

HUBUNGAN PENGETAHUAN PERAWAT DALAM DOKUMENTASI KEPERAWATAN DENGAN PELAKSANAANNYA DI RAWAT INAP RSI KENDAL

Sri Sugiyati

Program Studi S1 Keperawatan Fikkes UNIMUS, egicatunrisau@gmail.com

ABSTRAK

Dokumentasi keperawatan sangatlah penting, akan tetapi pada kenyataannya masih banyak perawat yang kurang mengetahui dokumentasi keperawatan yang baik dan benar, salah satunya di Rumah Sakit Islam Kendal. Tujuan dari penelitian ini yaitu untuk menganalisa adanya hubungan antara pengetahuan perawat dalam dokumentasi dengan pelaksanaannya di Rawat Inap Rumah Sakit Islam Kendal. Metode dalam penelitian ini menggunakan kuantitatif korelasi, jenis penelitian observasional dengan pendekatan *crosssectional* dan kuantitatif. Populasi penelitian ini yaitu perawat pelaksana penanggung jawab rawat inap dari 6 Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Islam Kendal. Jumlah populasi tersebut ada 80 perawat. Sampel untuk pengetahuan perawat ada 30 perawat, untuk dokumentasi ada 90, yaitu setiap sampel dokumentasi perawat diambil 3 dokumen, hal ini untuk menghindari hasil bias.

Hasil dari penelitian ini : ada hubungan antara pengetahuan perawat dalam dokumentasi keperawatan dengan pelaksanaannya, p value = 0,001. Analisis menggunakan *Pearson product moment*. Perawat di Rumah Sakit Islam Kendal berpengetahuan baik 24 orang (80%) dan pelaksanaan dokumentasi keperawatan dari jumlah rekam medik 90 pasien rata – rata baik (84,9). Dokumentasi keperawatan tidak lengkap pada pengkajian 20%, diagnosa 12.6%, perencanaan keperawatan 28%, tindakan keperawatan 3%, evaluasi 8%, dan catatan keperawatan 16.4%. Catatan keperawatan paling banyak ditemukan tidak ada pengesahan atau nama dan keduanya, serta tulisan kurang dapat dibaca. Untuk menjaga mutu dan kelengkapan dokumentasi keperawatan maka perlu adanya supervisi atau audit dokumentasi asuhan keperawatan secara kontinyu, terjadwal serta tertib. Agar mengetahui secara obyektif hasil catatan asuhan keperawatan sesuai dengan target dan standar yang dibakukan

Kata kunci : Pengetahuan Perawat, Dokumentasi Keperawatan.

Abstract

Nursing documentation is very important in the hospital, however in the fact, there are many nurses lack in knowledge of good nursing documentation, for example in Kendal Islamic Hospital Kendal. The purpose of this research is to analyze the relationship between knowledge of nursing documentation and the implementation in lodging room of Kendal Islamic Hospital. The method of this research is using correlation quantitative. The population of this research is manager nurse of responsibility in six (6) lodging rooms in Kendal Islamic Hospital. The sample of nursing understanding are 30 nurses, for documentation there are 90 nurses, in every sample of nursing documentation are taken 3 documents. This term is for avoiding driven out result.

The result of this research : there is relationship between knowledge of nursing documentation and the implementation, p value = 0, 001. The analysis is using Pearson product moment. The nurses in Kendal Islamic Hospital who are good enough (84,9%). Nursing documentation are not complete in assessment 20%, Diagnosis 12.6%, nursing planning 28%, nursing behaviour 3%, evaluation 8%, and nursing record 16,4%. Nursing record are almost founded: there isn't ratification or name and both of ratification and name, and the written can,t be readable. To maintain the quality and completeness of nursing documentation, it's needed for supervising and auditing in nursing documentation continually, schedully, and orderly. It will know the objective reult of nursing based on target and standart required.

Keywords : Knowledge Nurse, Nursing Documentation.

PENDAHULUAN

Dokumentasi keperawatan mempunyai makna penting dalam aspek hukum, kualitas pelayanan, komunikasi, pendidikan, penelitian, dan akreditasi. Berkaitan dengan perlindungan hukum, dokumentasi asuhan keperawatan dapat memberi bukti yang berharga tentang kondisi pasien dan pengobatannya dan dapat bersifat kritis dalam

menentukan standar perawatan apakah telah dipenuhi atau tidak (Nursalam, 2008).

Dalam observasi peneliti tanggal 26 Oktober tahun 2013 menemukan data dokumentasi keperawatan yang ada di Rawat Inap RSI Kendal, dokumentasi lengkap ada 39%, ketidaklengkapan dokumentasi keperawatan dari 100 R.M pasien rawat inap yaitu : 44% dokumen identitas penanggung jawab isi catatan atau pengesahan (nama dan paraf), 6%

dokumen evaluasi, 2% dokumen pengkajian, 3% dokumen evaluasi tidak ada, 3% dokumen identitas penanggung jawab isi catatan tidak ada, 2% dokumen implementasi tidak ada, 1% dokumen pengkajian tidak ada.

