan dengan baik menurut Nurachmah (2010) bahwa seorang perawat perlu memiliki kemampuan berhubungan dengan klien dan keluarga serta berkomunikasi dengan anggota tim kesehatan lain dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang telah diberikan

serta menyesuaikan kembali perencanaan yang telah dibuat. Hal ini yang terkadang menjadi hambatan bagi seorang perawat dalam melaksanakan dokumentasi keperawatan yang sebenarnya menjadi tugas dan tanggung jawab yang sangat penting bagi seorang perawat. Merelli (2000) mengemukakan bahwa dokumentasi asuhan keperawatan merupakan media komunikasi yang sangat efektif antara perawat dengan perawat, antara perawat dengan dokter dan antara perawat dengan profesi lain. Sehingga jika hal ini tidak menjadi perhatian bagi perawat maka komunikasi yang dibangun akan terputus dalam memberikan asuhan keperawatan.

Tidak patuhnya perawat dalam mendokumentasikan segala tindakan yang dilakukan dapat disebabkan oleh perawat tidak mau mengisi status yang telah disiapkan dalam format dan sudah menjadi suatu kebiasaan. Salah satu indikator kinerja perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan dapat dilihat dari pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan, karena 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 (Merrelli, 2000). Hal ini lebih dipertegas oleh Iyer (2001) bahwa dengan adanya pendokumentasian yang benar maka bukti secara profesional dan legal dapat dipertanggung jawabkan. Bertitik tolak dari pendapat-pendapat tersebut maka perawat suka atau tidak suka harus selalu melakukan dokumentasi keperawatan setiap saat dalam melaksanakan asuhan

keperawatan sehingga bukti profesional sebagai perawat dapat dibuktikan dengan baik dan jelas.

#### 5.1.2.2 Pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan

Hasil penelitian didapatkan bahwa pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan yang dilakukan perawat belum sesuai dengan persyaratan standar pendokumentasian, hal ini disebabkan oleh pendokumentasian yang dilakukan tidak faktual, tidak akurat, tidak komprehensif dan tidak sistemik ini dibuktikan dengan seluruh partisipan menyatakan hal tersebut.

Pendokumentasian asuhan keperawatan yang tidak sesuai dengan standar menuai kritik bagi sebagian besar profesi lain, masyarakat bahkan dari kalangan organisasi profesi sendiri (Howse & Bailey, 1992; Parker & Gardner, 1992; Renfroe, O'Sullivan, & McGee, 1990; Tapp, 1990 dalam Brooks, 2008).

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan bentuk tanggung jawab dan tanggung gugat perawat professional, bersifat legal dan berdampak terhadap kesejahteraan perawat. Oleh sebab itu bagaimanapun upaya perbaikan untuk menyederhanakan format dan meminimalkan data-data yang tidak relevan, tetapi perawat selalu saja kekurangan waktu untuk membuat dokumentasi asuhan. Ada kekhawatiran bahwa perawat mungkin kurang mampu atau tidak mau mendokumentasikan asuhan yang mencerminkan sifat holistik praktek mereka dalam bekerja (Brooks,2008). Ketidak patuhan perawat dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan salah satunya disebabkan karena pemberian imbalan yang kurang. Hal ini sudah pernah dibuktikan oleh Girsang (2006), menyatakan bahwa pemberian insentif atau imbalan mempunyai hubungan yang sangat

bermakna dengan kinerja perawat dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan

Mc Cann (2004) menyatakan bahwa ada beberapa cara yang direkomendasikan agar pendokumentasian benar lengkap dan akurat yaitu: mencatat dalam form yang sudah disediakan dengan menggunakan tinta, mencantumkan nama pasien pada setiap lembar dokumen pencatatan perawat, catatalah waktu, tanggal dan jam dengan tepat setiap tindakan atau kejadian dan dokumentasikan semua pemberian asuhan pada waktu yang tepat.

Pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan tugas melekat yang harus dilaksanakan oleh tenaga perawat, akan tetapi banyak perawat masih belum melaksanakan pendokumentasian asuhan dengan lengkap dan akurat. Carpenito (1990) mengemukakan aspek-aspek yang harus diperhatikan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan adalah: harus dilakukan segera setelah pengkajian pertama dilakukan demikian juga pada setiap langkah kegiatan keperawatan, catat setiap respon pasien/keluarganya tentang informasi penting tentang keadaannya, pastikan setiap kebenaran setiap data yang akan dicatat, data pasien harus objektif dan bukan merupakan penafsiran perawat.

### 5.1.3 Hambatan-hambatan dalam pelaksanaan pendokumentasian asuhan.

Hambatan-hambatan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan tujuan khusus yang terjawab dalam tema berbagai hambatan dalam pendokumentasian asuhan. Adapun sub temanya adalah: 1) kurangnya kemampuan perawat 2) kurangnya sarana 3) kurangnya

peran dan fungsi pengelola 4) kebijakan dan prosedur 5) pengaturan kondisi kerja. Ungkapan yang dilontarkan oleh partisipan bila dikaitkan dengan teori adalah sesuai dengan yang dikemukakan oleh Robbin, (2008) yang menyatakan bahwa hambatan dalam organisasi menyebabkan kinerja organisasi menjadi tidak efektif, hambatan-hambatan tersebut antara lain: kemampuan karyawan, kemampuan manajer dalam memimpin, sarana dan prasarana, kebijakan dan prosedur dan kondisi lingkungan kerja dan komitmen karyawan.

Hasil penelitian didapatkan bahwa kemampuan perawat dalam melakukan pendokumentasian masih kurang. Hal ini disebabkan karena latar belakang pendidikan yang masih banyak SPK, kurangnya kesempatan untuk melakukan pelatihan dan kurangnya motivasi untuk mengikuti pelatihan karena untuk mengikuti pelatihan harus mengeluarkan biaya sendiri. Akibat dari kurangnya kemampuan perawat dalam hal pendokumentasian menyebabkan pendokumentasian menjadi tidak akurat, tidak faktual, tidak komprehensif dan tidak sistematis. Hal ini pernah diteliti oleh Lunney (2008) yang melakukan penelitian terhadap pendokumentasian dalam waktu yang panjang dari tahun 1996 sampai tahun 2000 hasilnya hanya 12,9% dari 162 perawat yang melakukan pendokumentasian asuhan dengan akurat. Dalam penelitiannya Lunney menemukan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan yang tidak lengkap. Dari hasil penelitian tersebut diperoleh kesimpulan bahwa terdapat pengaruh yang signifikan antara tingkat kemampuan perawat dengan pelaksanaan pendokumentasian asuhan yang tidak akurat. Faktor kemampuan perawat yang paling berpengaruh adalah tingkat pendidikan, pengalaman dan tingkat intelektual (Carnevali&Thomas, 1993; Gordon, 1994; Lunney,2001 dalam Lunney, 2008)

Pelatihan dan kurangnya sosialisasi juga merupakan penghambat perawat untuk mendapatkan informasi yang akurat tentang

perkembangan teknologi cara pendokumentasian asuhan keperawatan. Tanasale (2003), sudah meneliti tentang pengaruh pelatihan terhadap peningkatan kemampuan perawat dalam pendokumentasian hasilnya adanya hubungan yang bermakna antara pelatihan dokumentasi dengan peningkatan kemampuan tenaga SPK dalam mendokumentasikan asuhan. Diperkuat oleh pendapat Setiamasa (2007) yang menemukan adanya pengaruh tingkat pendidikan dan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan.

Hambatan dalam sarana pendokumentasian dirasakan juga oleh partisipan sangat menghambat mereka dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan. Format yang ada saat ini susunannya tidak teratur, format banyak duplikasi dalam cara pengisian dan ukuran kolom-kolom format terlalu kecil khususnya dalam format pengkajian yang dirasakan belum berupa ceklist. Akibat adanya hambatan-hambatan ini maka perawat jadi tidak dapat memenuhi kebutuhan klien karena pendokumentasian jadi tidak akurat dan tidak komprehensif. Ditambah lagi perawat juga banyak melaksanakan tugas-tugas non keperawatan. Hal ini sesuai dengan penelitian Potter Boxerman, Wolf, Evanov, & Larson, (2004) dalam Lunney (2008) yang menemukan fakta bahwa kekurangan sarana dan prasarana, perawat banyak mengerjakan pekerjaan non keperawatan akan mengalami kesulitan dalam mengambil keputusan yang tepat untuk memenuhi kebutuhan klien.

Selain kurangnya pemahaman perawat tentang pentingnya pendokumentasian, selain itu keterbatasan waktu dalam melakukan pendokumentasian serta penggunaan format dalam pendokumentasian yang kurang efektif sehingga pendokumentasian kurang efisien dilakukan oleh perawat di ruangan. Namun selain faktor-faktor di atas berdasarkan hasil penelitian ini, pengetahuan partisipan juga menjadi

suatu hambatan dalam melakukan pendokumentasian, sebagian besar perawat di RSUD Gunung Jati Cirebon masih berpendidikan SPK dan D III keperawatan. Sehingga untuk mengatasi hambatan dalam pendokumentasian manajemen rumah sakit harus dapat mengadakan pendidikan berkelanjutan dan pelatihan tentang pentingnya pendokumentasian asuhan keperawatan bagi perawat.

Hasil penelitian ini sesuai juga dengan pendapat Potter dan Perry (2009) yang mengatakan bahwa perawat yang secara langsung terlibat dalam perawatan klien sering mempunyai kesulitan dalam pendokumentasian. Kurangnya waktu dalam pendokumentasian, tidak ada orang yang akan membaca catatan keperawatan, format pendokumentasian yang kurang efektif menyebabkan perawat malas mencatat.

Hasil penelitian Trisnawati (2008) menunjukkan bahwa format dokumentasi dengan sistem *check list* berpengaruh signifikan dengan kemampuan perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. Bentuk format dan kemudahan format dokumentasi asuhan keperawatan tidak menunjukkan adanya kesulitan. Hanya soal waktu pengisian yang masih kurang sehingga perlu pengaturan waktu sesuai supaya pengisian format tersebut diisi dengan baik.

Hambatan dalam pendokumentasian lainnya adalah kurangnya peran dan fungsi pengelola tergambar dalam sub tema: insentif, peningkatan karir, ketidakadilan, kurangnya motivasi, penerapan sanksi pengawasan, pengarahan, pengorganisasian.

Pemberian insentif, peningkatan karir, keadilan merupakan bagian dari motivasi. Motivasi yang diberikan oleh pimpinan dapat meningkatkan kinerja karyawan. Motivasi menurut Swanburg adalah konsep yang menggambarkan kondisi ekstrinsik yang dapat mendorong untuk

melakukan perilaku tertentu dan kondisi intrinsic yang menampakkan perilaku manusia. Yang bisa mendorong untuk melakukan tindakan individu untuk berbuat sesuatu adalah motif. Motif perawat yang belum mau melaksanakan pendokumentasian berdasarkan hasil ungkapan adalah kurangnya penghargaan berupa pemberian insentif, dan peningkatan jenjang karir. Pendokumentasian asuhan masih belum merupakan alat untuk peningkatan jenjang karir. Menurut Girsang (2006) faktor pemberian imbalan, *reward and punishment* berpengaruh terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan.

Hasil penelitian Hotnida, (2002) menyimpulkan bahwa secara bersama-sama skor kinerja perawat dalam pendokumentasian pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi memang dipengaruhi umur, lama kerja, pendidikan, status pernikahan, status kepegawaian, persepsi seorang perawat terhadap kepemimpinan, hubungan antar kelompok, desain kerja, imbalan, fasilitas kerja, struktur organisasi, supervisi dan penghargaan.

Selain upaya di atas untuk meningkatkan motivasi perawat dalam melakukan pendokumentasian dapat dilakukan dengan memberikan *reward* baik intrinsik maupun ekstrinsik sehingga perawat termotivasi dalam melakukan pendokumentasian di ruangan

Kurangnya peran pengelola dalam memberikan pengarahan dan supervisi menyebabkan perawat kebingungan dan tidak melaksanakan pendokumentasian asuhan sesuai standar. Pembinaan (*directing*) merupakan salah satu fungsi penting dalam manajemen. Menurut Fayol (1908) dalam Samsudin (2006) seorang manajer harus mengetahui dan mampu sedemikian rupa mempertahankan sudut pandang dan kepercayaan karyawannya, agar dapat menerima perintah yang diberikan. Memberikan pembinaan secara tepat, tentang apa yang diharapkan dari pekerjaannya secara jelas merupakan kegiatan utama.

Pembinaan harus mempunyai tujuan yang jelas, karena fungsi pembinaan berhubungan langsung dengan upaya dalam meningkatkan kinerja perawat dan merealisasikan tujuan pelayanan.

Pengarahan yang sangat diperlukan dalam pendokumentasian terutama adalah bagaimana cara melakukan pengkajian yang benar, bagaimana cara menentukan diagnosis keperawatan yang sesuai dengan hasil analisis data dan cara membuat evaluasi menggunakan pendekatan pemecahan masalah SOAPIER. Karena baik yang SPK, yang DIII maupun yang sarjana mengungkapkan ketidak fahaman mereka tentang cara pengisian format khususnya format pengkajian dan format C4 atau catatan keperawatan dan catatan perkembangan SOAPIER.

Kurangnya fungsi kontrol atau pengawasan yang dilakukan oleh kepala ruangan diungkapkan oleh partisipan. Sehingga karena tidak ada kontrol maka perawat melakukan pendokumentasian tidak sesuai dengan standar, tidak patuh, kurang peduli dan tidak bertanggung jawab. Baik kepala ruangan, kepala instalasi apalagi kepala bidang keperawatan tidak pernah melakukan kontrol dan pengawasan terhadap pendokumentasian asuhan yang dilakukan oleh perawat. Salah satu fungsi kontrol adalah melakukan supervisi terhadap pendokumentasian asuhan.

Kegiatan supervisi bisa diarahkan untuk meningkatkan pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan. Supervisi merupakan kegiatan pengamatan yang dilakukan secara langsung maupun tidak langsung oleh atasan terhadap bawahannya. Supervisi dilakukan untuk memperbaiki proses keperawatan yang sedang berlangsung, dan atasan ikut berperan aktif terhadap kegiatan-kegiatan stafnya, sehingga tidak terkesan menyalahkan, namun lebih kepada bimbingan dan adanya hubungan saling menghargai antara atasan dan bawahan (Swanburg, 1990).

Kondisi dan beban kerja yang banyak juga merupakan factor penghambat yang diungkapkan oleh hampir seluruh partisipan. Kondisi ini diperparah dengan kurangnya motivasi dan tidak adanya prosedur dan kebijakan dari pimpinan. Partisipan mengungkapkan betapa sulitnya mengatur waktu untuk dapat mendokumentasikan asuhan keperawatan. Ruangan sangat sibuk, terutama kalau dinas malam atau sore. Dengan perawat hanya berjumlah dua orang harus merawat pasien yang jumlahnya diatas 30 orang. Apalagi panduan atau pedoman standar asuhan keperawatan di beberapa ruangan tidak ada.

