



KARYA TULIS ILMIAH

GAMBARAN KEPATUHAN WAKTU PENDOKUMENTASIAN PENGKAJIAN DATA FOKUS KEPERAWATAN DI RUMAH SAKIT SANTO BORROMEUS

Diajukan untuk memenuhi salah satu syarat dalam menyelesaikan tugas akhir Program Studi
D III Keperawatan

Oleh :

Nasuti

30140110016 K

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN SANTO BORROMEUS
PADALARANG
2013**

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa Karya Tulis Ilmiah yang berjudul “Gambaran Kepatuhan Waktu Pendokumentasian Pengkajian Data Fokus Keperawatan di Rumah Sakit Santo Borromeus” Merupakan hasil karya sendiri. Pengutipan dari berbagai sumber informasi telah saya lakukan berdasarkan kaidah pengutipan dan etika keilmuan yang berlaku.

Apabila ditemukan hal-hal yang tidak sesuai dengan pernyataan ini, saya bersedia menerima resiko dan sanksi.

Padalarang, 11 Juli 2013

Saya yang membuat pernyataan

Nasuti
30140110016 K

PERNYATAAN PERSETUJUAN

KARYA TULIS ILMIAH

**GAMBARAN KEPATUHAN WAKTU PENDOKUMENTASIAN
PENGKAJIAN DATA FOKUS KEPERAWATAN DI RUMAH
SAKIT SANTO BORROMEUS**

Diterima dan disetujui untuk mengikuti ujian sidang KTI dalam menyelesaikan tugas akhir pada program studi D III Keperawatan

Penyusun

Nasuti
NIM 30140110016K

Pembimbing

Ns.CM.Retno Sunartyasih, S.Kep.M.H.Kes
NIDN : 0428035101

LEMBAR PENGESAHAN

KARYA TULIS ILMIAH

**GAMBARAN KEPATUHAN WAKTU PENDOKUMENTASIAN
PENGKAJIAN DATA FOKUS KEPERAWATAN DI RUMAH
SAKIT SANTO BORROMEUS**

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertanggungjawabkan dalam ujian sidang KTI
Program Studi D III Keperawatan

Penyusun

Nasuti
NIM 30140110016K

Pembimbing : Ns. CM. Retno Sunartyasih, S.Kep., M.H. Kes. :

Dewan Penguji : 1. Ns. Lesta Livolina, S.Kep.M.H. :