Kemudian dari pembagian angket dan wawancara pada 30 perawat Rawat Inap RSI Kendal pada tanggal 28 November 2013, di dapatkan kurang pengetahuan perawat tentang proses keperawatan 27%, baik 73%, kurang pengetahuan komponen dokumentasi (tidak ada pengesahan : paraf dan nama) 100%, baik 0%, kurang pengetahuan manfaat dokumentasi 3%, baik 97%, kurang pengetahuan cara membenaran penulisan 33%, baik 67%, Pernah menemukan penulisan yang tidak bisa dibaca dan pengesahan dokumentasi tanpa paraf/nama/keduanya ada 87%, tidak pernah 13%.

Melihat data prosentase ketidaklengkapan dokumentasi yang ada dan prosentase pengetahuan perawat RSI Kendal yang kurang / salah, maka dapat diambil kesimpulan bahwa faktor - faktor yang menghambat pendokumentasian antara lain yaitu kurangnya pemahaman tentang dasar - dasar dokumentasi keperawatan, sehingga penulisan dokumentasi tidak mengacu pada standar yang ditetapkan dan akhirnya dokumentasi keperawatan tidak lengkap, kurangnya kesadaran tentang pentingnya dokumentasi keperawatan, dokumentasi keperawatan tidak dianggap sebagai salah satu faktor penentu kualitas pelayanan keperawatan.

Dokumentasi Asuhan Keperawatan merupakan informasi tertulis tentang status dan perkembangan kondisi klien serta semua kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat (Fisbach,1991). Nursalam (2008) menyebutkan instrument studi dokumentasi penerapan standar asuhan keperawatan di RS menggunakan instrument A dari DEPKES (1995) yang meliputi standar I (Pengkajian Keperawatan), standar II (Diagnosa Keperawatan), standar III (Perencanaan Keperawatan), standar IV

(Intervensi Keperawatan), standar V Evaluasi Keperawatan), standar VI (Catatan Asuhan Keperawatan).

Komponen dokumentasi asuhan keperawatan meliputi komponen isi dokumentasi dan komponen dalam konsep penyusunan dokumentasi. Komponen isi dokumentasi meliputi: pengkajian, diagnosis keperawatan, rencana keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan, evaluasi, pengesahan (tanda tangan/paraf dan nama terang perawat), dan catatan keperawatan diisi secara lengkap dan jelas, resume keperawatan (Catatan pasien pulang atau meninggal dunia)

Standar asuhan keperawatan diberlakukan di seluruh rumah sakit melalui Surat keputusan direktur jenderal pelayanan medik nomor: YM.00.03.2.6.7637 tahun 1993 tentang berlakunya standar asuhan keperawatan di rumah sakit. *Standart Operating Procedure* (SOP) merupakan akitivitas dari NIC (*Nursing Intervention Classification*). NIC (*Nursing Intervention Classification*) adalah sistem klasifikasi perawatan yang menggambarkan kegiatan yang dilakukan oleh perawat sebagian bagian dari proses keperawatan yang berasosiasi dengan pembuatan rencana asuhan keperawatan. Secara konseptual prosedur diartikan sebagai langkah - langkah sejumlah instruksi logis untuk menuju pada suatu proses yang dikehendaki. Proses yang dikehendaki tersebut berupa pengguna-pengguna sistem proses kerja dalam bentuk aktivitas, aliran data, dan aliran kerja.

Prosedur operasional standar adalah proses standar langkah - langkah sejumlah instruksi logis yang harus dilakukan berupa aktivitas, aliran data, dan aliran kerja. Dilihat dari fungsinya, SOP berfungsi membentuk sistem kerja & aliran kerja yang teratur, sistematis, dan dapat dipertanggung jawabkan, menggambarkan bagaimana tujuan pekerjaan dilaksanakan sesuai dengan kebijakan dan peraturan yang berlaku, menjelaskan bagaimana proses pelaksanaan kegiatan berlangsung; sebagai sarana tata urutan dari

pelaksanaan dan pengadministrasian pekerjaan harian sebagaimana metode yang ditetapkan, menjamin konsistensi dan proses kerja yang sistematis, dan menetapkan hubungan timbal balik antar satuan kerja.