#### 5.1.4 Upaya yang sudah dilakukan untuk meningkatkan pendokumentasian

Berbagai upaya sudah dilakukan untuk meningkatkan pendokumentasian asuhan. Upaya-upaya yang dilakukan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan adalah meningkatkan kemampuan staf, membuat kebijakan, pemberdayaan, manajemen waktu, meningkatkan pengawasan dan pengarahan.

Upaya yang sudah dilakukan untuk meningkatkan pendokumentasian diantaranya adalah kebijakan tentang status harus terisi sebelum dikirim ke medical record. Secara administrasi memang dibenarkan, bahwa status yang dikirim ke medical record yang sudah lengkap akan digunakan untuk persyaratan pengajuan klaim pembayaran pasien Jamkesmas, pasien askes dan pasien - pasien lainnya yang tidak membayar langsung.

Akan tetapi karena lebih mementingkan fungsi administrasi pelaksanaan dilapangan melanggar ketentuan standar pendokumentasian asuhan. Dimana salah satu syarat adalah pencatatan pendokumentasian harus tepat waktu (*timely*) dan tidak boleh ditunda-tunda penulisannya (Fisbach, 2001). Sedangkan hasil penelitian terungkap bahwa status

diisi setelah pasien pulang. Pencatatan hanya dilakukan untuk memenuhi persyaratan administrasi sehingga pengisian status hanya asal-asalan, tanpa pengkajian, tanpa perencanaan, tanpa diagnosis yang lengkap. Secara legalitas patut dipertanyakan, karena dibuat setelah pasien pulang.

Untuk itu bidang perawatan membuat inovasi dengan menciptakan format khusus yang disebut format C4 atau format catatan perawatan yang tujuan awalnya adalah merubah kebiasaan perawat agar mendokumentasikan seluruh kegiatannya di status (bukan di buku laporan). Format C4 ini berisi laporan kegiatan perawat dinas pagi, dinas sore dan dinas malam, isinya adalah keluhan pasien, program terapi dokter, rencana pemeriksaan atau seluruh kegiatan yang lebih berorientasi pada '*medical oriented*'.

Akan tetapi format C4 ini tidak dibuatkan pedoman cara pengisian format C4, sehingga pelaksanaannya berbenturan dengan adanya format catatan perkembangan yang sudah standar berdasarkan SOAPIER. Dikalangan perawat yang level DIII dan S1 cara penulisan C4 dan catatan perkembangan selalu diperdebatkan. Akhirnya format C4 ini yang dijadikan dasar untuk kelengkapan status. Medikal record mewajibkan untuk melengkapi format C4 dibandingkan format standar yang lainnya, dan imbasnya adalah banyak perawat lebih mengutamakan pengisian C4 dari pada mengisi format yang lainnya.

Pandangan seperti ini harus diluruskan. Format C4 yang ada memang tidak sesuai dengan standar pendokumentasian, karena tidak jelas pedomannya, cara pencatatannya pun membuat duplikasi pelaporan karena perawat harus tetap menulis di buku laporan dan menulis juga tindakan kedokteran di C4, padahal tindakan kedokteran sudah jelas ditulis di format khusus dokter. Format yang standar menurut Standar

Pendokumentasian Asuhan Keperawatan (PPNI, 2010) terdiri: format pengkajian, format proses keperawatan, format catatan perkembangan. Diluar itu adalah format tambahan yang harus dilakukan pengkajian melalui penelitian dan pengawasan terhadap dampak pencatatan C4.

Berdasarkan hasil penelitian ini berbagai upaya dapat dilakukan untuk meningkatkan pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan diruangan. Manajemen waktu yang baik, meningkatkan pemahaman perawat tentang pentingnya menulis dan mencatat setiap tindakan keperawatan mulai dari pasien masuk hingga pulang merupakan suatu hal yang penting. Disisi lain memberdayakan mahasiswa yang sedang praktik merupakan suatu langkah yang efektif dalam upaya mengatasi hambatan dalam pendokumentasian. Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Potter dan Perry (2009) yang mengatakan kurangnya waktu dalam melakukan pendokumentasian menjadi hambatan dalam mengisi format pendokumentasian asuhan keperawatan.

Menurut pendapat peneliti manajemen waktu yang baik dan pengawasan melekat dari bidang keperawatan dan kepala ruangan dapat meningkakan upaya perawat untuk melakukan pendokumentasian secara baik dan benar. Alasan waktu yang kurang dapat dihindari jika setiap perawat pelaksana dapat memanfaatkan waktu yang ada dan langsung mencatat setiap tindakan yang telah dilakukan sehingga pencatatan dan pelaporan dapat terdokumntasi pada saat itu juga.

#### 5.1.5 Dukungan yang diperlukan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan

Hasil penelitian tentang dukungan yang diperlukan dalam pendokumentasian adalah dukungan dari atasan langsung. Dukungan yang diperlukan adalah pemberian motivasi dan sistem imbalan dan sangsi. Pemberian motivasi dilakukan dengan menyuruh perawat untuk

memanfaatkan waktu senggang dengan pengisian status, karena status yang tiak lengkap akan dikembalikan ke ruangan yang pada akhirnya akan menambah beban.

Seluruh partisipan mengungkapkan pentingnya pemberian imbalan untuk meningkatkan kinerja khususnya dalam pendokumentasian asuhan. Dukungan yang sudah diberikan terhadap perawat terkait dengan pemberian imbalan hanya berupa pembayaran atas jasa tindakan keperawatan yang dilakukan, itupun kalau tindakan tersebut masuk dalam komponen tarif rumah sakit.

Menurut Gibson (1996) agar organisasi efektif maka dibutuhkan dukungan dalam organisasi dukungan tersebut adalah: kemampuan manajer dalam kepemimpinan, dukungan sarana dan para sarana, disain organisasi dan lingkungan kerja yang mendukung. Dalam penelitian ini yang terungkap hanya dukungan dari pimpinan berupa pemberian motivasi dan pemberian penghargaan. Karena faktor-faktor yang seharusnya pendukung justru merupakan hambatan dalam pendokumentasian. Seperti misalnya kemampuan staf tidak mendukung terhadap pelaksanaan pendokumentasian, kemampuan manjer dalam melaksanakan fungsi pengawasan, pengendalian juga tidak mendukung, kondisi lingkungan juga tidak mendukung karena adanya beban kerja yang berat dan tidak adanya waktu untuk melaksanakan pendokumentasian.

Pelaksanaan pendokumentasian bisa lebih baik bila didukung oleh seluruh komponen dalam organisasi. Diantaranya adalah dukungan dari pimpinan yang meliputi pelatihan, prestasi, perencanaan karier, penghargaan atas inovasi, kesejahteraan, dan sistem penilaian. Apabila dikaitkan dengan hasil penelitian, dukungan seperti kesempatan untuk mengikuti pelatihan, kemudahan untuk kenaikan pangkat, penghargaan atas hasil kerja yang didapat berupa pemberian insentif akan bisa

meningkatkan pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan. Hal ini didukung oleh pendapat Azis (2005) yang menunjukkan bahwa ada pengaruh yang bermakna, pelatihan terhadap peningkatan pengetahuan, sikap dan motivasi perawat dalam pendokumentasian asuhan.

Selain itu juga harus didukung oleh dukungan organisasi internal yaitu suatu keinginan internal dalam diri para karyawan untuk mengembangkan diri dan mendukung organisasi agar berkembang dan dapat mencapai tujuan bersama yang diinginkan organisasi sehingga terjadi sinergi di dalam organisasi sebagai reaksi yang positif dari karyawan yang meliputi pembinaan, pengalaman kerja, hubungan antar personal, kesadaran, tanggung jawab, dan kontribusi karyawan (Robbin, 2008 ; Gibson (1996)

#### **5.1.6 Harapan dalam pendokumentasian**

Hasil penelitian mengenai harapan-harapan dalam pendokumentasian lebih ditujukan terhadap pengambil kebijakan. Harapan terhadap pengambil kebijakan digambarkan dalam bentuk sub tema: standarisasi format, perbaikan manajemen, peningkatan mutu dan pemberian penghargaan.

Partisipan menginginkan format-format disesuaikan dengan standar pendokumentasian asuhan keperawatan terutama menginginkan format pengkajian lebih disederhanakan, format C4 sebaiknya dihilangkan atau dibuat aturan yang jelas tentang cara penulisan format tersebut agar tidak terjadi kesimpang siuran dalam pendokumentasian. Kebijakan tertulis tentang kewajiban perawat mencatat atau mendokumentasikan asuhan beserta pemberian penghargaan dan sanksi yang sesuai dengan peraturan. Format pengkajian ingin lebih disederhanakan berupa ceklis, urutan format sesuai dengan langkah-langkah proses keperawatan,

kolom-kolom lebih diperlebar dan diperjelas tatacara penulisan C4 dan catatan perkembangan.

Hasil penelitian harapan partisipan agar pendokumentasian asuhan keperawatan dapat terlaksana sesuai harapan, harus ada kebijakan dari manajemen rumah sakit yang berkaitan dengan kegiatan supervisi baik oleh kepala bidang keperawatan, kepala instalasi, maupun tim supervisi khusus untuk monitoring asuhan keperawatan. Menurut Swanburg (1990) supervisi merupakan suatu dimensi sebagai suatu proses terhadap sumber-sumber yang diperlukan untuk penyelesaian suatu tugas. Selain melalui kegiatan supervisi agar pendokumentasi asuhan keperawatan dapat dilaksanakan secara baik harus ada *role model* di ruangan yang memberikan contoh dalam melakukan pendokumentasi secara baik dan benar. Kepala ruangan harus dapat menjadi *role model* bagi perawat pelaksana yang ada di ruangan. Hal ini sesuai dengan tanggung jawab dan wewenangnya yaitu mengelola kegiatan pelayanan keperawatan disatu ruang rawat atau klinik termasuk dalam hal pendokumentasian asuhan keperawatan (Depkes,1994).

Menurut pendapat peneliti supervisi merupakan bagian dari fungsi pengawasan dalam fungsi manajemen dalam mencapai tujuan disuatu tatanan pelayanan di rumah sakit termasuk tatanan pelayanan keperawatan. Dalam mengelola pelayanan keperawatan termasuk tenaga keperawatan dibutuhkan kemampuan ilmu manajemen dari seorang pimpinan perawatan. Oleh karena itu sebagai seorang manajer keperawatan dan sebagai perawat profesional diharapkan mempunyai kemampuan dalam supervisi keperawatan.

Kegiatan supervisi bukan hanya mengawasi dan mengamati staf keperawatan menjalankan tugas dan melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan secara baik dan lengkap sesuai dengan format yang telah disiapkan. Namun supervisi juga memperbaiki jika dalam pelaksanaan proses keperawatan yang sedang berlangsung terdapat kekurangan dan hambatan di ruangan. Jadi dalam kegiatan supervisi seluruh staf keperawatan bukan sebagai pelaksana pasif, melainkan sebagai *partner* kerja yang memiliki ide-ide, pendapat dan pengalaman yang perlu didengar, dihargai dan diikuti sertakan dalam usaha-usaha perbaikan pelayanan keperawatan.

Penelitian supervisi berpengaruh terhadap kinerja perawat dibuktikan oleh peneliti Hotmaida (2002) yang melakukan beberapa faktor yang berpengaruh terhadap kinerja perawat hasil penelitiannya menyimpulkan ada pengaruh yang bermakna antara pengaruh supervisi kepala ruang rawat inap terhadap kinerja perawat pelaksana di RSUD Sidoarjo, ada pengaruh yang bermakna antara imbalan tenaga perawat pelaksana terhadap kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Sidoarjo. Dari penelitian ini juga didapatkan bahwa gaya supervisi demokrasi yang digunakan kepala ruang rawat inap untuk membina bawahannya (perawat pelaksana) lebih baik kinerja bawahannya dibanding kepala ruang rawat inap yang menggunakan gaya supervisi *Laissez - Faire*. Hasil penelitian ini apabila dikaitkan dengan harapan-harapan perawat terhadap pendokumentasian asuhan menginginkan adanya perubahan manajemen dalam hal supervisi, menginginkan adanya imbalan berupa peningkatan karir dan menginginkan agar adanya perubahan format sehingga format mudah diisi dan tidak menyulitkan perawat.

Hasil penelitian mengungkapkan perbaikan terhadap format yang ada serta renovasi format untuk di ruangan khusus agar pendokumentasian

bisa meningkat hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang sudah dilakukan oleh Trisnawati (2008) yang menunjukkan bahwa format dokumentasi dengan sistem *check list* berpengaruh signifikan dengan kemampuan perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan.

Pemberian *reward* baik finansial dan non finansial menjadi harapan responden agar pendokumentasian dapat berjalan secara baik diruangan disamping peningkatan mutu SDM maupun perbaikan manajemen. Namun pendapat ini kurang sesuai dengan pendapat Andrew Mc Ghie, (1996) yang mengatakan pekerjaan perawat merupakan pekerjaan yang menitik beratkan pada unsur pengabdian/pelayanan sosial dan professional, kepuasan perawat dalam hubungan dengan pekerjaan dan dengan kehidupan pada umumnya apapun yang telah dilakukan dalam pekerjaan akan lebih daripada sekedar memperoleh imbalan (Andrew McGhie, 1996). Pendapat tersebut menurut peneliti hanya memandang *reward* dari finansial namun penghargaan lain terhadap kelengkapan pendokumentasian yang berbentuk non finansial juga tetap harus diperhitungkan agar perawat termotivasi dalam bekerja. Bentuk penghargaan bisa berupa material dan juga non material.

Bentuk penghargaan non material bisa berupa kesempatan untuk mengembangkan karir, kesempatan untuk memperoleh peningkatan karir melalui pengisian angka kredit, atau berbentuk kesempatan mengikuti pelatihan dan sekedar ucapan terimakasih. Bentuk-bentuk penghargaan seperti ini yang sangat diharapkan oleh perawat berdasarkan ungkapan hasil penelitian. Hal ini sesuai dengan pendapat Tanasale (2003) yang menyimpulkan bahwa pelatihan Askep berdampak terhadap peningkatan kinerja perawat dengan latar belakang SPK terhadap pelaksanaan askep dan pendokumentasian keperawatan di ruang rawat inap RSUD Tual.