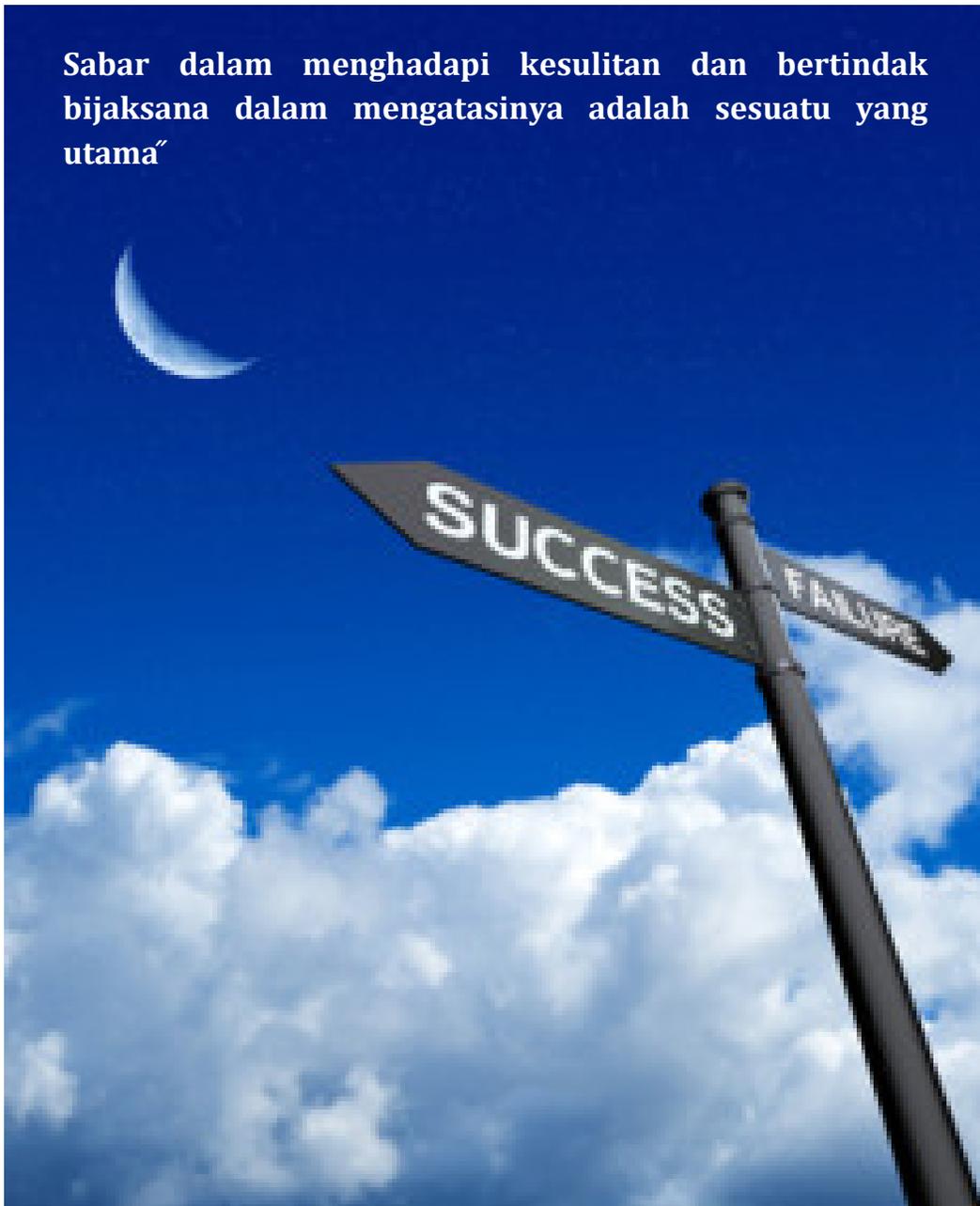
2. Ns. Yosi Maria W, S.Kep. :

Mengetahui
KETUA STIKes SANTO BORROMEUS

Sr. Sofia Gusnia Saragih, CB., BSN., M.Kep
NIDN : 0412057102

MOTTO

Sabar dalam menghadapi kesulitan dan bertindak bijaksana dalam mengatasinya adalah sesuatu yang utama"



LEMBAR PERSEMBAHAN

Karya tulis ilmiah ini kupersembahkan untuk kedua orangtuaku, suamiku, anaku, dan orang-orang yang aku sayangi.....



KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya peneliti dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah yang diajukan untuk memenuhi salah satu syarat kelulusan program D III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santo Borromeus.

Adapun judul Karya Tulis Ilmiah ini adalah “Gambaran Kepatuhan waktu Pendokumentasian Pengkajian data fokus Keperawatan di Rumah Sakit Santo Borromeus”. Dalam penulisan Karya Tulis Ilmiah ini peneliti mendapat bantuan serta dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu peneliti banyak mengucapkan terima kasih kepada:

1. Sr. Sofia Gusnia Saragih, CB., BSN., M.Kep., selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santo Borromeus beserta seluruh staf.
2. Dr. Suryanto selaku Direktur Rumah Sakit Santo Borromeus yang sudah memberikan ijin untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Santo Borromeus.
3. Ns. Maria Yunita, M.Kep., SpKMB., selaku Ketua Program Studi D III Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santo Borromeus.
4. Ns. CM. Retno Sunartyasih, S.Kep., M.H. Kes., selaku dosen pembimbing dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah dan pembimbing akademik.
5. Ns. Lesta Livolina, S.Kep., M.H., selaku dosen penguji.
6. Ns. Yosi Maria W, S.Kep., selaku dosen penguji.