Kewenangan dan undang-undang yang mengatur : 1) Kewenangan Perawat Pasal 15 KEPMENKES No. 1239/MENKES/SK/XI/2001 tentang registrasi dan praktik perawat : a) Melaksanakan asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan, melaksanakan tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan; b) Tindakan keperawatan meliputi : intervensi keperawatan, observasi keperawatan, pendidikan dan konseling kesehatan; c) Dalam melaksanakan asuhan keperawatan sebagai dimaksud harus sesuai dengan standar asuhan keperawatan yang ditetapkan oleh organisasi profesi. 2) SK.MENKES RI No:031 dan 034 / BIRHUP/1972. Setiap Rumah Sakit wajib menyelenggarakan pelayanan rekam medik sesuai dengan Ketentuan dalam SK.MENKES RI No:031 dan 034 / BIRHUP/1972 Rekam Medik merupakan bukti tertulis tentang proses pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan kepada pasien, sehingga dapat dipertanggung jawabkan, rekam medik bukan hanya sekedar kegiatan catat mencatat dan dokumentasi, akan tetapi mempunyai pengertian yang lebih luas sebagai suatu sistem. 3) Peraturan Menteri Kesehatan RI. No.269/MENKES/PER/III/2008, tentang rekam medis pasal 3 ayat 2 dan 5 . Pasal 3 ayat 2 berbunyi :Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat : identitas pasien; tanggal dan waktu; hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit; hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik; rencana penatalaksanaan; pengobatan dan atau tindakan; persetujuan tindakan bila diperlukan; catatan observasi klinis dan hasil pengobatan; ringkasan pulang (*discharge summary*); nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu dan; untuk pasien kasus

gigi dilengkapi dengan odontogram klinik. Pasal 5 berbunyi : a) Setiap dokter atau dokter gigi dalam menjalankan praktik kedokteran wajib membuat rekam medis; b) Rekam medis sebagaimana di maksud pada ayat (1) harus dibuat segera dan dilengkapi setelah pasien menerima pelayanan : pembuatan rekam medis sebagaimana di maksud pada ayat (2) dilaksanakan melalui pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien; setiap pencatatan ke dalam rekam medis harus dibubuhi nama, waktu dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu, yang mem berikan pelayanan kesehatan secara langsung; dalam hal terjadi kesalahan dalam melakukan pencatatan pada rekam medis dapat dilakukan pembetulan; pembetulan sebagaimana di maksud pada ayat (5) hanya dapat dilakukan dengan cara pencoretan tanpa menghilangkan catatan yang dibetulkan dan dibubuhi paraf dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang bersangkutan. Undang –Undang kesehatan pasal 11 tentang tuntutan pasien yaitu setiap orang berhak menuntut ganti rugi terhadap seseorang atau tenaga kesehatan dan / atau penyelenggara kesehatan yang menimbulkan kerugian akibat pelayanan kesehatan yang diterimanya; tuntutan ganti rugi tidak berlaku untuk penyelamatan jiwa atau fisik seseorang dalam keadaan darurat.

Benyamin Bloom (1908) yang dikutip Notoatmodjo (2007), membagi perilaku manusia ke dalam 3 domain ranah atau kawasan yaitu kognitif (*cognitive*), afektif (*affective*) dan psikomotor (*psychomotor*). Dalam perkembangannya, teori ini dimodifikasi untuk pengukuran hasil pendidikan kesehatan yakni pengetahuan, sikap dan praktik atau tindakan (Notoatmodjo, 2007).

METODE

Penelitian ini merupakan penelitian korelasi dengan desain kuantitatif korelasi, jenis penelitian observasional dengan pendekatan *crosssectional*. Populasi penelitian ini yaitu

perawat pelaksana penanggung jawab rawat inap dari 6 Ruang Rawat Inap RSI Kendal. Jumlah populasi tersebut ada 80 perawat. Sampel diambil 30, pengambilan sampel dilakukan dengan cara random acak sederhana dari semua ruangan. Ruang Rawat Inap RSI Kendal (6 ruang) yaitu Lukman 4, Roudhoh 6, Usman 3, Umar 6, Hamzah 5, Ali – Fatimah 6. Untuk menghindari hasil bias, sampel setiap sampel diambil 3 hasil pelaksanaan dokumentasi keperawatan. Alat pengumpul data dalam penelitian ini menggunakan instrumen PP : pengetahuan perawat dalam dokumentasi yang telah melalui uji expert dengan ibu Ns. Vivi Yos afianti Pohan, M.Kep, dan reliabilitas *Alfa Cronbach*. Instrumen KD : kelengkapan dokumentasi merupakan instrumen baku dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 2005. Penelitian ini dianalisis data univariat dan bivariat (diskriptif frekuensi, t tes satu sampel, korelasi *Pearson (product moment)*).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Dari hasil analisis univariat dapat dilihat sebagai berikut :

Tabel 1.1.

Distribusi Frekuensi Perawat Menurut Jenis Kelamin Dan Pendidikan Di Rumah Sakit Islam Kendal Maret 2014 (n = 30).