## 5.2 Keterbatasan Penelitian

Peneliti sudah melakukan uji coba terhadap kemampuan wawancara mendalam sesuai panduan wawancara yang sudah dirancang sebelumnya yaitu dengan wawancara semi terstruktur, format pencatatan respon non verbal dan alat perekam. Hasil wawancara yang ditulis dalam transkrip juga dikonsultasikan dengan pembimbing. Penelitian ini masih memiliki keterbatasan dan kekurangan antara lain:

- 5.2.1 Tempat wawancara tidak bisa dilakukan di luar rumah sakit karena diperlukan tempat yang netral untuk melakukan wawancara mengingat posisi peneliti dan partisipan yang berbeda secara hirarki. Hal ini penting untuk keberhasilan *bracketing* yang dilakukan oleh peneliti. Namun pada kenyataan, wawancara tidak bisa dilakukan di luar rumah sakit karena pada saat wawancara harus dilengkapi status rekam medic pasien yang tidak boleh keluar dari lingkungan rumah sakit.
- 5.2.2 Keterbatasan waktu partisipan sehingga wawancara dilakukan selama jam kerja menjelang perawat tersebut pulang dinas dengan terlebih dahulu meminta izin ke kepala ruangan, kalau dilakukan diluar jam kerja sebagian besar partisipan tidak bersedia karena sudah lelah bekerja atau karena alasan jauh.
- 5.2.3 Posisi peneliti adalah karyawan rumah sakit sehingga membuat partisipan tidak bisa membedakan posisi peneliti sebagai sesama karyawan atau sebagai peneliti, sehingga penggalian informasi kurang mendalam.
- 5.2.4 Penelitian ini merupakan pengalaman pertama bagi peneliti dalam melakukan penelitian kualitatif dengan metode fenomenologi. Didalam fenomenologi terdapat persyaratan utama yaitu seorang peneliti fenomenologi harus bisa menahan '*bracketing*', dan syarat ini yang dirasakan paling sulit bagi peneliti.
- 5.2.5 Selain ini, kemampuan peneliti terbatas dalam mengeksplorasi secara mendalam terkait pengalaman peneliti sampai mengetahui maknanya.

### **5.3 Implikasi Keperawatan**

#### **5.3.1 Implikasi hasil penelitian terhadap rumah sakit tempat penelitian**

Berbeda dengan hasil penelitian kuantitatif yang informasinya berupa angka-angka, hasil dari penelitian ini merupakan tema-tema yang didapat melalui wawancara yang mendalam tentang hal-hal yang selama ini tidak terungkap dengan penelitian kuantitatif sehingga bisa lebih menggambarkan kondisi yang sebenarnya tentang kondisi-kondisi yang terkait dengan pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan seperti tingkat pemahaman perawat, hambatan-hambatan dalam pelaksanaannya, dukungan, upaya dan harapan yang diinginkan oleh perawat agar pendokumentasian ini bisa meningkat sesuai standar. Hasil dari penelitian ini memperkuat pemahaman bahwa pendokumentasian harus diatur sesuai dengan latar belakang pendidikan.

Pemahaman perawat terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan yang masih kurang baik khususnya tentang pengkajian, penentuan diagnosis keperawatan dan catatan perkembangan menyebabkan perawat tidak dapat mengambil keputusan yang terbaik untuk pasiennya sehingga tujuan mengatasi kesenjangan kesehatan pasien tidak bisa tercapai dan hal ini menyebabkan asuhan keperawatan menjadi tidak bermutu karena perawat tidak akan melaksanakan pendokumentasian asuhan sesuai dengan standar.

Berbagai hambatan yang muncul dalam dalam pelaksanaan pendokumentasian baik hambatan internal dari perawat sendiri seperti kemampuan melaksanakan pendokumentasian asuhan, motivasi diri yang kurang menggambarkan bahwa ada yang salah dalam pengelolaan manajemen terutama dalam fungsi pengarahan, kontroling dan pengorganisasian serta pemberian imbak dan sangsi hal ini menyebabkan komitmen terhadap pelaksanaan tugas menjadi

berkurang. Apalagi ditambah dengan sarana dan prasarana yang tidak mendukung seperti format yang terlalu banyak, penempatannya tidak teratur dan bentuk format tidak sederhana menyebabkan perawat semakin kurang tanggap terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan.

### 5.3.2 Implikasi terhadap pendidikan

Penelitian ini memberikan implikasi kepada institusi pendidikan tentang pembentukan persepsi mahasiswa mengenai pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan. Mahasiswa harus mengetahui bahwa kondisi di lapangan tidaklah sama dengan teori. Fakta-fakta yang didapat berdasarkan tema-tema yang sudah diturunkan dari hasil penelitian ini bisa dijadikan bahan untuk didiskusikan dan dikembangkan menjadi bahan kajian untuk penelitian.

Mahasiswa perawat seharusnya mengetahui bahwa hambatan terbesar adalah dari kemampuan dan kemauan perawat yang sangat kurang. Karena yang bisa dirubah adalah hambatan kemampuan yang disebabkan karena perawat tidak mau belajar, puas dengan apa yang sudah dimiliki sekarang dan tidak mau mengembangkan diri.

Sedangkan hambatan kemauan disebabkan karena kurangnya motivasi. Bagi tenaga pendidik tema yang didapat dari hasil penelitian ini bisa dijadikan sebagai sarana untuk diskusi mahasiswa supaya bisa memberikan sumbangan berupa solusi atas permasalahan yang terjadi di lahan praktek baik yang berhubungan dengan munculnya berbagai hambatan, upaya yang belum maksimal dan harapan yang diinginkan agar adanya perubahan ke arah yang lebih baik. Karena kalau tidak diselesaikan bersama dengan lahan praktek akan menyebabkan mahasiswa terpengaruh oleh budaya kerja yang tidak mendukung pencitraan profesionalisme keperawatan.

### 5.3.3 Implikasi terhadap penelitian

Ruangan khusus ICU, IGD, Poliklinik, Kamar Operasi, Unit Hemodialisis masih belum menerapkan pendokumentasian karena format-formatnya belum ada. Hal ini belum terungkap dalam penelitian ini. Begitu juga dengan fenomena mengapa perawat lebih patuh terhadap pencatatan instruksi dokter dibanding pendokumentasian asuhan keperawatan belum diketahui secara mendalam. Bagaimana peran manajer puncak terkait dengan komitmen dan pemberdayaan dalam pelaksanaan pendokumentasian di rumah sakit masih belum terungkap secara mendalam.

Untuk itu perlu dilakukan penelitian tentang model format yang paling cocok untuk ruangan khusus seperti poliklinik, ICU, Hemodialisis, IGD dan ruangan khusus lainnya. Perlu juga diteliti secara mendalam alasan-alasan mengapa perawat lebih patuh terhadap pencatatan instruksi medis dibanding pendokumentasian asuhan keperawatan dengan pendekatan fenomenologi. Komitmen dan pemberdayaan organisasi terhadap pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan juga merupakan topik yang menarik untuk penelitian selanjutnya baik dengan pendekatan kuantitatif ataupun kualitatif studi kasus.

## **BAB 6**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

Penelitian ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran dan pemahaman secara mendalam tentang persepsi perawat dalam pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan. Tema-tema yang teridentifikasi menggambarkan bahwa persepsi perawat dalam pendokumentasian masih belum baik sehingga respon perawat terhadap pendokumentasian masih negatif karena adanya berbagai hambatan, kurangnya dukungan, hanya sedikit upaya yang sudah dilakukan sehingga menimbulkan harapan-harapan yang tinggi untuk pendokumentasian yang lebih baik dimasa yang akan datang.

#### **6.1 Simpulan**

6.1.1 Persepsi perawat terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan sudah terjawab dalam tema pemahaman perawat terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan. Persepsi perawat terhadap pendokumentasian asuhan masih kurang baik, khususnya dalam pengkajian, penentuan diagnosis keperawatan dan catatan perkembangan. Hal ini menggambarkan bahwa kesempatan untuk mengikuti pelatihan baik formal maupun informal dan sosialisasi tentang pelaksanaan pendokumentasian masih kurang.

6.1.2 Respon perawat terhadap pendokumentasian asuhan terjawab dari tema: tanggapan negatif perawat tentang pendokumentasian. Hal ini menggambarkan bahwa belum optimalnya peran dan fungsi pengelola dalam hal menggerakkan, pengawasan dan motivasi terkait dengan pendokumentasian asuhan.

6.1.3 Hambatan perawat dalam pendokumentasian terjawab dari tema berbagai hambatan dalam pendokumentasian. Hambatan-hambatan tersebut antara lain: kurangnya kemampuan perawat, kurangnya sarana,

kurangnya peran dan fungsi pengelola, kebijakan dan prosedur, pengaturan kondisi kerja. Adanya hambatan-hambatan yang muncul dalam pelaksanaan pendokumentasian menggambarkan bahwa pihak pengelola masih kurang dalam memberikan komitmen dan pemberdayaan kepada perawat.

6.1.4 Dukungan yang diperlukan dalam pendokumentasian asuhan tertjawab dari tema: dukungan dari atasan langsung. Dukungan dari atasan langsung yang diperlukan adalah pemberian motivasi dan pemberian imbalan. Sedangkan dukungan lainnya seperti sarana dan prasarana, kemampuan manajer dalam kepemimpinan dan fungsi manajemen, serta dukungan dari lingkungan kerja semuanya justru merupakan hambatan.

6.1.5 Upaya-upaya yang dilakukan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan terjawab dalam tema: berbagai upaya yang sudah dilakukan mencakup meningkatkan kemampuan staf, membuat kebijakan tentang pendokumentasian, pemberdayaan, manajemen waktu, meningkatkan pengawasan dan pengarahan. Namun belum bisa menyelesaikan permasalahan sehingga perlu peran pimpinan keperawatan untuk memotivasi staf agar melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan.

6.1.6 Harapan dalam pelaksanaan pendokumentasian sudah terjawab dari tema harapan terhadap pengambil kebijakan. Harapan terhadap pengambil kebijakan adalah standarisasi format, perbaikan manajemen, peningkatan mutu dan pemberian penghargaan. Hal ini menggambarkan bahwa harapan yang diinginkan terhadap manajemen sangat tinggi terutama menyangkut perubahan format pendokumentasian asuhan, perbaikan fungsi manajemen pengawasan dan supervisi terhadap pendokumentasian asuhan dan pemberian penghargaan.

## 6.2 Saran

Berikut adalah saran-saran yang dapat diberikan kepada:

### 6.2.1 Pimpinan rumah sakit

Tema yang didapat dari hasil penelitian ini merupakan hasil ungkapan langsung dari perawat sehingga lebih dalam dibandingkan data-data angka statistik hasil penelitian kuantitatif. Sehingga untuk pimpinan rumah sakit perlu dilakukan:

- 1) Membuat kebijakan tertulis tentang kewajiban perawat untuk melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan yang sesuai dengan standar
- 2) Membuat kebijakan bahwa angka kredit harus dibuat oleh perawat sesuai dengan hasil pendokumentasian yang sudah mereka buat sebagai dasar untuk kenaikan pangkat.
- 3) Upaya peningkatan kemampuan perawat dalam pendokumentasikan asuhan khususnya untuk perawat lulusan SPK dan D III melalui pelatihan, sosialisasi, diskusi terfokus tentang tata cara penulisan pendokumentasian asuhan.
- 4) Pelatihan manajemen dan kepemimpinan untuk kepala ruangan khususnya terkait dengan pelaksanaan supervisi dan pembinaan karyawan terhadap kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan.
- 5) Meningkatkan ketersediaan sarana dan prasarana untuk memfasilitasi perubahan format-format pendokumentasian sesuai yang dibutuhkan perawat dan standar asuhan keperawatan.
- 6) Meningkatkan peran dan fungsi manajemen agar bisa menjalankan fungsi control dan pengendalian pendokumentasian asuhan keperawatan.
- 7) Meningkatkan upaya pemberian system penghargaan melalui kebijakan tentang penilaian kinerja berdasarkan pendokumentasian asuhan karena selama ini pengisian dan penetapan angka kredit hanya merupakan persyaratan administrasi

saja. Pelaksanaan dan pengawasan harus dikontrol oleh organisasi terkait seperti bidang perawatan, komite keperawatan dan urusan kepegawaian.

#### 6.2.2 Bidang Keperawatan dan Komite Keperawatan

- 1) Melakukan advokasi untuk menjelaskan hasil penelitian ini terutama tema-tema yang didapatkan dari hasil penelitian kepada direksi agar dijadikan bahan untuk pengambilan keputusan/kebijakan.
- 2) Melakukan pelatihan cara pendokumentasian menggunakan aplikasi diagnosis keperawatan menurut *NANDA* untuk kepala ruangan, ketua tim dan seluruh pelaksana keperawatan secara berjenjang.
- 3) Melakukan pelatihan supervisi keperawatan yang difokuskan kepada pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan untuk kepala ruangan dan ketua tim keperawatan.
- 4) Komite Keperawatan melakukan revisi dan sosialisasi Standar Asuhan Keperawatan
- 5) Melakukan kajian terhadap penggunaan format C4.
- 6) Merencanakan dan menyusun upaya peningkatan kesejahteraan perawat sesuai dengan kemampuan rumah sakit diantaranya seperti adanya insentif untuk pencatatan pendokumentasian atau penerapan pendokumentasian sebagai alat untuk kenaikan pangkat.

#### 6.2.3 Perawat Pelaksana

- 1) Melakukan pendokumentasian asuhan sesuai dengan standar karena pendokumentasian asuhan merupakan bagian dari mutu rumah sakit
- 2) Melaksanakan aktifitas pelayanan keperawatan berdasarkan profesionalisme profesi, bukan hanya berorientasi pada kepentingan pengobatan dokter.

- 3) Meningkatkan kemampuan kerja perawat melalui proses belajar, pelatihan atau seminar-seminar yang berhubungan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan

#### 6.2.4 Penelitian selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan referensi atau data awal untuk mengembangkan penelitian terkait dengan pendokumentasian asuhan keperawatan seperti:

- 1) Melakukan penelitian dengan metode kualitatif fenomenologi tentang sejauh mana komitmen pimpinan dan perawat dalam pendokumentasian asuhan.
- 2) Melakukan pengkajian tentang format-format yang paling cocok untuk diterapkan di ruangan khusus seperti ICU, IGD, Kamar Operasi, Poliklinik Hemodialisis dan ruangan khusus lainnya yang selama ini belum dilakukan penerapan pendokumentasian yang maksimal.

## DAFTAR KEPUSTAKAAN

*American Nurses Association (2010). Introduces principles for documentation brochure for nurses*, Nevada Information. findarticles.Com. [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_qa4102/is\\_200305/ai\\_n9255514/](http://findarticles.com/p/articles/mi_qa4102/is_200305/ai_n9255514/) diperoleh 02 Feb, 2010.

*Association of State and Territorial Directors of Nursing (2008). Report on a public health nurse to population ratio, A S T D N P H N Populati on Ratio Report*, dalam [http:// www. askastdn@astdn.org](http://www.askastdn@astdn.org) diperoleh 3 Maret 2010.

Azis, A., (2005). Pengaruh Pelatihan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Terhadap Motivasi dan Kinerja Perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Undata Palu , Tesis, Sekolah Pascasarjana Universitas Gajah Mada Yogyakarta

Basrowi dan Suwandi (2008). *Memahami penelitian kualitatif*, Jakarta: Rineka Cipta.

Benner, P & Ketefian, S., (2008). *Nursing research: designs and methods*. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier.

Berry, Rita,S.,(1999).Collecting data by in-depth interviewing, *Paper presented at the British Educational Research Association Annual Conference*, University of Sussex at Brighton, September 25/1999 <<http://www.leeds.ac.uk/educol/documents/000001172.htm>>diperoleh 17 April 2010.