7. Staf perpustakaan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Santo Borromeus yang telah membantu menyediakan buku-buku referensi kepada peneliti.
8. Kepada orang tuaku yang tak henti-hentinya memberikan doa, kasih sayang, cinta dan nasihatnya yang tidak pernah aku lupakan.
9. Suami dan anaku tercinta yang telah memberikan cinta, perhatian dan kasih sayang sehingga membantu terselesainya Karya Tulis Ilmiah ini.
10. Kepada adik dan para keponakanku, terima kasih atas bantuannya, kalian selalu mendukung dan memberikan semangat.
11. Teman-teman Santo Christoforus yang telah bekerja sama dalam menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah.

Peneliti menyadari dalam Karya Tulis Ilmiah ini masih banyak kekurangan, mengingat keterbatasan waktu dan pengetahuan yang dimiliki peneliti. Untuk itu peneliti mengharapkan kritik dan saran yang bersifat membangun untuk perbaikan Karya Tulis Ilmiah yang akan datang.

Akhir kata peneliti mengharapkan semoga Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Padalarang, Juli 2013

Peneliti

**PROGRAM STUDI D III KEPERAWATAN
STIKes SANTO BORROMEUS**

**Nasuti (301401100016K)
Juli 2013**

**GAMBARAN KEPATUHAN WAKTU PENDOKUMENTASIAN
PENGKAJIAN DATA FOKUS KEPERAWATAN DI RUMAH
SAKIT SANTO BORROMEUS**

xv + 49 halaman, 4 tabel, 1 skema, 7 lampiran

ABSTRAK

Penelitian dengan judul di atas dilatarbelakangi oleh banyaknya pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan yang belum dilakukan di lihat dari hasil observasi tanggal 21-10-2012 sampai dengan 28-10-2012 dari jumlah pasien baru 20 yang belum dilakukan pendokumentasian pengkajian data fokus sebanyak 15 rekam medis. Tujuan penelitian untuk melihat gambaran kepatuhan waktu pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan. Kepatuhan adalah ketaatan terhadap prosedur, Rumah Sakit Santo Borromeus mempunyai SOP tentang pendokumentasian pengkajian data fokus harus dilakukan kurang dari 6 jam. penelitian ini di lakukan secara deskriptif kuantitatif dengan cara observasi menggunakan teknik sampling *stratified sampling* dan *Accidental sampling* dengan jumlah sampel 324 rekam medis, yang dilakukan di Rumah Sakit Santo Borromeus pada bulan Juni 2013. Hasil penelitian menunjukkan bahwa gambaran kepatuhan waktu pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan sebagian besar patuh dengan waktu kurang dari 6 jam sebanyak 209 (65%) dan sebagian kecil tidak patuh dengan waktu lebih dari 6 jam sebanyak 115 (35%). Saran peneliti adalah kepatuhan waktu pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan semakin ditingkatkan demi terlaksananya asuhan keperawatan yang lebih baik sehingga dapat memberikan pelayanan kesehatan yang baik.

Daftar Pustaka : 13 buku (1991-2010), 2 website (2010)

Kata kunci : Kepatuhan, pendokumentasian data fokus

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL LUAR	i
HALAMAN JUDUL DALAM	ii
HALAMAN PERNYATAAN	iii
HALAMAN LEMBAR PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENGESAHAN	v
HALAMAN MOTTO	vi
LEMBAR PERSEMBAHAN	vii
KATA PENGANTAR	viii
ABSTRAK	x
DAFTAR ISI	xi
DAFTAR SKEMA	xiii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	5
D. Manfaat Penelitian	5
1. Manfaat Teoritis	5
2. Manfaat Praktis	5
E. Ruang Lingkup Penelitian	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Konsep Dasar Kepatuhan	7
B. Konsep Dasar Pendokumentasian	8
C. Konsep Dasar Pengkajian.....	21
D. Standar Operasional Prosedur Rumah Sakit Santo Borromeus Proses Asuhan Keperawatan Pada Pasien Rawat Inap.....	27