Variabel	Frequency	Persentase
Jenis kelamin		
Laki-laki	5	27
Perempuan	25	23
Jumlah	30	100
Pendidikan		
D III Kep.	25	27
S1 Kep	0	0
S1 Kep.Ners	5	23
Jumlah	30	100

Berdasarkan tabel 1.1 menunjukkan bahwa dari 30 responden penelitian berjenis kelamin perempuan 25 orang (23%), berpendidikan Diploma III Keperawatan 25 orang (23%).

Tabel 1.2

Distribusi Perawat Menurut Umur Dan Lama Kerja Di Rumah Sakit Islam Kendal Maret 2014 (n = 30).

Variabel	(X ± SD)			95% CI
	Mean	Minimal	Maximal	
Umur	28,47	23	40	(27,07 - 29,86)
Lama Kerja	3,53	0	12	(2,57 - 4,50)

Berdasarkan tabel 1.2. menunjukkan bahwa rerata umur responden 28,47 tahun , umur termuda 23 tahun dan tertua 40 tahun. Berdasarkan hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% mempunyai kepercayaan (diyakini) rerata 27,07 tahun sampai dengan 29,86 tahun. Untuk lama kerja rerata 3,53 tahun, lama kerja terpendek 0 tahun dan terlama 12 tahun. Dari hasil estimasi interval dapat disimpulkan bahwa 95% mempunyai kepercayaan (diyakini) rerata 2,57 tahun sampai dengan 4,50 tahun. Dari data tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa perawat Rumah Sakit Islam Kendal pada tahun 2014 rerata berusia produktif dan lama kerja yang cukup.

Tabel 2.1.

Distribusi Frekuensi Pengetahuan Perawat Di Rumah Sakit Islam Kendal Maret 2014 (n = 30)

Pengetahuan perawat	Frekuensi	Persentase
Baik (76 - 100)	24	80
Cukup (60 - 72)	6	20
Kurang (<56)	0	0
Jumlah	30	100

Berdasarkan tabel 2.1. menunjukkan bahwa dari 30 responden penelitian mempunyai pengetahuan baik 24 orang (80%).

Tabel 2.2.

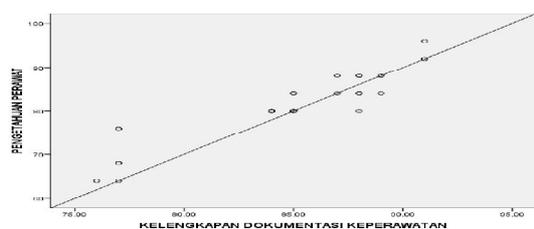
Distribusi Pengetahuan Dalam Dokumentasi Dan Pelaksanaannya Menurut Rata – Rata Nilai Dan Standar Deviasi Di RSI Kendal Maret 2014 (n = 30)

Variabel	(X ± SD)			95% CI
	Mean	Minimal	Maximal	
Pengetahuan perawat	81,3	64	96	(78,442 – 84,225)

Pelaksanaan dokumentasi	84,9	68	(83,7532 – 86,0246)
-------------------------	------	----	---------------------

Berdasarkan tabel 2.2. menunjukkan pengetahuan perawat rerata 81,3, dan hasil estimasi kepercayaan (diyakini) 78,442 sampai dengan 84,225. Sedangkan pelaksanaan dokumentasi rerata 84,9, dan hasil estimasi kepercayaan (diyakini) 83,7532 sampai dengan 86,0246.

Analisis hubungan pengetahuan perawat dalam dokumentasi dan pelaksanaannya di Rumah Sakit Islam Kendal menunjukkan bahwa ada hubungan antara pengetahuan perawat dalam dokumentasi keperawatan dengan pelaksanaannya, $p = 0,01$. Analisis menggunakan *Pearson product moment*. Dapat dilihat dari grafik *scater* berikut ini:



Grafik Scater 1.1.

Analisis Hubungan Pengetahuan Perawat Dalam Dokumentasi Dan Pelaksanaannya Di Rumah Sakit Islam Kendal Maret 2014 Dengan $n = 30$

Berdasarkan Grafik Scater 1.1. bahwa $r = 1,000$ menunjukkan hubungan kuat, arah hubungan positif (+) dan $p \text{ value} = 0,01$ hal ini mempunyai arti semakin baik pengetahuan perawat maka semakin baik pula kelengkapan dokumentasi keperawatan.