Boyce, C., & Neale, P.,(2006). Conducting in-depth interviews: a guide for designing and conducting in-depth interviews for evaluation input, *Pathfinder International Tool Series Monitoring And Evaluation – 2*, Watertown USA: MA 02472

Brooks, J.,T., (1998). An analysis of nursing documentation as a reflection of actual nurse work, *MedSurg Nursing*, [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m0FSS/is\\_n4\\_v7/ai\\_n18607882/](http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSS/is_n4_v7/ai_n18607882/)

Budiarto,W., (2003), *Pengembangan Model Rekrutmen dan Pendayagunaan Tenaga Keperawatan di Daerah Terpencil*, Staf Peneliti Puslitbang Sistem dan Kebijakan Badan Litbangkes Depkes RI.

Kamos, Nikki., (2009) The legalities of nursing documentation, Vol. 40, Iss. 8; pg. 16 Chicago, Aug 2009, <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=3&did=1848652171&SrchMode=>

[1&sid=5&Fmt=2&VInst=PROD&VType=POD&RQT=309&VName=PQ  
D&TS=1266633989&clientId=45625](#)

Carpenito., (1990). *Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice*, 3rd Edition, Philadelphia: Lippincott.

Carrol & Johson., (2004). Editorial: Without Borders, *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, Jan-Mar, 15, 1, ProQuest Nursing & Allied Health Source.

College of Nurses of Ontario., (2009). *Practice Standard, Documentation, revised 2008*, Pub No. 41001, Toronto, Canada, [http:// www.cno.org](http://www.cno.org), diperoleh 23 Maret 2010 dari <<http://www.proQuest.com>>

Cowden, S., & Johnson, L. C., (2001). A process for consolidation of redundant documentation forms, *Journals.lww.com* > [March/April 2004 - Volume 22 - Issue 2](#) pp 90-93  
<[http://journals.lww.com/cinjournal//2004/03000/A\\_Process\\_for\\_Consolidation\\_of\\_Redundant.9.aspx](http://journals.lww.com/cinjournal//2004/03000/A_Process_for_Consolidation_of_Redundant.9.aspx)> diperoleh 12 Maret 2010

Creswell, J. W., (1994). *Research design : quantitative and qualitative approach*. London : Sage Publication Inc.

Creswell, J.W., (1998). *Qualitative inquiry and research design choosing among five tradition*. USA: Sage Publication, Inc.

Depkes RI, (1997). *Intrumen evaluasi penerapan standar Asuhan Keperawatan di Rumah Saki* , Jakarta.

Depkes RI, (2004). Pusat manajemen pelayanan kesehatan FK-UGM bekerjasama dengan WHO Jakarta, *Laporan akhir pengembangan instrumen Pengembangan Manajemen Kinerja (PMK) bagi seluruh tenaga klinik di Puskesmas*

Depkes RI., (2008), *Pedoman Nasional Etik Penelitian Kesehatan (Suplemen VI Etika Penelitian)*, Komisi Nasional Etik Penelitian Kesehatan, Jakarta ISBN/ISSN 979-98869-3-7

Drucker, P.,F., (2007). *The effective executive*, Burlington, USA: Elsevier.

Effendi, N., (1995). *Pengantar Proses Keperawatan*, Jakarta, EGC

Ellis, J.R., Hartley, C.L., (2000) *Managing and coordinating nursing care*, 3rd Edition, Philadelphia: Lippincott.

Fisbach T.F., (1991). *Documentating care: the communication, the nursing process and documentation standards*,. Philadelphia: Davis Comp.

- Flores,R.M.N.,(2009). Basic principles of public health administration and management, Published 01/16/2009, <<http://www.scribd.com/doc/10509982/Basic-Principles-of-Public-Health>> diperoleh 10 Maret 2010
- Frechtling, J., Stevens, F., Lawrenz, F., and Sharp, L (1997), The user-friendly handbook for project evaluation: science, mathematics and technology education. *Part II Chapter 3: Overview of qualitative methods and analytic techniques*, <[http://www.nsf.gov/pubs/1997/nsf97153/chap\\_3.htm](http://www.nsf.gov/pubs/1997/nsf97153/chap_3.htm)> Diperoleh 12 Maret 2010.
- Gapko, D. (September 2001). Improving nursing documentation in a computer-based inpatient hospital setting. *Journal OJNI. Vol. 5, No. 2. [Online]*. <[http://www.hhdev.psu.edu/nurs/ojni/dm/52/nursing\\_documentation.htm](http://www.hhdev.psu.edu/nurs/ojni/dm/52/nursing_documentation.htm)> diperoleh 2 Februari 2010
- Gibson, J. L., Ivancevich, J.M. & Donnelly,J.H., (2001). *Organizations: Behavior, Structure, Processes*. 8th ed. Boston: Richard D. Irwin, pko (2001)
- Gillies, DA. (1994). *Nursing management: a system approach*. 3<sup>rd</sup> Ed. Philadelphia: WB Saunders.
- Girsang, O.D., (2006), *Analisis kinerja perawat pelaksana ditinjau dari dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap RS PGI Cikini*, Tesis, Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan, Jakarta: FIK-UI
- Guest, G and MacQueen.,K.,M.,(2008). *A handbook for the methodology of team-based qualitative research in the social sciences*, Altamira Press,Estover Road, Plymouth, UK diperoleh 8 Mei 2010 <http://books.google.co.id/books?id=nnwJbi52StwC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Gugerty, B.,Maranda,M.J., Beachley,M., & Navaro, V.B., et al (2007), Challenges and opportuniies in documantation of the nursing care patients, *A Report of The Maryland Nursing Workforce Commision, Baltimore Documentation Work Group*, <[http://www.mbon.org/commission2/documentation\\_challenges.pdf](http://www.mbon.org/commission2/documentation_challenges.pdf)>diperoleh 18 Maret 2010.
- Hennessy,Hicks, Hilan, & Kawonal (2006), *The training and development needs of nurses in Indonesia: paper 3 of 3*.
- Hotnida Lomriani (2002), Analisis faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kinerja perawat Dalam Pendokumentasian proses keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Koja, Tesis, FKM-UI
- Hotmaida, S., (2002). Pengaruh Supervisi Kepala Ruangan Rawat Inap, Kemampuan, motivasi dan imbalan tenaga perawat pelaksana terhadap

kinerja tenaga perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Sidoarjo,  
Tesis, Universitas Airlangga

Iyer, Patricia W (2001), *Nursing Malpractice*, Second Edition, USA: Lawyers and Judge Publishing Co.Inc.

Iyer, P.W., & Camp, N.H. (1999). *Nursing documentation: a nursing process approach* (3rd ed.). St. Louis, MO: Mosby, Inc.

Karmawati, I.A., (1998). *Persepsi perawat terhadap pelaksanaan dokumentasi pengkajian keperawatan di ruang rawat inap RSUD Pasar Rebo Jakarta*, Tesis, Magister Administrasi Rumah Sakit, Universitas Indonesia

Katz, J., & Green, E., (1992). *Managing quality: a guide to monitoring and evaluating nursing services (managing quality)*, St. Louis: Mosby Co.

Keputusan Presiden Republik Indonesia No: 39 tahun 1995, Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, [http://www.litbang.depkes.go.id/download/regulasi/PP\\_39\\_1995.pdf](http://www.litbang.depkes.go.id/download/regulasi/PP_39_1995.pdf) diperoleh 10 Juni 2010.

Keputusan Menteri Kesehatan RI No 836 Tahun 2005 tentang Peningkatan Manajemen Kinerja Perawat dan Bidan

Keputusan Menkes No. 436/Menkes/SK/VI/1993 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit

Keputusan Dirjen Yanmed No. YM. 00.03.2.6.7637 tahun 1993 tentang Standar Asuhan Keperawatan.

Komisi Akreditasi Rumah Sakit dan Sarana Kesehatan Lainnya.(2003). *Pedoman Survei Akreditasi Rumah Sakit : Instrumen Survey Akreditasi RS 16 Pelayanan*, Jakarta: KARS.

Kroon,J., (1995). *General management*, Second Edition, Café Town, South Africa Pretoria : Kagiso Tertiary

Kurtiyono (2009). *Rekam medis: catatan yang sering dilupakan*, IRDITKESAD <[http://kesad.mil.id/index.php?view=article&catid=52%3Aumum&id=182%3Amedcalrecord&tmpl=component&print=1&page=&option=com\\_content](http://kesad.mil.id/index.php?view=article&catid=52%3Aumum&id=182%3Amedcalrecord&tmpl=component&print=1&page=&option=com_content) disitasi 22/2/2010>

Kelly, L. Y., & Joel, L.A., (1995). *Dimensions of professional nursing*. New York: McGraw-Hill, Inc.

Kozier, B. J., Erb, G., Berman, A.J., & Snyder,S.,(2004). *Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice (7th Edition)*, Atlanta: Prentice Hall.

Kuswarno, E., (2009). *Metodologi penelitian komunikasi: fenomenologi, konsepsi, pedoman dan contoh penelitian*, Bandung: Widya Padjadjaran.

Lumenta,N.,A.,(2008). Strategi mempersiapkan dan menjagamutu akreditasi Rumah Sakit, *Hasil Lokakarya PELKESI* di Bandung 3-4 April 2008 (tidak dipublikasikan).

Lunney, M., (2008). Critical Need to Address Accuracy of Nurses' Diagnoses, *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. Vol. #13 No.

#1,<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/vol132008/No1Jan08/ArticlePreviousTopic/AccuracyofNursesDiagnoses.aspx>

- Marriner & Tomey, A., (1995). *Guide to nursing management*. St. Louis: Mosby Year Book Co.
- Marquis, B., L., & Huston, C., J. (2008). *Leadership role and management function in nursing: theory and application*, 6th Edition, Philadelphia PA, USA: Lippincott William and Wilkin
- Mangkunegara (2008). *Manajemen sumber daya manusia perusahaan*, Bandung: Remaja Rosda Karya
- Mc Cann (2004). *Nurse's legal hand book, fifth edition, Chapter 7, Legal Aspect of Documentation*, Editor: Follin, Stacey, A., , Nowristown Road, USA: Lippincott William & Wilkins
- Mc Namara (2010). Introduction to Management: Management Functions, *Encyclopedia of Business, 2nd ed*  
<<http://www.referenceforbusiness.com/management/Log-Mar/Management-Functions.html>> diperoleh 13 Maret 2010.
- Merelli T.M., (2000). *Nursing Documentation Handbook*, St. Louis: Mosby.
- Mobiliu, S., (2005). *Hubungan Beban Kerja Perawat Setiap Shift dan Tingkat Pendidikan Perawat dengan Kualitas Dokumentasi Keperawatan di IRNA D dan IRNA G RSUD Prof.Dr.H.Aloei Saboe Gorontalo*, Tesis, Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan, Jakarta: FIK-UI.
- Moleong, L.J., (2007). *Metodologi Penelitian Kualitatif*, Edisi Revisi, Bandung: Remaja Rosdakarya.
- Monarch, Kammie J., D., (2007). Documentation, Part 1: Principles for Self-Protection, *AJN, American Journal of Nursing*: July 2007 - Volume 107 - Issue 7 - p 58-60,  
[http://journals.lww.com/ajnonline/2007/07000/Documentation\\_Part\\_1\\_Principles\\_for.26.aspx](http://journals.lww.com/ajnonline/2007/07000/Documentation_Part_1_Principles_for.26.aspx) diperoleh 12 Maret 2010
- Montalvo, I., (2007). The National Database of Nursing Quality Indicators™ (NDNQI®)\_The Online Journal of Issues in Nursing. Vol. 12 No. 3, Manuscript  
2, <[www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No3Sept07/NursingQualityIndicators.aspx](http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No3Sept07/NursingQualityIndicators.aspx)> diperoleh 17 Februari 2010.
- Murphy, B.J, (2001). Principles of Good Medical Record Documentations, *Journal of Medical Practice Management*, Marc/April, 2001 p 258-261,

Greenbranch Publishing 1-800-933-3711, <<http://scribd.com/> principles of good medical record documentation/> diperoleh 17 Februari 2010.

Nurachmah, E., (2001). **Asuhan Keperawatan Bermutu di Rumah Sakit, Artikel**, Disajikan pada Seminar Keperawatan RS ISLAM Cempaka Putih Jakarta, 2 Juni 2001, Pusat Data dan Informasi - Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia, <<http://www.pdpersi.co.id/?show=detailnews&kode=786&tbl=artikel>> diperoleh 7 Desember 2009

Patton, M. Q., (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods* (2nd ed.). Newbury Park, CA: Sage Publications, Inc.

Polit, D.F., & Hungler, B.P., (1999). *Nursing Research, Principles and Methods*, Sixth Edition, Philadelphia: Lippincot, Williams and Wilkins

Polit, D.F. & Beck, C. T., (2008), *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*, 8 th Ed, Lippincott Williams & Wilkins, USA., 21 Februari

2010, <[http://books.google.co.id/books?id=Ej3wstotgkQC&printsec=frontcover&source=gbs\\_navlinks\\_s#v=onepage&q=&f=false](http://books.google.co.id/books?id=Ej3wstotgkQC&printsec=frontcover&source=gbs_navlinks_s#v=onepage&q=&f=false)>

Polit, D.F. Beck, C.T., & Hungler, B.P., (2001). *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal and Utilization*, **Fifth Edition, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins**

Potter, C.J., Taylor, P.A., & Perry, C., (2009). *Potter & Perry's Fundamentals of Nursing*, 2<sup>nd</sup> Edition, Australia: Mosby-Elsevier.

PP 39 tahun 1995, Penelitian dan Pengembangan Kesehatan

Purwanto, E., (2008). **Nursing Information System, Artikel: Sistem informasi Keperawatan** <<http://picasaweb.google.co.id/nursinginformati>> diperoleh 2 April 2009

Pusat Pendidikan Tenaga Kesehatan (1989). Buku A. Kurikulum Sekolah Perawat Kesehatan. Departemen Kesehatan RI Jakarta

Pusdiknakes (2007) Kurikulum Program Khusus DIII Keperawatan, diperoleh 10 Juli 2010 dari

<http://www.pusdiknakes.or.id/?show=info/progsus/pendahuluan>

PPNI (2009), Rancangan Undang-Undang Praktek Keperawatan, diperoleh 12 Juni 2010 dari <http://www.inna-ppni.or.id>

PPNI, (2010). *Standar Profesi dan Kode Etik Perawat Indonesia*, Jakarta: Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PP-PPNI)

Rahmawati, I.N., (2010). Pengumpulan data dalam penelitian kualitatif: wawancara,

<<http://staff.ui.ac.id/internal/132147454/publikasi/pengumpulandatadalampenelitiankualitatif.pdf>> diperoleh 17 April 2010.

Robin, S., (2008). *Perilaku Organisasi (Organizational Behavior)*, Jakarta: Salemba.