BAB III	METODE PENELITIAN	
	A. Metode dan Desain Penelitian	30
	B. Variabel Penelitian	30
	C. Populasi, Sampel dan Teknik Sampling	31
	D. Kerangka Kerja	34
	E. Definisi Operasional	35
	F. Metode dan Tehnik Pengumpulan Data	36
	G. Instrumen Penelitian	37
	H. Prosedur Penelitian	37
	I. Metode Pengolahan Data	38
	J. Teknik Analisis Data	39
	K. Etika Penelitian	41
	L. Tempat Penelitian dan Waktu Penelitian	43
BAB IV	HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	
	A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	44
	B. Hasil Penelitian	45
	C. Pembahasan	46
BAB V	SIMPULAN DAN SARAN	
	A. Simpulan	48
	B. Saran	49

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Kerja	34
--------------------------------	----

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Hasil Penghitungan Jumlah Sampel Tiap Ruangan	33
Tabel 3.2	Definisi Operasional	35
Tabel 4.1	Distribusi frekuensi waktu pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan di Rumah Sakit Santo Borromeus	45
Tabel 4.2	Gambaran kepatuhan waktu pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan di Rumah Sakit Santo Borromeus kurang dari 6 jam dan lebih dari 6 jam	46

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Surat Ijin Persetujuan Penelitian
- Lampiran 2 : Jadwal Kegiatan Penelitian
- Lampiran 3 : Lembar Observasi
- Lampiran 4 : Hasil Tabulasi Data
- Lampiran 5 : Anggaran Biaya Penelitian
- Lampiran 6 : Format Bimbingan
- Lampiran 7 : Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Organisasi keperawatan sedunia ICN berpendapat bahwa, "*The unique function of the nurse is to assist individual, sick or well in the performance of those activities contributing to health or its recovery (or to a peaceful death) he would perform unaided if he had necessary strength will or knowledge*" yang artinya fungsi unik perawat yaitu melakukan pengkajian pada individu sehat maupun sakit, dimana segala aktivitas yang dilakukan berguna untuk kesehatan dan pemulihan kesehatan berdasarkan pengetahuan yang dimiliki. Aktivitas ini dilakukan dengan berbagai cara untuk mengembalikan kemandirian pasien secepat mungkin (Dinarti, 2009).

Pengembangan standar praktik keperawatan menggunakan proses keperawatan. Proses keperawatan meliputi : Pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi. Salah satu upaya untuk membina dan mempertahankan akuntabilitas keperawatan adalah dokumentasi keperawatan, dinegara-negara berkembang sistem dokumentasi keperawatan sudah menggunakan sistem komputerisasi (Dinarti, 2009).

Sebuah Studi di Medical Center Taiwan mengatakan bahwa permasalahan perawat yang menggunakan sistem informasi keperawatan adalah pelatihan yang tidak cukup, perhatian terhadap keamanan data, stress

karena adanya tambahan beban kerja , kerjasama antar disiplin rendah. (Ting Ting Lee, 2007).

Di Indonesia masih bervariasinya tingkat pendidikan dan pengetahuan perawat terhadap isi dari dokumentasi keperawatan masih merupakan problem yang belum terpecahkan. Untuk menghadapi masalah ini mungkin perlu ada terobosan-terobosan dari organisasi profesi perawat bekerjasama dengan institusi pelayanan kesehatan untuk dapat meningkatkan pengetahuan terhadap dokumentasi asuhan keperawatan. Pendokumentasian Keperawatan merupakan hal penting yang dapat menunjang pelaksanaan mutu asuhan keperawatan. Dokumentasi perawat merupakan bukti pelayanan bagi klien dan juga bukti pelayanan yang baik dan aman oleh perawat. Jika terjadi tuntutan hukum, maka catatan perawat merupakan hal pertama yang ditinjau oleh pengacara (Austin, 2006). Pengkajian dan laporan perubahan kondisi klien oleh perawat merupakan faktor pembela yang penting di dalam tuntutan hukum. Dasar hukum dalam pembuatan dokumentasi keperawatan adalah KEPMENKES No.1239/Menkes/SK/XI/2001 tentang registrasi dan praktik perawat.