Dari penelitian di Rumah Sakit Islam Kendal diperoleh hasil nilai pengetahuan perawat dalam dokumentasi baik ada 24 orang (80%), cukup ada 6 orang (20%), dan hal ini berpengaruh pada pelaksanaan dokumentasi keperawatan. Pengetahuan adalah sesuatu yang diketahui berkaitan dengan proses pembelajaran. Proses belajar ini dipengaruhi berbagai faktor dari dalam seperti motivasi dan faktor luar dari sarana informasi yang tersedia serta keadaan sosial budaya (Kamus

Besar Bahasa Indonesia). Domain tingkat pengetahuan (kognitif) mempunyai enam tingkatan, meliputi : mengetahui, memahami, menggunakan, menguraikan, menyimpulkan dan mengevaluasi. Ciri pokok dalam taraf pengetahuan adalah ingatan tentang sesuatu yang diketahuinya baik melalui pengalaman, belajar, ataupun informasi yang diterima dari orang lain (Notoatmodjo,2005).

Pengetahuan perawat dalam dokumentasi baik terlihat dari jawaban tepat responden pada pernyataan pengkajian 100%, diagnosa 98%, perencanaan keperawatan 97%, tindakan keperawatan 66%, evaluasi 78%, dan catatan keperawatan 69%. Jawaban responden yang belum tepat pada pernyataan pengetahuan pada diagnosa 2%, perencanaan keperawatan 3%. tindakan keperawatan 34%, evaluasi 22% dan catatan keperawatan 31%. Jadi lebih banyak kurang pengetahuan pada tindakan keperawatan, catatan keperawatan dan evaluasi. Hal ini bisa di sebabkan oleh kurangnya informasi / membaca buku keperawatan yang di karenakan sudah sibuk dengan pekerjaan dan urusan yang lain. Bisa juga dikarenakan kurangnya pembinaan bidang keperawatan atau supervisi kepala ruang keperawatan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang sebagai berikut : Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain terhadap suatu hal agar mereka dapat memahami. Tidak dapat dipungkiri bahwa makin tinggi pendidikan seseorang semakin mudah pula mereka menerima informasi, dan pada akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya. Sebaliknya, jika seseorang tingkat pendidikannya rendah, akan menghambat perkembangan sikap seseorang terhadap penerimaan informasi dan nilai-nilai baru diperkenalkan. Di Rumah Sakit Islam Kendal pendidikan perawat minimal Diploma III Keperawatan. Responden dari penelitian ini 83% pendidikan Diploma III Keperawatan, 17% S.Kep.Ners. Jadi semakin pendidikan perawat semakin mudah pula perawat menerima informasi, dan pada

akhirnya makin banyak pula pengetahuan yang dimilikinya.

Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung. Makin lama pekerjaan dilakukan maka akan lebih banyak pengalaman dan pengetahuan diperoleh. Lama kerja responden di Rumah Sakit Islam Kendal terpendek 0 tahun dan terlama 12 tahun, 43% >10 tahun, 33% 5 – 10 tahun dan 24% < 5 tahun. Sebagai seorang perawat dengan lama kerja tersebut, pasti sudah banyak pengalaman dan pengetahuan yang telah diperoleh di Rumah Sakit Islam Kendal. Hal ini jelas berpengaruh baik pada hasil pekerjaan.

Dengan bertambahnya umur seseorang akan terjadi perubahan pada aspek psikis dan psikologis (mental). Pertumbuhan fisik secara garis besar ada empat kategori perubahan, yaitu perubahan ukuran, perubahan proporsi, hilangnya ciri-ciri lama dan timbulnya ciri-ciri baru. Ini terjadi akibat pematangan fungsi organ. Pada aspek psikologis dan mental taraf berfikir seseorang semakin matang dan dewasa. Umur/usia perawat yang matang dan dewasa akan mempengaruhi seseorang dalam mengambil keputusan. Usia responden semua adalah usia dewasa, tidak ada usia tua. Sehingga pekerjaan perawat yang membutuhkan kecepatan dalam mengambil keputusan untuk menyelamatkan pasiennya, di Rumah Sakit Islam Kendal melihat sudah terpenuhi.

Sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih dalam. Seseorang sudah memilih untuk suatu profesi pasti sudah ada minat untuk menekuninya. Memutuskan untuk menjadi seorang perawat maka responden perawat di Rumah Sakit Islam Kendal jelas akan menekuni profesi sebagai seorang perawat yang profesional.

Pengalaman adalah suatu kejadian yang pernah dialami seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungannya. Ada kecenderungan pengalaman yang baik seseorang akan berusaha untuk melupakan, namun jika pengalaman terhadap objek tersebut menyenangkan maka secara psikologis akan timbul kesan yang membekas dalam emosi sehingga menimbulkan sikap positif. Seorang perawat dalam bekerja akan menemui pengalaman yang baik dan sebaliknya yaitu pengalaman buruk. Pengalaman perawat dalam merawat luka pasien diabetes melitus dengan tehnik A, luka pasien cepat sembuh dari pada menggunakan tehnik B. Sehingga perawat akan mengulang menggunakan tehnik A, jika merawat luka pasien diabetes melitus. Di Rumah Sakit Islam Kendal perawat sudah banyak pengalaman dalam bekerja, melihat lama kerja perawat tersebut diatas.