- Rosalinda** , A., & Le Fevre., (2006). *Applying Nursing Process A Tool For Critical Thinking*, 6th Edition (Sixth Edition ), Philadelphia: Lippincot, Williams and Wilkin
- Safrudin (2003). *Hubungan Karakteristik Perawat dan Manajemen Waktu Perawat Pelaksana dengan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Rawat Inap RS Husada Jakarta Tahun 2003*, Tesis, Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan, Jakarta: FIK-UI.
- Samsudin,S., (2006). *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Bandung: Pustaka Setia.
- Setiamasa, I., (2007). *Analisis Perilaku Perawat Dalam Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Pasien Rawat Inap di Rs Paru Dr M Goenawan Partowidigdo Cisarua Bogor*, Tesis Manajemen Rumahsakit Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Jurusan Ilmu-Ilmu Kesehatan, Yogyakarta: Program Pascasarjana Universitas Gadjah Mada.
- Setyowaty dan Rita.,(1998). Suatu alternatif pemecahan masalah dalam pendokumentasian asuhan keperawatan, Telaah penelitian: Optimalisasi Pendokumentasian Keperawatan di RS Dharmais Jakarta, *Jurnal Keperawatan Indonesia*, Volume II, Oktober 1998, hal: 146-155
- Schermerhorn, Hunt, Osborn, & Currie, (2000). *Organizational Behaviour*, Canadian Edition, *Chapter 5 : Perception and Attribution*, John Willer and Sons, Canada, <<http://bcs.wiley.com/hebcs/Books?action=mininav&bcsId=2169&itemId=0470833718&assetId=64395&resourceId=5292&newwindow=true>> diperoleh 3 Januari 2010
- Schlosser & Rebecca (2003). *Taylor and Gullick: a comparison of two legendary change agent*, Spring
- Sri, F.S., (2008). Nursing as a human science and human care : telaah filosofis terhadap keperawatan sebagai profesi, Franciscasri's Weblog, <<http://franciscasri.wordpress.com/2008/08/05/nursing-as-a-human-science-and-human-care-telaah-filosofis-terhadap-keperawatan-sebagai-profesi/#comment-71>>diperoleh 9 Maret 2010
- Streubert, H.J., & Carpenter, D.R. (2003). Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*, 3rd ed., Philadelphia: Lippincott
- Sumitra, (2000). *Faktor- Faktor yang Berhubungan dengan Pelaksanaan Dokumentasi Pengkajian Keperawatan Oleh Perawat di Ruang Rawat Inap RSUD Karawang Tahun 1999/2000*, Tesis , Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan, FIK-UI, Jakarta
- Staub,M,M., & Odenbreit,B.M., (2005). From Switzerland, *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*;Jul-Des 2005;16,3/4, ProQuest Nursing & Allied Health Source <<http://www.proquest.com>> diperoleh 8 Februari 2010.

- Stauß, MM., (2009), Evaluation of the Implementation of Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes, *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, Vol. 20, Iss. 1; pg. 9, 7 pgs, Philadelphia: Jan-Mar 2009
- Stoner, J., A., F., Freeman, R., E., & Gilbert, D., R., (1996). *Manajemen*, Jilid I-Edisi bahasa Indonesia Alih Bahasa Sindoro, Jakarta: PT.Prenhallindo.
- Saefullah, K dan Sule, E. T., (2005). *Pengantar Manajemen*, edisi pertama, Jakarta: Prenada Media
- Swanburg, (1990). *Managemant and leadership for nurse managers*, Boston: Jones and Barlett Publishers
- Tanasale, A., (2003), *Dampak pelatihan asuhan keperawatan terhadap pendokumentasian keperawatan pada perawat SPK di RSUD Tual Kabupaten Maluku Tenggara*, Tesis, Manajemen dan Kebijakan Pelayanan Kesehatan Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Jurusan Ilmu-Ilmu Kesehatan Yogyakarta: Program Pascasarjana Universitas Gadjah Mada
- Thabrany, H., (2002). Rumah sakit publik berbentuk BLU: bentuk paling pas dalam koridor hukum saat ini, <<http://staff.ui.ac.id/internal/140163956/material/RumahSakitSebagaiBadanLayananUmum.pdf>> diperoleh 2 Maret 2010
- Tanasale, A., (2003), *Dampak Pelatihan Asuhan Keperawatan terhadap Pelaksanaan Asuhan Keperawatan dan Pendokumentasian Keperawatan di RSUD Tual Kabupaten Maluku Tenggara*, Tesis, Program Pascasarjana Universitas Gajah Mada, Jogjakarta
- Toha, M., (2008). *Perilaku Organisasi: Konsep dasar dan aplikasinya*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Vsanthakumar, J, Waldron, M.W., & Arulraj, S., (1994). Management and supervision. In D. Blackburn (Ed.), *Extension handbook: Processes and practices. Chapter 13 - Improving the organization and management of extension*, Toronto: Thompson Educational Publishing, <<http://www.fao.org/docrep/w5830E/w5830e0f.htm>> diperoleh 18 Maret 2010.
- Wijono. D., (1999). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*, Vol. 1., Surabaya: Airlangga University Press
- Winter, (2000). Factors related to the organizational commitment of college and university auditors. *Journal of Managerial Issues*. Februari 22, 2010. <http://www.entrepreneur.com/tradejournals/article/68876928.html>
- Wong, Frankie, WH., (2009). Chart audit: strategies to improve quality of nursing documentation, *Journal for Nurses in Staff Development (JNSD)*: March/April 2009 - Volume 25 - Issue 2 - pp E1-E6doi: 10.1097/NND.0b013e31819e11fa  
Article, <[http://journals.lww.com/jnsdonline/2009/03000/Chart\\_Audit\\_Strategies\\_to\\_Improve\\_Quality\\_of.15.aspx](http://journals.lww.com/jnsdonline/2009/03000/Chart_Audit_Strategies_to_Improve_Quality_of.15.aspx)> diperoleh 19 Februari 2010

## **PENJELASAN PENELITIAN DAN PERSETUJUAN**

Judul penelitian: Persepsi Perawat dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di RSUD Gunungjati Kota Cirebon.

Saya Dedy Ahmad Sumaedi, mahasiswa Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Magister Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dengan NPM: 0806446063.

Saya sedang melakukan penelitian tentang persepsi perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di RSUD Gunungjati. Saya berharap Bapak/Ibu bisa bekersama dalam penelitian ini dengan cara bersedia menjadi partisipan.

Pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan bukti legalitas dan akontabilitas seorang perawat professional. Indikator kinerja perawat salah satunya bisa diukur dari tingkat pencapaian pendokumentasian asuhan. Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 25 Januari sampai dengan 30 Januari 2010 di RSUD Gunungjati didapatkan nilai pencapaian pendokumentasian 31.4% %. Angka ini lebih rendah apabila dibandingkan dengan standar asuhan keperawatan yang ditetapkan oleh Depkes yaitu 75% (Depkes, 1997). Padahal RS Gunungjati akan dilakukan akreditasi, salah satu komponen yang akan dinilai adalah pendokumentasian perawat.

Penelitian ini bertujuan untuk mendapatkan gambaran secara mendalam tentang arti dan makna pengalaman pendokumentasian asuhan keperawatan menurut persepsi perawat di RSUD Gunungjati Kota Cirebon.

Dalam studi ini, saya akan mengajukan beberapa pertanyaan tentang bagaimana pengalaman Bapak/Ibu melaksanakan pendokumentasian asuhan, hambatan-hambatan dalam pelaksanaannya, harapan-harapan untuk perbaikan ke depan dan sejumlah pertanyaan lainnya yang berkaitan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan. Wawancara ini akan memakan waktu paling lama satu jam. Seluruh hasil wawancara ini akan dicatat dan direkam dengan sebuah alat perekam digital agar data yang sudah diambil tidak ada yang terlewatkan.

Penelitian ini tidak akan merugikan atau beresiko terhadap Bapak/Ibu kecuali akan menyita waktu sekitar satu jam. Dengan hasil yang akan diperoleh dalam penelitian ini diharapkan dapat membantu merumuskan kebijakan untuk meningkatkan pelayanan melalui perbaikan kualitas pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan.

Bapak/Ibu bebas menentukan pilihan untuk menolak dan menarik diri sebagai partisipan Bapak/Ibu juga dapat menolak untuk menjawab pertanyaan jika merasa tidak nyaman dengan pertanyaan-pertanyaan yang saya ajukan. Seluruh informasi yang sudah diberikan akan tetap terjaga kerahasiaannya. Tak seorang pun kecuali peneliti utama dan pembimbing peneliti yang memiliki akses ke sana. Nama dan identitas Bapak/Ibu tidak akan dicantumkan dalam penelitian ini. Namun data tersebut dapat dilihat oleh komite peninjau Etis dan mungkin diterbitkan dalam jurnal dan lain-lain tanpa mencantumkan nama atau mengungkapkan identitas Bapak/Ibu.

Apabila terdapat hal-hal yang ingin dikemukakan atau diungkapkan melalui telepon untuk tambahan informasi maka Bapak/ Ibu bisa menghubungi saya di no telepon 0231 3300009.

### **PERSETUJUAN**

Saya telah membaca dan memahami seluruh penjelasan diatas, dan saya bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Saya memahami bahwa saya akan menerima salinan formulir ini. Saya sudah secara sukarela memilih untuk berpartisipasi dan saya mengerti bahwa pernyataan persetujuan ini tidak akan berdampak hukum atas kelalaian dan kesalahan yang ditimbulkan karena penelitian ini.

Peneliti,

Cirebon,.....2010,

Partisipan,

(.....)

(.....)

## PEDOMAN PENGUMPULAN DATA DAN WAWANCARA

### A. Tujuan Penelitian

Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran secara mendalam pengalaman pendokumentasian asuhan keperawatan menurut persepsi perawat di RSUD Gunungjati Kota Cirebon.

### B. Data Demografi

Kode partisipan : .....

Pewawancara : .....

Umur : .....

Jenis Kelamin : .....

Tingkat Pendidikan terakhir : .....

Unit Pelayanan/ Ruang : .....

Lama Bekerja /posisi : .....

Jabatan : .....

Pengalaman kursus/pelatihan : .....

Tanggal wawancara : .....

Tempat wawancara : .....

Waktu wawancara : .....

### C. Pedoman Kegiatan Wawancara

#### 1. Fase Orientasi

- a. Ucapan terimakasih
- b. Pertanyaan bio data partisipan
- c. Penjelasan tujuan wawancara dikaitkan dengan tujuan penelitian.
- d. Penjelasan mengenai posisi peneliti bukan sebagai karyawan dan tidak bermaksud menginvestigasi tetapi murni sebagai peneliti.
- e. Penjelasan prinsip etika penelitian:
  - *Confidentialit*: tidak akan menyebutkan nama tetapi kode
  - *beneficence*: hasil penelitian tidak akan berpengaruh terhadap karir dan jabatan, bahkan hasilnya bisa dijadikan bahan pengambilan keputusan untuk perbaikan pelayanan terkait pendokumentasian
  - *Justice*: menghargai martabat, kebebasan dan hak partisipan untuk memutuskan keluar dari proses wawancara.
- f. Penjelasan kontrak wawancara:

- lamanya waktu wawancara: waktu sekitar 1 jam
  - tempat wawancara: di ruangan kepala ruangan
  - tehnik wawancara: menggunakan pertanyaan semi terstruktur
- g. Penjelasan bahwa seluruh kegiatan wawancara akan dicatat dan direkam
  - h. Partisipan diberi kesempatan bertanya dan mengklarifikasi hasil wawancara dan transkrip.
  - i. Tanda tangan *informed consent*

## 2. Fase Kerja

### PERTANYAAN KUNCI

1. Menurut saudara apa yang dimaksud dengan pendokumentasian asuhan keperawatan?
2. Bagaimana saudara melakukan langkah-langkah pendokumentasian asuhan keperawatan?
3. Sejauh mana saudara melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan?
  - Melakukan menuliskan pengkajian di ruangan caranya bagaimana
  - Cara menuliskan analisa data di ruangan (dilakukan tidak)
  - Cara menuliskan diagnosis keperawatan (dari mana mengetahui? SAK?)
  - Cara menuliskan perencanaan, implementasi dan evaluasi
  - Cara menulis catatan perkembangan
  - Dokumentasi lain yang harus diisi diluar format keperawatan
4. Menurut anda bagaimana pelaksanaan pendokumentasian ditempat tugas saudara?
  - Dilaksanakan tidak langkah-tersebut diatas?
  - Apa yang dilakukan dan yang tidak dilakukan
  - Jelaskan caranya
  - Respon positif
  - Respon negative
5. Bisa disebutkan apa saja kendala-kendala atau hambatan-hambatan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan ditempat saudara bekerja?
  - Hambatan dari perawat
  - Hambatan dari lingkungan
  - Hambatan dari pimpinan
  - Bagaimana sikap anda terhadap munculnya kendala-kendala (sikap perawat, sikap teman-teman sejawat, sikap dokter, sikap medical record, sikap pimpinan langsung, sikap manajemen puncak)

6. Bisa diceritakan apa saja upaya untuk mengatasi kendala tersebut?
  - a. Yang anda lakukan
  - b. Yang teman-teman lakukan
  - c. Yang pimpinan lakukan
  - d. Upaya konkrit: pelatihan sosialisasi, rapat-rapat, reward and punishment
  - e. Fungsi-fungsi manajemen yang dilakukan oleh pimpinan
  
7. Jadi menurut saudara apa yang seharusnya dilakukan untuk meningkatkan pendokumentasian asuhan keperawatan di unit kerja saudara?
  - a. Yang harus dilakukan oleh anda?
  - b. Yang harus dilakukan oleh pimpinan?
  - c. Yang harus dilakukan oleh instalasi, komite kep, mutu, bidang kep
  - d. Apa yang harus dilakukan oleh manajer rumah sakit?
  - e. Reward and punishment

### 3. Fase Terminasi

PELAKSANAAN	PERTANYAAN/ UNGKAPAN
1. Komentar tambahan	Bila ada ungkapan atau pernyataan yang ingin Bpk/Ibu/Sdr tambahan saya persilakan?
2. Step berikutnya	
3. Ucapan terimakasih	
	<p>Saya akan melakukan pencatatan hasil wawancara hari ini dan akan melakukan analisa terhadap hasil wawancara. Untuk klarifikasi dan verifikasi terhadap hasil wawancara, saya akan mengembalikan hasil transkrip wawancara ini untuk dikomentari bila tidak sesuai dengan hasil wawancara sebelumnya.</p> <p>Saya berharap Bapak/Ibu/Sdr berkenan untuk membantu saya memeriksa transkrip untuk melengkapi informasi yang sudah diberikan.</p> <p>Apabila ada hal-hal yang belum terungkap, saya akan melakukan wawancara ulang dengan Bapak/Ibu/Sdr. Terimakasih atas kesediaan waktunya.</p>

## FORMAT CATATAN LAPANGAN

Kode Partisipan :.....  
Tempat wawancara :.....  
Waktu wawancara :.....

Suasana tempat saat akan dilakukan wawancara  
.....  
.....

Gambaran partisipan saat akan dilakukan wawancara  
.....  
.....

Posisi partisipan dengan peneliti  
.....  
.....

Gambaran Respon Partisipan selama wawancara berlangsung  
.....  
.....

Gambaran suasana tempat selama wawancara berlangsung  
.....  
.....

Respon partisipan saat terminasi  
.....  
.....

TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	
1. Persepsi perawat terhadap pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan	(1) Kurangnya pemahaman perawat tentang pendokumentasian aspek	pemahaman perawat tentang proses keperawatan	arti pendokumentasian	pencatatan data dan masalah pasien selama dirawat pada format khusus dari pengkajian sampai evaluasi	√	√	√		√			
				<u>mendokumentasikan secara tertulis masalah pasien.. kita rencanakan... tindakan..dievaluasi dan dilihat perkembangannya</u>				√				
				<u>menuliskan laporan distatus pasien , keluhan pasien,tanda vital, advis dokter dan obat-obatan injeksi</u>							√	
				<u>legalitas kerjaan kita dicatat dalam lembaran atau dokumen perawatan</u>		√						√
			langkah pendokumentasian asuhan	pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan,pelaksanaan , evaluasi, catatan perkembangan	√	√	√	√	√	√	√	

TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
				periksa tanda vital mengobservasi menanyakan keluhannya ..ditulis di buku suhu nadi..obat injeksi ditulis di buku suntikan.						√	
		pemahaman tentang pengkajian	arti pengkajian	proses <u>menemukan data</u> dengan cara <u>berkomunikasi dan</u> <u>pemeriksaan fisik</u>	√						
				langkah perawat <u>menemukan data dan</u> <u>permasalahan pasien</u>		√	√				
				<u>menemukan fakta dan</u> <u>data masalah kesehatan</u> <u>pengukuran, pemeriksaan</u> <u>dan wawancara</u>					√		
				<u>mendapatkan data</u> <u>dengan pengukuran tanda</u> <u>vital, menanyakan</u> <u>keluhan dan menemukan</u> <u>adanya kelainan</u>						√	
				<u>pengkajian di icu sama</u> <u>dengan igd menggunakan</u> <u>prinsip abc</u>							√

TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
			langkah pengkajian	identitas pasien, keluhan utama, riwayat penyakit, riwayat sosial ...psiko logi aktifitas sehari-hari di rumah			√				
				<u>melakukan anamnesa, pemeriksaan fisik inspeksi, auskultasi, palpasi, perkusi</u>				√			
				<u>pengkajian, pemeriksaan fisik, objektif subjektif, inspeksi palpasi perkusi auskultasi head to toe atau per sistem</u>					√		
				pengkajian itu head to toe atau per sistem			√				
				<u>periksa tanda vital..mengobservasi menanyakan keluhannya</u>						√	
				<u>pengkajian abc penemuan masalah perencanaan penetapan tujuan, pelaksanaan tindakan dievaluasi</u>							√

TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
			tehnik pengumpulan data	<u>anamnesa, pemeriksaan fisik dengan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi</u>	√	√		√			
				<u>wawancara, komunikasi dengan pasien atau keluarga, pemeriksaan fisik head to toe</u>			√				
				<u>..kalau di anak kan kita melakukan anamnesa ke keluarganya</u>				√			
				<u>memeriksa tanda vital dan mengobservasi terus menanyakan keluhannya</u>				√			√
				<u>keluhan utama dari status ugd</u>	√					√	√
				<u>difokuskan pada pengkajian masalah utama</u>		√					
				<u>dilakukan survey primer abc, dilanjutkan survey sekunder difokuskan kesistem yang terganggu.</u>							√

TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
		pemahaman tentang diagnosis keperawatan dan intervensi	tehnik analisis data	dikelompokkan, divalidasi, ditentukan masalah		√	√	√	√		√
				<u>analisis data adalah pengolahan data sebelum menentukan diagnosis keperawatan</u>	√			√			
				arti diagnosis keperawatan	<u>kesimpulan terhadap masalah dan penyebabnya</u>		√			√	
					<u>diagnosis yang dibuat oleh perawat berdasarkan respon pasien terhadap masalah kesehatan pak</u>			√			
				<u>diagnosis keperawatan menggunakan problem etiologi symptom</u> <u>pernyataan singkat tentang kesimpulan atau respon pasien yang dikumpulkan sesuai tanda dan gelajalnya</u>	√	√	√	√	√		√

TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
				<u>diagnosis keperawatan ada yang actual dan ada yang resiko</u>	√	√		√	√		
				<u>..biasanya yang actual diangkat lebih dulu baru yang resiko...jadi yang actual diprioritaskan</u>	√		√	√			
				<u>masalah mengancam akan diprioritaskan</u>			√				
				<u>diagnosis yang dibuat oleh perawat</u>			√	√			
				<u>diagnosis keperawatan yang sering dibuat perawat contohnya:tipis,stroke dan DM</u>						√	
				<u>diagnosis adalah masalah dibuat berdasarkan hasil pemeriksaan perawat bukan diagnosis dokter pernyataan singkat tentang kesimpulan atau respon pasien yang dikumpulkan sesuai tanda dan gelajalnya</u>						√	√

TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
			arti perencanaan	<u>perencanaan adalah langkah yang disusun untuk menyelesaikan masalah pasien</u>	√	√		√			
				<u>perencanaan adalah menyusun strategi penyelesaian masalah berdasarkan data-data</u>			√		√		√
				<u>menyusun tindakan yang akan dilakukan untuk mengatasi masalahnya</u>						√	
			cara menyusun intervensi	<u>menentukan tujuan, membuat kriteria, menentukan waktu ,membuat perencanaan</u>		√	√		√		
				<u>tujuan, tujuan jangka pendek tujuan jangka panjang, kriterianya apa rencananya</u>	√	√					
				<u>perencanaan bertujuan untuk memperbaiki kegagalan atau mempertahankan sistem</u>							√

TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
			komponen perencanaan	<u>perencanaan tidak hanya satu dua tindakan untuk mencapai tujuan</u>		√					
				observasi, tindakan mandiri, kolaborasi dan penkes ( <u>observasi suhu tubuhnya.. kompres.. kolaborasi.. penkes anjuran supaya banyak minum</u> )	√	√	√	√	√		
				banyaknya observasi, dan kolaborasi, penkes jarang							√
		pemahaman tentang implementasi	pengertian implementasi	<u>melaksanakan tindakan sesuai dengan perencanaan</u>	√	√		√	√		
				implementasi adalah mencatat kembali tindakan	√	√		√	√		
				<u>tindakan icu sesuai algoritme penanganan kasus</u>							√
		pemahaman tentang evaluasi	pengertian evaluasi	<u>membandingkan fakta dengan kriteria tujuan</u>		√			√		

TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
			bentuk evaluasi	<u>catatan perkembangan isinya soap</u>		√		√	√		
		pemahaman tentang catatan perkembangan	arti catatan perkembangan	<u>evaluasi kita menggunakan soapier</u>				√			√
				<u>mencatat perkembangan kondisi pasien</u>		√					√
			bentuk catatan perkembangan	catatan perkembangan bentuknya soapier, kadang soap aja					√		√
			perbedaan catatan perawatan (c4) dengan catatan perkembangan	<u>kalo c4.. ke medical oriented.. catatan perkembangan soapier</u>					√		√
		pemahaman tentang aspek legal dalam pendokumentasian	manfaat dokumentasi secara hukum	<u>penting untuk tanggung gugat perawat</u>	√	√	√	√	√		√
				tidak tahu bahwa kalau tidak mengisi status bisa berakibat hukum							

TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	
			kepala ruangan rajin	yang rajin mah yang teliti banget mah ya jelas kepala ruangan	√		√			√		
			instruksi dokter	<u>..kalau instruksi dokter gak ditulis wah bisa ditegur semua pak</u>	√	√		√	√	√	√	
2. Respon perawat terhadap pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan	(2) Tanggapan negative perawat terhadap pendokumentasian	Dokumentasi membingungkan	belum faham	Terlalu jelimet gitu loh,								
					√						√	
			bentuk format	<u>format... letaknya enggak beraturan</u>		√	√	√	√			
				<u>formatnya beda tapi menurut saya isinya sama ...terutama C4</u>	√	√	√	√				
				sampai sekarang masih bingung modelnya seperti apa							√	

TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	
			cara mengisi	lagian cara mengisinya juga saya bingung				√		√		
		kurang rasa tanggung	malas mengisi	<u>males ngisi dokumen.. nulis askep tuh bosen gitu-gitu aja</u>		√	√	√		√		
			repot	<u>repot sekali pak jadi mana sempat mengisi dokumentasi</u>	√		√	√	√	√		
				karena sibuk sama tindakan pak	√	√		√		√		
			mengabaikan	didalam pikiran belum terplot seperti itu	√	√					√	√
				<u>pendokumentasian masih belum diutamakan</u>	√	√						√
				<u>belum menyadari legalitas</u>							√	√
		kurang peduli	duplikasi format	<u>..... jadi muter-muter dan berulang-ulang ngisinya.... kita nulis disini juga...disini juga...disini juga</u>	√	√	√					
				<u>udahsah ngisi status ee harus ngisi di buku laporan dines juga kan dua kali kerjaan tuh pak</u>		√	√	√				

TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
				<u>kita pakai kardek maka statusnya gak pernah diisi..karena jadi dua kali kerjaan</u>							√
			Terpengaruh teman	<u>Temen-temen pada gak nulis..... saya jadi terbawa arus pak sayanya</u>			√		√		
				<u>disuruh ngisi ini ya nurut ajah walaupun tidak sependapat...lama-lama terbawa arus lah pak jadinya</u>			√		√		
			pilih-pilih	<u>capek nulis, mending tindakan ke pasien daripada nulis</u>		√		√		√	
		tidak patuh	tidak mau mengisi status	<u>disuruhnya mah ditulis gitu ya pa di status tapi ga betah..</u>						√	
				<u>tapi lebih penting catatan ke computer</u>			√	√			√
			sudah kebiasaan	<u>kan gak ada yang meriksa ini</u>				√		√	√
				<u>Asal ada isinya aja pak</u>		√		√			√

TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	
		patuh	observasi dicatat	<u>Kalau pasien gawat harus buat laporan observasi</u>	√	√	√	√	√		√	
			kalau ada perintah	<u>...saya berusaha mengerjakan pak..apalagi kalau rama-ramai semua mengerjakan</u>	√	√			√			
				kalau misalkan ada aturan tertulis				√				√
			instruksi dokter	<u>..kalau instruksi dokter gak ditulis wah bisa ditegur semua pak</u>	√	√		√	√	√	√	√
			kepala ruangan rajin	yang rajin mah yang teliti banget mah ya jelas kepala ruangan	√		√					√
	(3) Pelaksanaan pendokumentasian belum sesuai standar	tidak faktual	pengkajian	<u>pengkajian jarang dilakukan</u>		√					√	√
				melakukan pengkajian tapi tidak ditulis		√				√		
			kelengkapan status	<u>setelah pasien pulang akan dilengkapi sebelum dikirim ke medrek</u>	√	√		√	√			

TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
		tidak akurat	diagnosis keperawatan	diagnosis kadang dibuat kadang nggak		√		√	√		
			cara mengkaji keluhan	pengkajian mindahin data anamnesa dari igd kita catat	√			√		√	
			pencatatan hasil pengkajian	<u>hasil pengkajian dan penilaian ditulis disini..(sambil menunjuk formulir c4</u>				√			
			diagnosis keperawatan	<u>ga ada kolom proses keperawatannya, jadi enggak menentukan diagnosis keperawatan</u>							√
			perencanaan	prioritas masalah ngga suka dibuat	√			√	√		√
				jarang dibuat perencanaan, langsung saja dilakukan tindakan	√	√		√	√	√	√
				perencanaan <u>nggak tertulis cuma diingat-ingat</u>		√			√		

TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
			pencatatan tindakan	jarang nulis di status tapi nulis tindakan di buku suntik, buku lab, buku rontgsen dan buku laporan dines				√		√	√
			tindakan	<u>tindakan keperawatan dilakukan tanpa perencanaan dan diagnosis keperawatan</u>	√	√		√	√		
			legalitas	<u>kadang-kadang ada tulisan tapi gak ada tanggalnya...kadang-kadang tanda tangannya juga gak ada...</u>		√		√		√	√
		tidak komprehensif	tindakan yang dicatat	<u>tindakan yang ditulis yang masuk dalam tariff, tindakan yang rutin mah enggak</u>	√	√		√		√	
			batasan untuk spk	<u>untuk perawat spk pendokumentasian kadang jarang dikerjakan focus kepada pelaksanaan tindakan</u>					√	√	

TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
			format c4	seluruh kegiatan pencatatan semua di tulis di format c4 sehingga mengabaikan format yang lain	√			√			
		tidak sistematis	Catatan perkembangan	soap nya ngga berkesinambungan hanya dibuat sehari (asal terisi)		√		√	√		
			fokus terhadap tindakan dokter	<u>perencanaan yang berhubungan dengan rencana doktermah pasti ditulis ..dokternya bisa marah kalau ada instruksi tidak dilaksanakan</u>		√		√	√		
				pencatatan lebih kearah medical oriented bukan ke masalah keperawatan				√	√		
3. Hambatan dalam pelaksanaan pendokumentasian askep	(4) Berbagai hambatan dalam pelaksanaan pendokumentasian	kurangnya kemampuan perawat	latar belakang pendidikan rendah	<u>ada.. yang masih spk pak disini ada 3 orang</u>	√	√		√			
				<u>lulusan spk kalau buat dokumentasi isinya kacau</u>		√					

TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
			kurang faham tehnik pengisian catatan perkembangan dengan metoda SOAPIER	perawat tidak semua mengerti	√			√		√	
				<u>kurang faham proses keperawatan</u>		√			√	√	
				<u>kurang paham tentang diagnosis keperawatan dan SOAPIER</u>				√		√	√
				<u>sehingga kita jadi kurang memahami soapier..saya sendiri agak kurang faham</u>			√	√	√		√
				saya bingung antara mengisi format c4 atau format catatan perkembangan	√		√	√			
			kurang sosialisasi	<u>kurang sosialisasi cara pengisian askep</u>	√	√	√	√	√	√	√
				<u>sosialisasi format c4 kurang</u>		√		√			
			kesempatan pelatihan	cuma sekali pelatihan	√			√			
				<u>belum pernah ada pelatihan askep</u>			√	√		√	√
				<u>pelatihan biaya sendiri</u>		√		√			√

TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7		
		Kurangnya sarana	format	<u>urutan format tidak sistematis</u>		√	√	√	√				
				<u>formatnya banyak isinya sama</u>		√	√	√	√				
				<u>kolomnya tuh pak kecil-kecil...</u>		√	√	√	√	√			
			cara mengisi	<u>formatnya tuh membingungkan format belum ceklist</u>	√		√	√	√				
				duplikasi pembuatan laporan			√	√	√				
				Kurangnya peran dan fungsi pengelola	insentif	<u>belum ada insentif untuk pendokumentasian</u>		√				√	
		peningkatan karir	tidak bisa dijadikan dasar untuk naik pangkat			√	√	√				√	
		ketidak adilan	inisih ngisi atau tidak ngisi tidak ada perbedaan... sama saja					√					
			<u>point kita tercapai tetap aja... kita gak bisa naik</u>						√				√
		kurang motivasi	kemauan perawatnya kurang		√							√	

TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
				motivasi kepala ruangnya kurang			√	√		√	√
			penerapan sangsi	<u>sangsi sementara ini kan enggak ada pak</u>				√	√		
			pengawasan	<u>belum pernah ada supervisi askep</u>		√			√		√
				<u>karena control dari atasan yang tidak ada</u>		√	√		√		
			pengarahan	peran kepala instalasi kurang			√		√		√
				<u>tapi benar atau tidak mah ga pernah dikasih tahu caranya</u>			√	√			
				<u>nggak pernah rapat tentang cara pendokumentasian</u>	√	√		√			√
			pengorganisasin	<u>nggak ada penugasan khusus..tim atau apa gitu</u>		√		√			
				<u>yang nyuntik ya nyuntik..fungsional pak</u>	√	√	√	√			
				peran penanggungjawab kurang optimal			√			√	

TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
		kebijakan dan prosedur	standar	<u>terus memang standarnya juga belum ada pak.</u>	√		√	√	√		√
			peraturan tentang kewajiban mengisi askep	<u>tidak ada kebijakan dari atas tentang kewajiban mengisi askep</u>		√			√	√	
		pengaturan kondisi kerja	waktu	waktu yang tidak ada..			√	√	√	√	
			beban kerja	<u>repot sekali pak jadi mana sempat mengisi dokumentasi</u>	√		√	√			
4. Upaya yang dilakukan dalam pendokumentasian asuhan	(5) Upaya yang sudah dilakukan untuk meningkatkan pendokumentasian asuhan	meningkatkan kemampuan staf	bimbingan	cara ngisinya kalau enggak tahu ya belajar sama yang ngerti kayak pa h barsa atau ya lihat-lihat punya yang lain aja pak ngisinya..						√	
		membuat kebijakan	aturan tentang kelengkapan status	<u>status dilengkapi sebelum dikirim ke medrek</u>	√	√	√	√	√	√	
				<u>status tidak boleh kosong, terutama c4</u>	√	√			√	√	
				<u>medrek itu kalau nggak lengkap suka dikembalikan</u>	√	√			√	√	

TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
			merubah budaya agar mau menulis di status	<u>bidang perawatan yang menciptakan format c4 karena di c4 semua kegiatan perawat ditulis semua disitu</u>	√		√		√		
		pemberdayaan	mahasiswa	<u>mahasiswa bantuin ngisi status</u>			√		√		
			kelompok	<u>sering mengajak bareng-bareng ngisi status</u>	√	√	√	√	√		
			membatasi vokasional	<u>lulusan spk kalau buat dokumentasi isinya kacau jadi suruh tindakan aja</u>		√			√		
			uraian tugas perawat	<u>mewajibkan setiap perawat mengisi 10 status setiap bulan</u>			√		√		
				<u>menunjuk penanggung jawab untuk pengisian status</u>	√	√			√	√	
			memberikan sangsi	<u>kalau gak ngisi entar kena sangsi dipanggil bidang keperawatan</u>					√	√	
				<u>kalau tidak disi kena teguran</u>				√			

TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
			pemberian penghargaan/im balan	sekarangmah kalau tindakan perawatan ada uangnya pak...dulu-dulumah tidak pernah	√			√		√	√
		manajemen waktu	waktu luang	<u>setelah kegiatan selesai ..disini baru saya isi gitu</u>	√	√		√	√		
		meningkatkan pengawasan	pasen waskat	<u>laporan kronologi proses resusitasi pasen gawat selalu dibuat lengkap dengan jam,tgl,tanda tangan yang jelas</u>				√	√		√
		pengarahan	instruksi	<u>instruksi medis via telepon dicatat</u>	√	√			√		
			isi status	<u>sering bilang setiap tindakan harus ditulis ..sering disuruh isi..isi..isi</u>	√	√		√	√	√	√
				<u>dilihat sudah diisi belum ..diperiksa kelengkapannya..siapa yang ngisinya suka di tulis siapa yang jarang ngisi..kan dilihat tanda tangannya</u>					√		

TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7		
5. Dukungan yang diperlukan dalam pendokumentasian asuhan	(6) Dukungan dalam pendokumentasian	dukungan dari atasan langsung	Memberikan motivasi	<u>kalau pasennya sibuk disuruh mengisi kalau ada waktu luang....dikerjakan bersama-sama</u>	√	√			√				
				<u>menekankan untuk status jangan sampai dikosongkan</u>			√						
				motivasi dengan membedakan nilai dp 3 bagi yang rajin dan tidak rajin					√			√	
				sistim penghargaan	<u>nggak ada penghargaan terhadap pendokumentasian askep</u>	√	√		√			√	√
				yang tidak ngisi askep ditegur secara tegas oleh kepala ruangan	√			√	√				

TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	
6. Harapan-harapan dalam pendokumentasian asuhan	(7) Harapan terhadap pengambilan kebijakan	standarisasi format	format disederhanakan	ingin format proses keperawatan (yang isinya 5 kolom)	√	√	√		√			
				format inginnya simple ..ceklist	√			√			√	
				renovasi format icu								√
		perbaikan manajemen	pengaturan mekanisme pemantauan	seharusnya kepala instalasi sering supervisi		√				√		√
				pimpinan khususnya dari komite keperawatan atau bidang perawatan membentuk tim supervisi khusus askep	√		√		√	√	√	
				role model	<u>kepala ruangan harus mengarahkan .. setiap pasien baru harus diisi pengkajiannya</u>		√			√		√
		peningkatan sdm	sosialisai dan pelatihan	sosialisasi dan pelatihan pak kurang sekali	√	√			√		√	

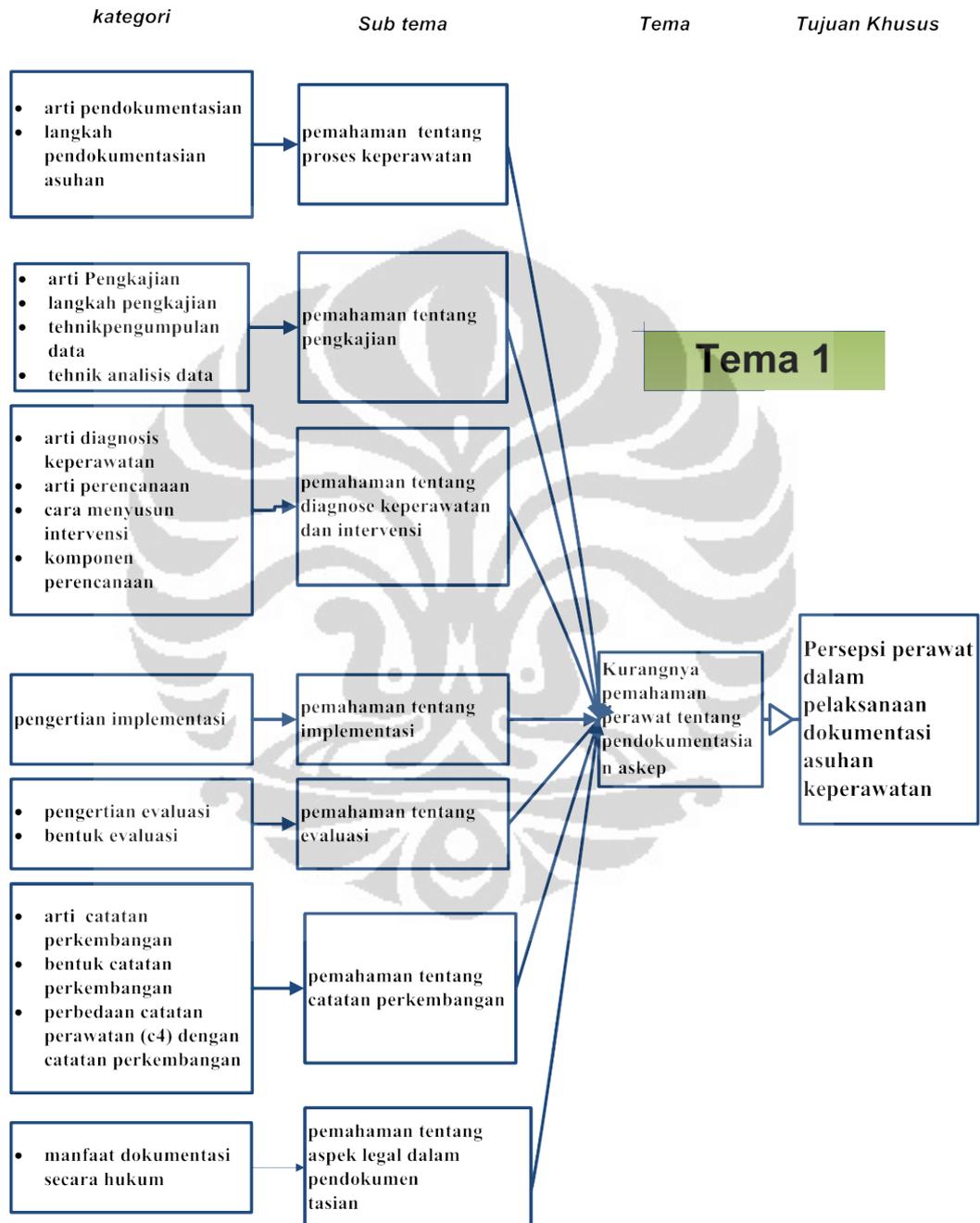
TUJUAN KHUSUS	TEMA	SUB TEMA	KATEGORI	KATA KUNCI	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
			kejelasan uraian tugas	kurang jelas pembangian tugas kewenangan dokter dan perawat					√		
		peningkatan mutu	standar	pengen pendokumentasian sesuai standar	√	√			√		
		pemberian reward	reward	reward yang kurang	√	√	√	√	√		√
			peningkatan status	untuk kenaikan pangkat...jangan disamakan dengan struktural	√		√	√			√
			insentif	seandainya ada reward dari pengisian askep pastilebih rajin mengisi askep	√	√	√				√



### DIAGRAM MATRIKS TEMATIK I

Tujuan Khusus 1 : Persepsi perawat terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan

#### Tema I : Kurangnya pemahaman perawat tentang pendokumentasian asuhan

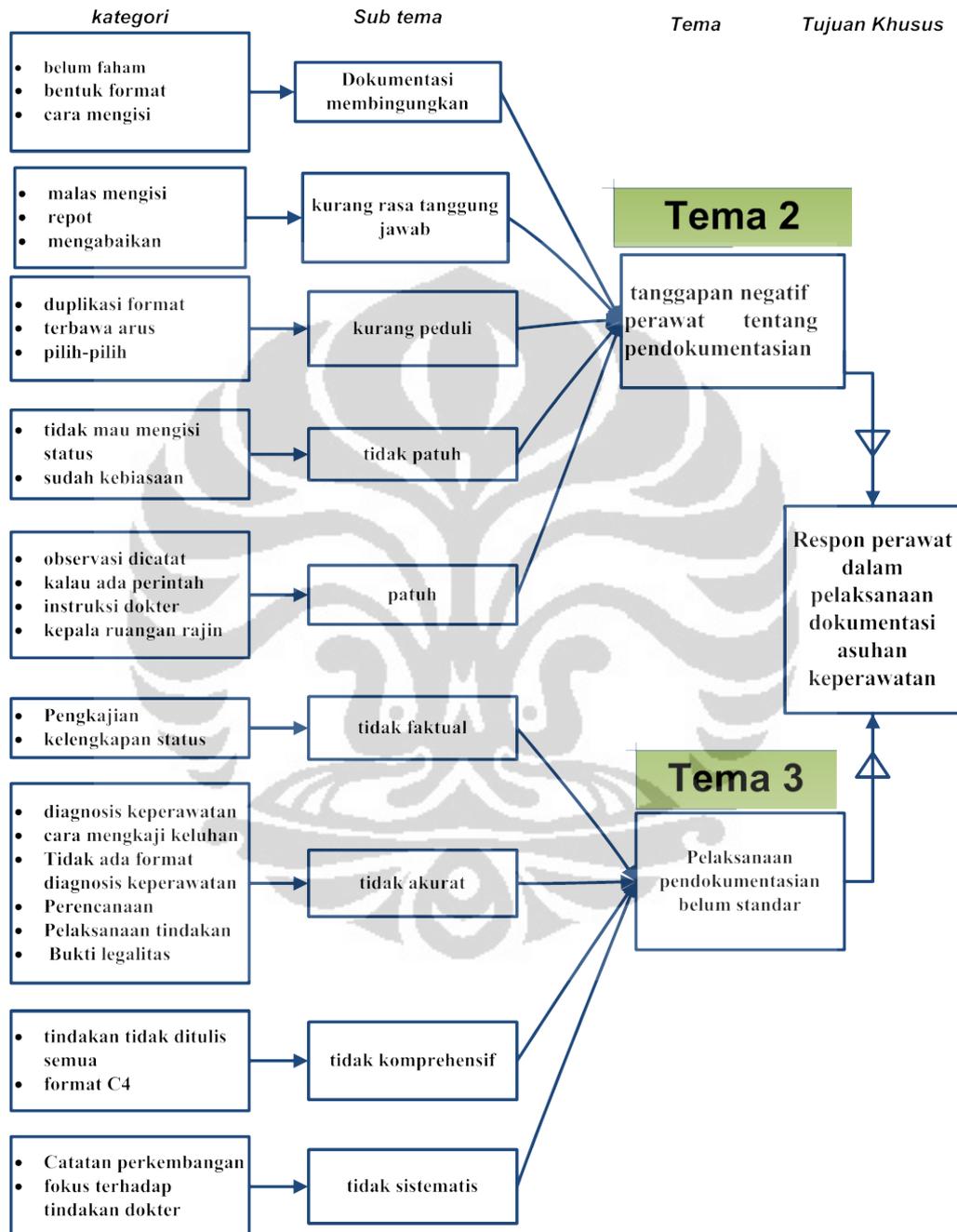


### DIAGRAM MATRIKS TEMATIK II

Tujuan Khusus 2 : Respon perawat terhadap pendokumentasian asuhan keperawatab

Tema 2 : Tanggapan negative perawat terhadap pendokumentasian asuhan

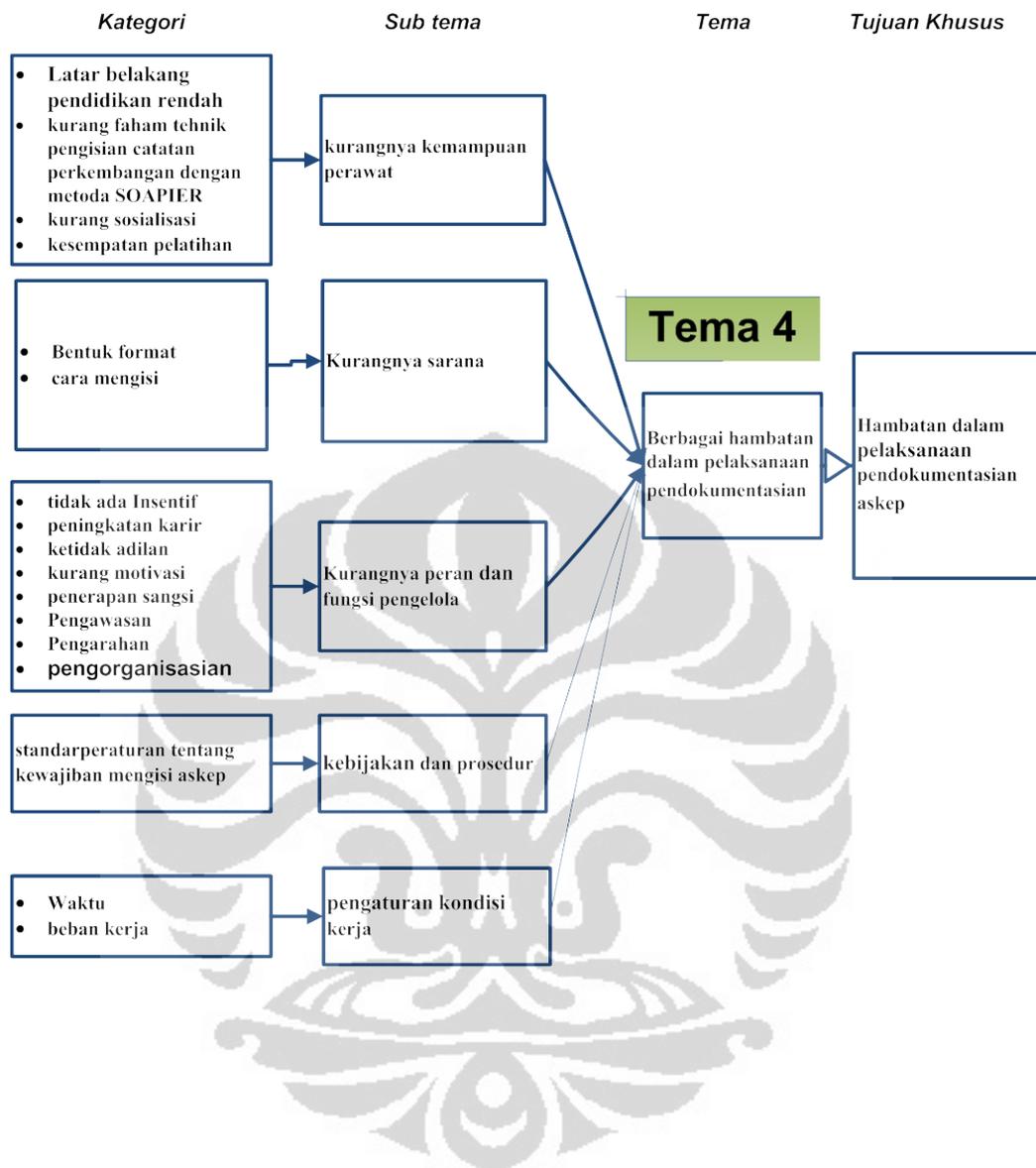
Tema 3 : Pelaksanaan pendokumentasian asuhan di ruangan belum sesuai standar



#### DIAGRAM MATRIKS TEMATIK IV

Tujuan Khusus: Teridentifikasi hambatan-hambatan dalam pendokumentasian asuhan

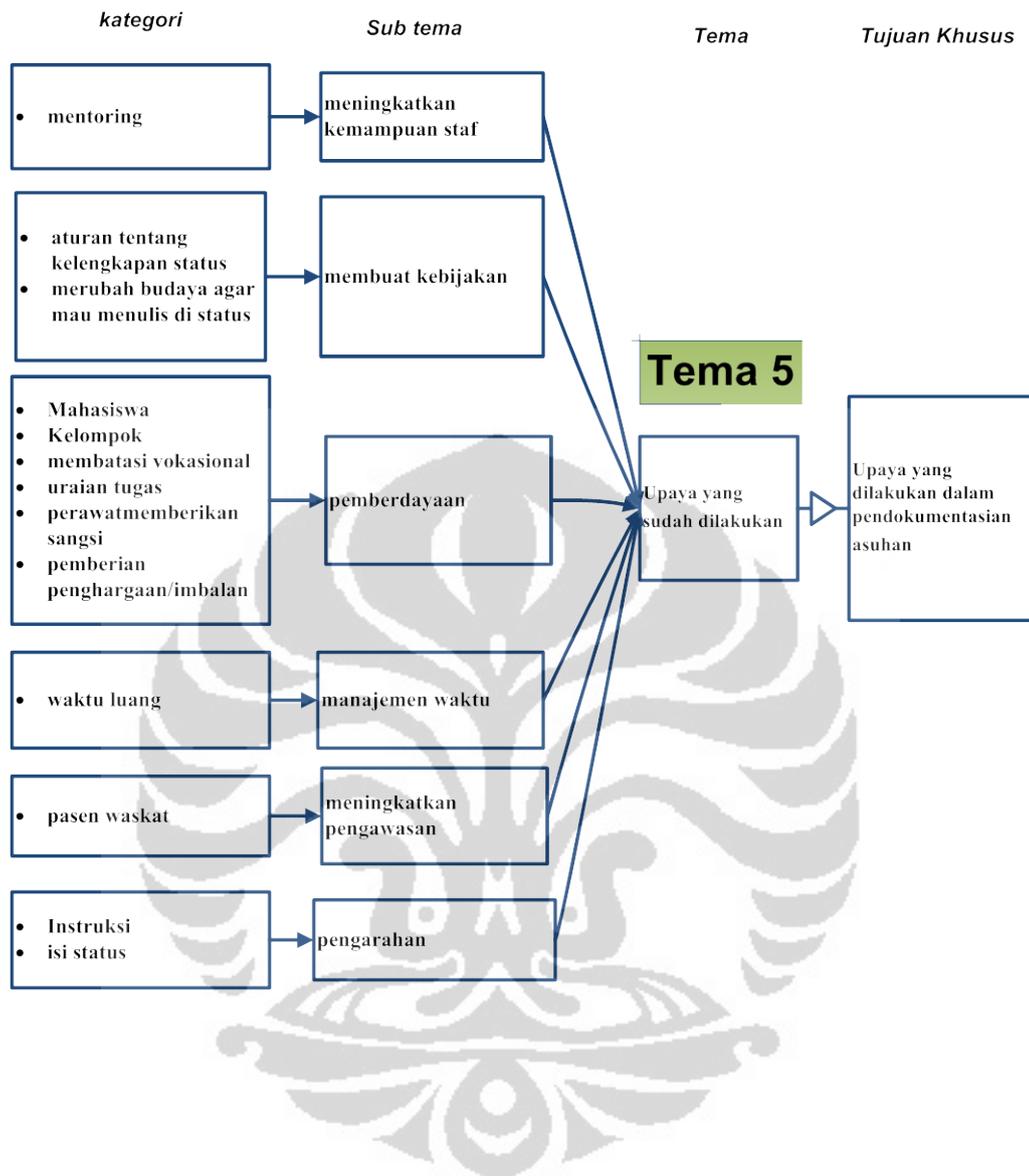
Tema 4 : Berbagai hambatan dalam pendokumentasian



### DIAGRAM MATRIKS TEMATIK V

Tujuan Khusus: Teridentifikasi upaya yang dilakukan dalam pendokumentasian asuhan

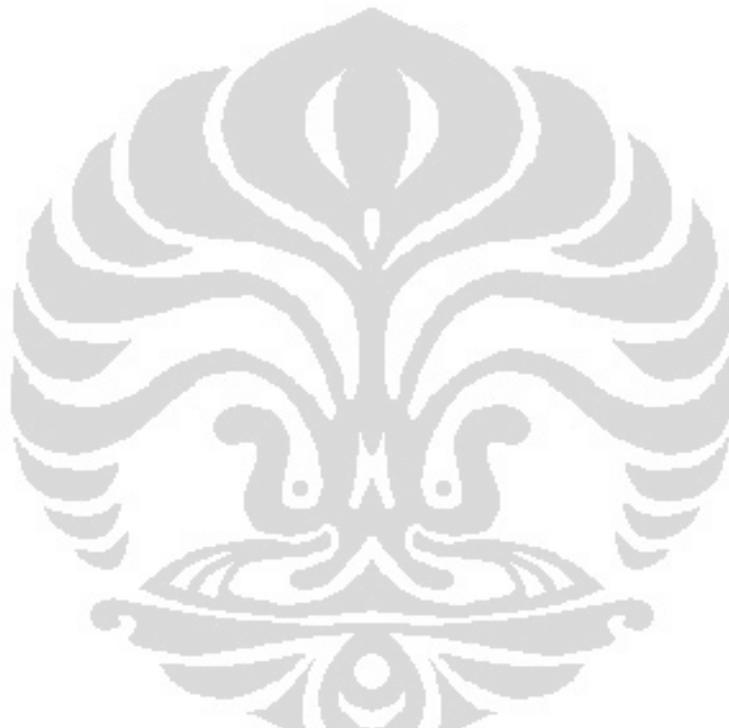
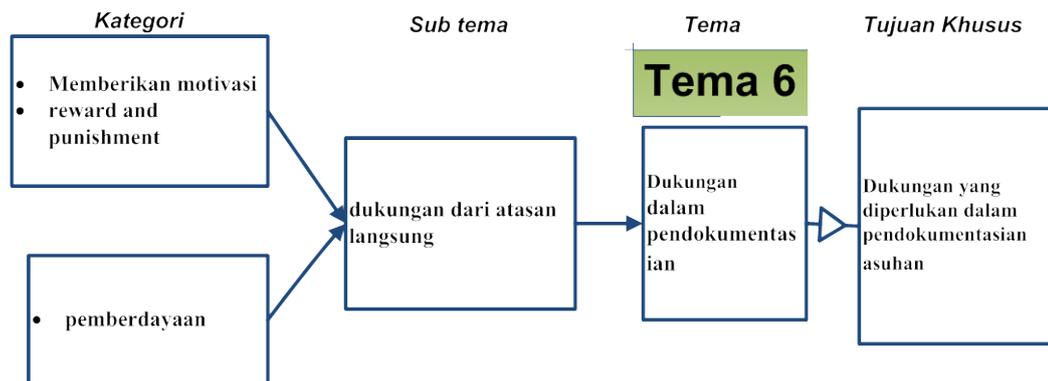
Tema 5 : Berbagai upaya yang sudah dilakukan



### DIAGRAM MATRIKS TEMATIK VI

Tujuan Khusus: Teridentifikasinya dukungan yang diperlukan dalam pendokumentasian asuhan

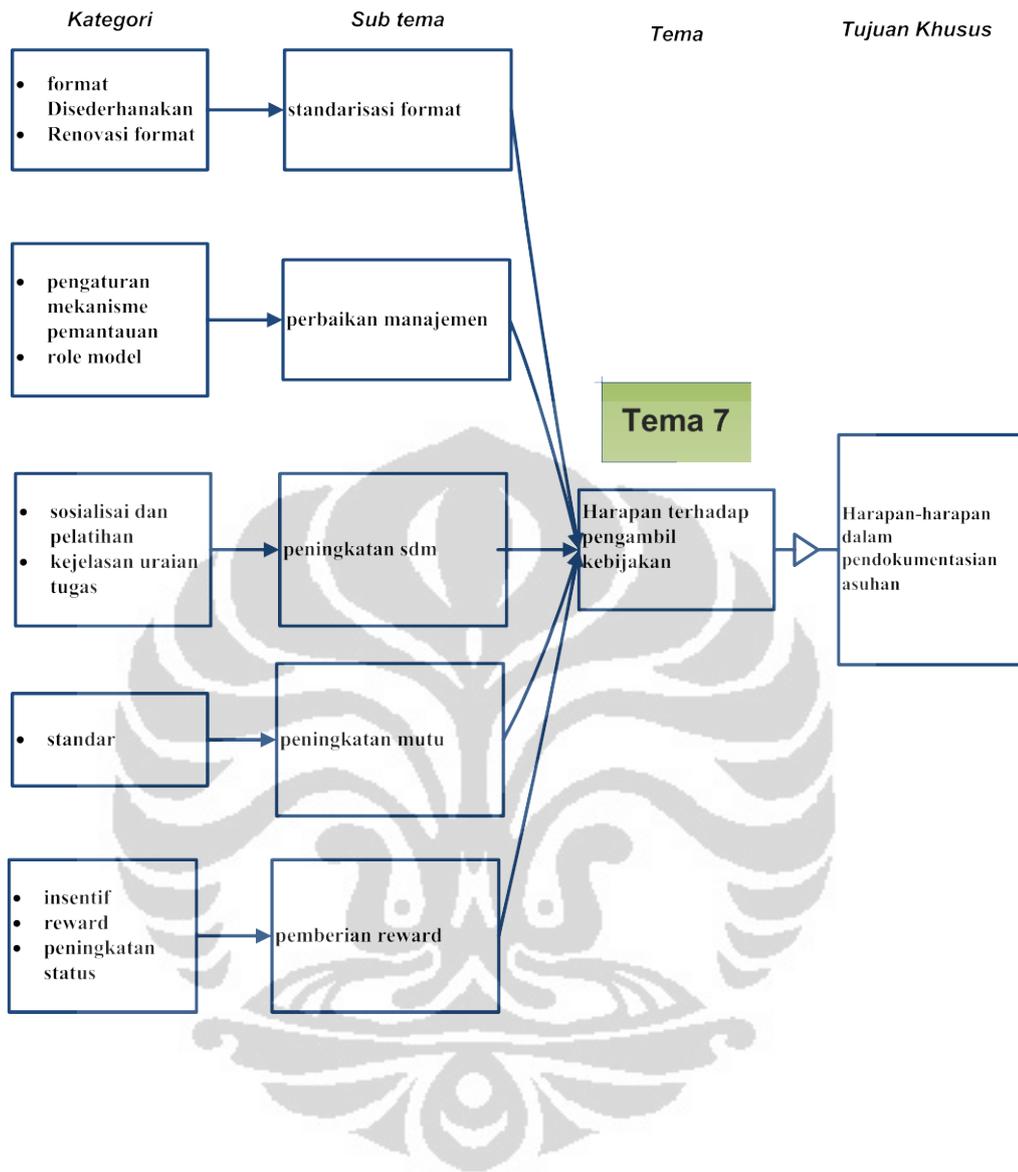
Tema 6: Dukungan yang diperlukan dalam pendokumentasian



### DIAGRAM MATRIKS TEMATIK VII

Tujuan Khusus: Teridentifikasinya harapan-harapan dalam pendokumentasian asuhan

Tema 7: Harapan terhadap pengambil kebijakan



## RIWAYAT HIDUP PENELITI

- Nama : Dedy Ahmad Sumaedi
- Tempat & tanggal lahir : Cirebon, 2 Mei 1967
- Alamat Rumah : Dusun I RT 02 RW 01 Cipeujeuh Wetan  
Kec. Lemahabang Kab. Cirebon
- Email : diase\_2567@yahoo.com
- Asal Institusi : RSUD Gunungjati Kota Cirebon  
Jl. Kesambi No 56 Cirebon
- Riwayat Pendidikan : 1. SMAN I Sindanglaut , lulus tahun 1985  
2. Akper Depkes Bandung, lulus tahun 1988  
3. PSIK-FK UNPAD, lulus tahun 2003
- Riwayat Pekerjaan : 1. RSUD Gunungjati Kota Cirebon, tahun 1989 –  
sekarang  
2. STIKES Mahardika Cirebon, tahun 2003 -  
sekarang