Di Rumah Sakit Mardi Rahayu Kudus mempunyai Tim Peningkatan Mutu Keperawatan yang salah satu tugasnya mengadakan studi dokumentasi pada setiap ruangan di rumah sakit pada 30 sampel catatan perawatan yang dilakukan setiap 3 bulan sekali. Pada bulan Maret 2007 didapatkan data rata-rata dokumentasi asuhan keperawatan 44,38%. Pada bulan November 2007 juga dilakukan studi dokumentasi lagi dan didapatkan rata-rata 58,9%.

Walaupun ada peningkatan nilai tapi belum sempurna diharapkan dokumentasi keperawatan akan lebih baik lagi dan mencapai lebih dari 80%, seiring dengan perkembangan jaman dan tuntutan dari masyarakat untuk mendapatkan pelayanan yang profesional. Kesalahan sekecil apapun yang dilakukan seorang perawat akan berdampak terhadap citra keperawatan secara keseluruhan dan akan dimintai pertanggungjawaban dan tanggung gugat oleh konsumen (Nursalam, 2008).

Rumah Sakit Santo Borromeus merupakan salah satu rumah sakit swasta di Jawa Barat tentunya mempunyai standar yang tinggi dalam memberikan pelayanan kesehatan, demi terwujudnya kepuasan pasien dan peningkatan kualitas pelayanan, salah satu cara untuk meningkatkan kualitas pelayanan Rumah Sakit Santo Borromeus mempunyai prosedur tetap dalam melakukan pendokumentasian pengkajian data fokus harus di isi maksimal 6 jam setelah pasien masuk di ruangan rawat inap SOP ini sudah disosialisasikan melalui kepala bagian masing-masing dan kontroling dilakukan setiap ganti shif saat pelaporan keadaan pasien, untuk mencapai pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan yang baik dibutuhkan kepatuhan dari perawat.

Kepatuhan adalah suatu perilaku manusia yang taat terhadap peraturan, perintah, prosedur dan disiplin. Sedangkan tingkat kepatuhan adalah besar kecilnya penyimpangan pelaksanaan pelayanan dibandingkan dengan standar pelayanan yang ditetapkan anjuran (Notoatmodjo, 2007).

Dampak tidak dilakukannya pendokumentasian pengkajian data fokus yaitu : Tidak tahu keluhan pasien saat masuk ruangan, Asuhan Keperawatan terhambat, tidak ada kesinambungan antar sesama perawat dalam melakukan asuhan keperawatan, menghambat penilaian akreditasi rumah sakit, kurangnya mutu asuhan keperawatan (Nursalam, 2008)

Dari hasil observasi yang ditemukan di Rumah Sakit Santo Borromeus dari tanggal 21-10-2012 sampai dengan 28-10-2012 jumlah rekam medis pasien baru 20 yang belum dilakukan pendokumentasian pengkajian data fokus sebanyak 15 rekam medis, dilihat saat observasi hal ini disebabkan karena kesibukan ruangan yang harus memprioritaskan kebutuhan pasien yang saat itu membutuhkan bantuan, sehingga pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan tampak tidak sempat didokumentasikan tepat waktu. Melihat fenomena ini maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang "Gambaran kepatuhan waktu pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan di Rumah Sakit Santo Borromeus".

B. Rumusan Masalah

"Bagaimana gambaran kepatuhan waktu pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan di Rumah Sakit Santo Borromeus."

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui gambaran kepatuhan waktu pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan di Rumah Sakit Santo Borromeus.