Kebudayaan lingkungan sekitar, apabila dalam suatu wilayah mempunyai budaya untuk menjaga kebersihan lingkungan maka sangat mungkin masyarakat sekitarnya mempunyai sikap untuk selalu menjaga kebersihan lingkungan. Di Rumah Sakit Islam Kendal adalah rumah sakit yang islami sehingga dalam bekerja menggunakan tatanan yang islami. Melihat motto Rumah Sakit Islam Kendal yaitu bekerja sebagai ibadah ,ikhlas dalam pelayanan,cakap melakukan tindakan, bertawakal kepada Allah SWT.

Kemudahan memperoleh informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru. Di era sekarang ini semua serba mudah untuk mendapatkan informasi melalui internet dan televisi, majalah, koran, dan sebagainya. Perawat mudah untuk mengakses semua itu.

Rumah Sakit Islam Kendal mempunyai standar dalam dokumentasi keperawatan, yaitu *Standar operasional prosedur* dokumentasi keperawatan. Prosedur dalam dokumentasi mulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, evaluasi, pencatatan semua di atur dan ditata agar pelaksanaan

menjadi tertib sesuai standar yang telah dibakukan. Sehingga setiap perawat pengelola pasien diwajibkan dalam dokumentasi keperawatan sesuai standar operasional prosedur keperawatan yang berlaku. Dokumentasi asuhan keperawatan di rawat inap dilakukan oleh perawat pelaksana.

Peneliti melakukan penelitian dokumentasi keperawatan pada rekam medik pasien di rawat inap pada 22 Februari sampai dengan 22 Maret 2014. Hasil penelitian pada bulan Maret 2014 dengan sampel 30 perawat diperoleh bahwa nilai terbanyak yaitu nilai 88, dari 27 rekam medik, nilai tertinggi 96 dan terendah 68. Sehingga dapat disimpulkan bahwa pelaksanaan dokumentasi keperawatan di Rumah Sakit Islam Kendal rata – rata baik. Pada pelaksanaan dokumentasi keperawatan di Rumah Sakit Islam Kendal diperoleh nilai baik ada 24 orang (80%).

Sedangkan yang tidak lengkap pada dokumentasi keperawatan yaitu pengkajian 20%, dari pengkajian tersebut rata-rata ketidak lengkapannya perawat tidak menuliskan secara lengkap apa yang seharusnya dituliskan, sehingga beberapa item ada yang kosong di dalam pengkajian. Misalnya tekanan darah, suhu, respirasi, nadi dan nomor rekam medik pasien. Diagnosa 12.6%, pada diagnosa keperawatan muncul tetapi tidak ada data sesuai yang dirumuskan. Apakah seharusnya ada data tetapi lupa mencatatnya. Sehingga diagnosa tertulis bukan diagnosa aktual. Perencanaan keperawatan 28%, disini ada beberapa perencanaan tidak mengacu pada tujuan dengan kalimat dan penulisan yang kurang jelas. Selain itu juga ada yang tidak melibatkan pasien dan keluarga. Tindakan keperawatan 3%, pada tindakan keperawatan hasil evaluasi belum tercapai, untuk revisi tindakan tidak sesuai / tidak mengacu pada evaluasi sebelumnya. Contoh : pasien fraktur tibia masih nyeri dengan skala 8, seharusnya kembali ke intervensi awal (nyeri), tetapi intervensi tertulis program operasi bila pasien setuju. Evaluasi 8%, ditemukan form evaluasi yang kosong, ada juga yang tidak

sesuai dengan tujuan, contoh: pasien dengan peningkatan suhu tubuh, pada catatan evaluasi makan porsi habis, suhu tubuh malah tidak ada. Catatan keperawatan 16.4%, paling banyak ditemukan tidak ada pengesahan atau nama dan keduanya, ada juga yang tulisan kurang dapat dibaca.

Hipotesis peneliti yaitu ada hubungan pengetahuan perawat dalam dokumentasi keperawatan dengan pelaksanaannya di Rawat Inap Rumah Sakit Islam Kendal. Hasil penelitian dari tanggal 22 Februari sampai dengan 22 Maret 2014, responden 30 perawat pelaksana penanggung jawab pasien di rawat inap dan masing-masing perawat tersebut diambil hasil dokumentasi keperawatan sebanyak 3 sehingga jumlah dokumen 90.