2. Tujuan Khusus

Mengetahui waktu pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan di Rumah Sakit Santo Borromeus kurang dari 6 jam atau lebih dari 6 jam.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat menunjang teori yang sudah ada.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi peneliti

Sebagai pengalaman pertama dalam melakukan penelitian

b. Bagi Institusi Pendidikan

Peneliti berharap hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai tambahan referensi bagi perpustakaan

c. Bagi Rumah Sakit Santo Borromeus

Peneliti berharap hasil penelitian ini memberi gambaran bagaimana kepatuhan waktu pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan.

E. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini tentang gambaran kepatuhan waktu pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan yang akan dilakukan di Rumah Sakit Santo Borromeus pada bulan Juni 2013, karena masih banyak pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan yang belum

didokumentasikan. Hal ini ditemukan pada studi pendokumentasian yang dilakukan tanggal 21-28 Oktober 2012 saat observasi ditemukan dari 20 rekam medis pasien baru ada 15 rekam medis yang data fokusnya belum didokumentasikan. Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif dengan cara observasi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Kepatuhan

1. Pengertian

Kepatuhan adalah ketaatan dalam pelaksanaan prosedur tetap yang telah dibuat (Adiwimarta, Maulana & Suratman, 1999).

Kepatuhan adalah ketaatan seseorang pada tujuan yang telah ditentukan. Kepatuhan merupakan suatu permasalahan bagi semua disiplin kesehatan, salah satunya pelayanan perawatan di rumah sakit. (Schafer, dkk 2000).

Kepatuhan adalah suatu perilaku manusia yang taat terhadap peraturan, perintah, prosedur dan disiplin. Sedangkan tingkat kepatuhan adalah besar kecilnya penyimpangan pelaksanaan pelayanan dibandingkan dengan standar pelayanan yang ditetapkan anjuran (Notoatmodjo, 2007).

Kepatuhan berasal dari kata dasar patuh, yang berarti disiplin dan taat. Kepatuhan adalah derajat dimana pasien mengikuti anjuran klinis dari dokter yang mengobatinya (Pauzi Rahman, 2010).

Patuh adalah sikap positif individu yang ditunjukkan dengan adanya perubahan secara berarti sesuai dengan tujuan yang ditetapkan. Ketidakpatuhan merupakan suatu kondisi pada individu atau kelompok yang sebenarnya mau melakukannya, tetapi dapat dicegah untuk

melakukannya oleh faktor-faktor yang menghalangi ketaatan terhadap anjuran.

Kepatuhan perawat adalah perilaku perawat terhadap suatu anjuran, prosedur atau peraturan yang harus dilakukan atau ditaati. Tingkat kepatuhan adalah besar kecilnya penyimpangan pelaksanaan pelayanan dibandingkan dengan standar pelayanan yang ditetapkan anjuran. Kepatuhan adalah suatu perilaku manusia yang taat terhadap aturan, perintah, prosedur dan disiplin.

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan

Menurut Nurbaiti kepatuhan dapat dipengaruhi oleh : faktor internal seperti usia, pendidikan, pengetahuan dan faktor eksternal : masa kerja. Sementara keperawatan Notoatmodjo, mengemukakan faktor yang mempengaruhi kepatuhan adalah pendidikan, usia, dan motivasi. Kurang patuhnya perawat dalam menerapkan asuhan keperawatan akan berakibat rendahnya mutu asuhan itu sendiri.

B. Konsep Dasar Pendokumentasian

1. Pengertian

Dokumentasi keperawatan adalah pengumpulan, penyimpanan dan desiminasi informasi guna mempertahankan sejumlah fakta yang penting secara terus-menerus pada suatu waktu, terhadap sejumlah kejadian (Fisbach, 1991). Pendapat lain menjelaskan bahwa dokumentasi adalah suatu catatan kegiatan yang dapat dipergunakan untuk mengungkapkn

suatu fakta yang aktual dan dapat dipertanggung jawabkan (Keliat, 1990). Dan menurut Setyowaty dan Kemala Rita dijelaskan bahwa dokumentasi keperawatan merupakan bukti pelayanan keperawatan profesional, karena dengan dokumentasi semua aspek baik pengobatan dan perawatan yang dilakukan oleh tim kesehatan tertulis dengan teratur sehingga dapat membuat gambaran kondisi kesehatan pasien secara keseluruhan (Jurnal Keperawatan vol. II, No. 5, 1998)