Hasil dari penelitian hubungan pengetahuan perawat dalam dokumentasi keperawatan dengan pelaksanaannya diperoleh hasil uji korelasi SPSS (*statistical product and service solutions*) *pearson (product moment)* ada hubungan antara pengetahuan perawat dalam dokumentasi keperawatan dengan pelaksanaannya, p value = 0,01.

Hal tersebut memperkuat penelitian sebelumnya, antara lain penelitian Pribadi.A, tahun 2009 yaitu ada hubungan faktor pengetahuan perawat mengenai dokumentasi asuhan keperawatan dengan dokumentasi asuhan keperawatan di RSUD Kelet Provinsi Jawa Tengah, yaitu faktor pengetahuan perawat mengenai dokumentasi asuhan keperawatan baik 51,6%. Pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan baik. Kesamaan dari penelitian sekarang yaitu variabel terikat pelaksanaan dokumentasi keperawatan dan variabel bebas pengetahuan perawat dalam dokumentasi dan mempunyai hasil adanya hubungan pengetahuan perawat dalam dokumentasi dan pelaksanaannya. Perbedaannya yaitu dari penelitian ini mempunyai dua variabel sedangkan pada penelitian Pribadi. A, multivariat (banyak variabel), dan tempat pelaksanaannya berbeda.

Penelitian dari Darmawansyah, dkk, 2012, Hasil : pengetahuan perawat di Puskesmas Pattingalloang kota Makasar mengenai etika perbaikan kesalahan penulisan rekam medis masih kurang bahkan ada yang menyatakan bahwa tidak mengetahui etika penulisan yang benar. Keterampilan petugas dari segi pencantuman nama dan tanda tangan pada rekam medis dan keterampilan dalam penghapusan tulisan masih kurang. Berdasarkan uji statistik didapatkan bahwa pengetahuan berhubungan secara bermakna dengan variabel kelengkapan dokumentasi keperawatan dalam rekam medis . Kesamaan dari penelitian sekarang yaitu variabel bebas kompetensi perawat (pengetahuan perawat) dan variabel terikat rekam medis pasien (hasil pelaksanaan dokumentasi keperawatan) dan mempunyai hasil adanya hubungan pengetahuan perawat dalam dokumentasi dan pelaksanaannya. Perbedaan penelitian yaitu pada tempat pelaksanaannya.

Penelitian ini mempunyai keterbatasan waktu yang kurang (hanya 1 bulan) dan instrumen pengetahuan yang banyak serta peneliti tidak bisa menunggui saat perawat mengisi instrumen dan harus di tinggal beberapa hari, sehingga perawat yang sibuk dan enggan berfikir sendiri bisa melihat hasil pekerjaan teman yang lain, meskipun tidak semuanya. Untuk penilaian dokumentasi tidak bisa tepat waktu, rencananya 2 minggu sudah selesai menjadi 3 minggu. Hal ini dikarenakan rekap medik pasien belum kembali, pasien masih di rawat.

PENUTUP

Penelitian dari tanggal 22 Februari sampai dengan 22 Maret 2014, didapatkan pengetahuan perawat di Rumah Sakit Islam Kendal Maret 2014, menunjukkan bahwa dari 30 responden / sampel penelitian mempunyai pengetahuan baik 24 orang (80%). Pelaksanaan dokumentasi keperawatan menurut nilainya di Rumah Sakit Islam Kendal Maret 2014 dari jumlah rekam medik 90 pasien, menunjukkan bahwa nilai terbanyak yaitu nilai 88, dari 27 rekam medik,

nilai tertinggi 96 dan terendah 68. Ada hubungan antara pengetahuan perawat dalam dokumentasi keperawatan dengan pelaksanaannya. Analisis menggunakan *Pearson (product moment)*, signifikansi korelasi dua arah 0,01.

Dari hasil penelitian, peneliti ingin memberikan saran yang mungkin bermanfaat bagi Rumah Sakit Islam Kendal dan khususnya bidang keperawatan antara lain :

1. Bagi Rumah Sakit Islam Kendal :
 - a. Bidang keperawatan : 1) Pengetahuan perawat dalam dokumentasi di Rumah Sakit Islam Kendal perlu selalu diperbaharui, ditingkatkan serta tehnik pendokumentasiannya agar menjadi lebih efektif agar memberikan hasil baik dan selalu baik. Misalnya mengadakan seminar 1 hari, bertahap terbagi dalam beberapa kelompok dan sesi; 3) Perlunya supervisi atau audit dokumentasi asuhan keperawatan secara kontinyu, terjadwal serta tertib. Agar mengetahui secara obyektif hasil catatan asuhan keperawatan sesuai dengan target dan standar yang dibakukan; 4) Dari hasil supervisi atau audit dokumentasi asuhan keperawatan tersebut dilakukan pelaporan dan tindak lanjut untuk mempertahankan hal yang sudah baik dan memperbaiki hal yang kurang baik. Pembimbingan /pembinaan pada pelaksana terjadwal serta dilaksanakan secara teratur; 5) Perlunya perawat tahu akan peraturan perundang-undangan beserta isi dari peraturan yang harus perawat dan Rumah Sakit Islam Kendal penuhi, sehingga sebaiknya disosialisasikan.
 - b. Kepala ruang : kepala ruang bisa langsung memberikan kewenangan kepada kepala shif dan kepala tim untuk selalu memantau kelengkapan dokumentasi setiap hari dan membuat catatan laporan dokumentasi yang tidak lengkap (nama perawat, nomor rekam medik pasien). Kemudian kepala ruang juga memantau langsung