Dari pengertian–pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa dokumentasi keperawatan merupakan suatu bukti pelayanan keperawatan yang berisi kegiatan pencatatan, pelaporan yang otentik dan penyimpanan semua kegiatan yang berkaitan dengan pengelolaan klien yang dapat dipergunakan untuk mengungkapkan suatu fakta aktual dan dapat dipertanggungjawabkan.

2. Tujuan Dokumentasi Keperawatan

Menurut (Nursalam, 2001), tujuan utama dari pendokumentasian adalah :

- a. Mengidentifikasi status kesehatan klien dalam rangka mencatat kebutuhan klien, merencanakan, melaksanakan tindakan keperawatan dan mengevaluasi tindakan.
- b. Dokumentasi untuk penelitian, keuangan, hukum dan etik. Hal ini juga menyediakan :
 - 1) Bukti kualitas asuhan keperawatan.

- 2) Bukti legal dokumentasi sebagai pertanggung – jawaban kepada klien.
- 3) Informasi terhadap perlindungan individu.
- 4) Bukti aplikasi standar praktek keperawatan.
- 5) Sumber informasi statistik untuk standar dan riset keperawatan.
- 6) Pengurangan biaya informasi.
- 7) Sumber informasi untuk data yang harus dimasukkan.
- 8) Komunikasi konsep resiko tindakan keperawatan.
- 9) Informasi untuk siswa atau mahasiswa.
- 10) Persepsi hak klien.
- 11) Dokumentasi untuk tenaga profesional dan tanggung jawab etik dan mempertahankan kerahasiaan informasi klien.
- 12) Suatu data keuangan yang sesuai.
- 13) Data perencanaan pelayanan kesehatan di masa yang akan datang.

3. Manfaat dan Pentingnya Dokumentasi Keperawatan

Menurut Nursalam (2001), dokumentasi keperawatan mempunyai makna yang penting bila dilihat dari berbagai aspek :

a. Hukum.

Semua catatan informasi tentang klien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum.

b. Jaminan Mutu (Kualitas Pelayanan).

Pencatatan data klien yang lengkap dan akurat, akan memberi kemudahan bagi perawat dalam membantu masalah klien. Dan untuk

mengetahui sejauhmana masalah klien dapat teratasi dan seberapa jauh masalah baru dapat diidentifikasi dan dimonitor melalui catatan yang akurat. Hal ini akan membantu meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

c. Komunikasi.

Dokumentasi dapat dijadikan alat komunikasi antara tenaga perawat atau tenaga kesehatan lain,

d. Keuangan.

Semua tindakan keperawatan yang belum, sedang dan telah diberikan, dicatat dengan lengkap yang dapat dipergunakan sebagai acuan atau pertimbangan dalam biaya keperawatan bagi klien.

e. Pendidikan.

Karena isi dari dokumentasi keperawatan menyangkut kronologis dari kegiatan asuhan keperawatan yang dapat dipergunakan sebagai bahan atau obyek riset dan pengembangan profesi keperawatan.

f. Penelitian.

Data yang terdapat di dalamnya mengandung informasi yang dapat dijadikan sebagai bahan atau objek riset dan pengembangan profesi keperawatan.

g. Akreditasi.

Melalui dokumentasi keperawatan akan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien.