setiap hari. Pada pergantian shif operan dinas, kepala shif dan kepala tim juga melaporkan ketidak lengkapan dokumentasi. Setiap pasien pulang rekam medik harus diteliti kelengkapan dokumentasi oleh kepala ruang. Membuat catatan rekapan dokumentasi siapa saja yang tidak lengkap, kemudian berikan pembinaan.

- c. Petugas rekam medik : petugas rekam medik harus meneliti saat mengambil berkas rekam medik pasien yang sudah pulang di ruang rawat inap. jika dokumen ada yang tidak lengkap maka wajib di kembalikan ke ruang rawat inapnya. Dan hal ini harus diatur dengan standar operasional prosedur pengembalian / kelengkapan rekam medik.

2. Bagi dosen program studi Sarjana Strata 1 Keperawatan FIKKES UNIMUS pengampu materi asuhan keperawatan dan dokumentasi keperawatan : agar tidak hanya memberikan materi asuhan keperawatan dan cara pendokumentasian yang baik / benar, dan memberikan materi undang – undang yang mengatur hak dan kewajiban perawat /pasien tetapi undang – undang yang mengatur rekam medik dan perumah sakitan juga di berikan. Karena banyak perawat yang tidak tahu, dan hal tersebut sangat penting untuk di ketahui oleh seorang mahasiswa keperawatan.
3. Bagi peneliti Selanjutnya : Untuk memberikan hasil penelitian yang terbaik maka peneliti harus membaca banyak buku metode penelitian, banyak belajar mengolah data menggunakan SPSS (*statistical product and service solutions*), waktu penelitian lebih dari 2 bulan dan sampel banyak / total populasi itu akan lebih baik lagi.

KEPUSTAKAAN

- Asmadi. (2008). *Konsep dasar Keperawatan*, Jakarta. EGC.
- Arfiani, Darmawansyah, Amir, M.Y. (2013). *Studi kompetensi perawat dalam pengisian rekam medis pasien rawat inap di Puskesmas Pattingalloang kota Makasar*. <http://JURNAL.pdf.respiratory.unhas.ac.id>. Diunduh 27 Oktober 2013.
- Bloom. (2007). *Ranah pengetahuan*. <http://zaifbio.wordpress.com/2013/07/12/ranah-pengetahuan-menurut-bloom>. Diunduh 27 Oktober 2013.
- Dahlan. M.S. (2010) *Besar Sampel Dan Cara Pengambilan Sampel Dalam Penelitian Kedokteran Dan Kesehatan*. Edisi 3. Jakarta. Salemba Medika.
- Departemen Kesehatan RI. (2005). *Instrumen Evaluasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit*. Cetakan kelima. Jakarta. DEPKES RI Direktorat Keperawatan Dan Keteknisian Medik.
- Mentri Kesehatan RI . *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/ MENKES/PER/III/2008 tentang Rekam Medis*. www.apikes.com. Diunduh 04 November 2013.
- Mentri Kesehatan RI . *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1239/Menkes/SK/XI/2001*. www.hukor.depkes.go.id. Diunduh 06 November 2013.
- Nursalam (2007). *Proses dan dokumentasi keperawatan Konsep dan praktik*. Edisi 2. Salemba Medika. <http://BUKU-PROSES-2008.pdf> ners.unair.ac.id. Diunduh 13 November 2013.

- Prihadi,A. (2009). Analisis pengaruh *factor pengetahuan,motivasi,dan persepsi perawat tentang supervisi kepala ruang terhadap pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Kelet propinsi Jawa tengah diJepara*. http://Agung_pribadi_eprints.undip.ac.id. Diunduh 27 Oktober 2013.
- Mentri Sosial Republik Indonesia (2010) *Keputusan Menteri Sosial Republik Indonesia Nomor 02/HUK/ 2010, Tentang Pedoman Penyusunan Standar Operasional Prosedur*. SOP_KEPMENSOS 02 /HUK_2010, pdf humas.kemsos.go.id . Diunduh 16 Januari 2014.