4. Dasar Hukum Pendokumentasian Keperawatan

Dasar hukum yang dipakai di Indonesia sebagai landasan dalam pentingnya pembuatan dokumentasi keperawatan adalah :

- a. SK Menkes No. 436/MENKES/SK/VI/1993 tentang standar pelayanan rumah sakit.
- b. SK Dirjen Yanmed No. YM.00.03.2.6.7637 tahun 1992 tentang Standar Asuhan Keperawatan.
- c. Undang Undang No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan pasal 53 ayat 1 yang mencantumkan tentang hak memperoleh perlindungan hukum bagi tenaga kesehatan dan ayat 2 tentang perlindungan / melindungi hak pasien.
- d. Undang-Undang No. 8 tahun 1999 yang efektif diberlakukan mulai tanggal 21 April 2000 tentang perlindungan konsumen, yang didalamnya terdapat hak dan kewajiban konsumen.
- e. KEPMENKES No. 1239/Menkes/SK/XI/2001 tentang registrasi dan praktik perawat.

5. Fungsi Dokumentasi

Dokumentasi bukan hanya syarat untuk akreditasi, tetapi juga syarat hukum di tatanan perawatan kesehatan. Dari fokus keperawatan, dokumentasi memberikan catatan tentang proses keperawatan untuk memberikan perawatan pasien secara individual (Nursalam, 2001). Pendokumentasian dimulai dari pengkajian, identifikasi masalah, diagnosa keperawatan, perencanaan, *implementasi* rencana perawatan dan evaluasi

yang semua dicatat dalam catatan perkembangan. Catatan perkembangan adalah :

a. Komunikasi staf

Staf dan shift berikutnya harus mengetahui apa yang telah terjadi dengan pasien selama shift sebelumnya agar dapat membuat penilaian yang tepat mengenai penanganan pasien. Disini peran perawat berada dalam posisi yang unik karena sebagai disamping memberikan informasi kepada sesama kolega juga pada profesi lain disamping kepada pasien itu sendiri tentang apakah intervensi yang telah dilakukan dapat dihentikan atau revisi, atau dibuat yang baru, tergantung dari informasi yang dikumpulkan.

b. Evaluasi.

Peninjauan kemajuan pasien dan efektifan rencana pengobatan yang periodik dilakukan oleh perawat dan atau team pengobatan. Evaluasi kemajuan pasien dapat didokumentasikan pada rencana perawatan dan atau pada catatan kemajuan.

c. Pemantauan Hubungan

Hubungan yang diharapkan adalah hubungan terapeutik antara perawat dan pasien merupakan alat yang digunakan oleh perawat untuk membantu pasien membangun kemampuannya.

d. Pembayaran Kembali (*Reimbursement*).

Pembayaran pihak ketiga meminta dengan tegas bahwa mengapa, kapan, dimana, bagaimana, apa dan siapa dari pelayanan

didokumentasikan dengan jelas agar pihak ketiga dapat meneruskan pendanaan pembiayaan bagi pasien yang sakit atau dirawat. Oleh karena itu catatan kemajuan harus mencatat observasi yang signifikan tentang apa yang terjadi, penanganan, dan pemulihan, obat – obatan, peralatan yang digunakan, dan informasi yang berhubungan lainnya juga perlu dicatat.

e. Dokumentasi Legal

Dalam masyarakat yang melek hukum, untuk menghindari ancaman kasus tuntutan malpraktik atau kelalaian sangat penting untuk didokumentasikan sehingga dapat sebagai dokumentasi legal.

f. Akreditasi.

Pendokumentasian harus di tulis secara lengkap dan akurat sehingga dapat digunakan sebagai syarat untuk lisensi atau akreditasi

g. Pelatihan dan Pengawasan.

6. Model Dokumentasi Keperawatan

Ada beberapa model dokumentasi keperawatan menurut (Nursalam, 2001 : 125-133) antara lain :

a. SOR (*Source – Oriented Record*)/Catatan Berorientasi pada Sumber.

Model ini menempatkan catatan atas dasar disiplin orang atau yang mengelola pencatatan. Bagian penerimaan klien mempunyai lembar isian tersendiri, dokter menggunakan lembar untuk mencatat instruksi, lembaran riwayat penyakit dan perkembangan penyakit, perawat

menggunakan catatan keperawatan, begitu pula disiplin lain mempunyai catatan masing-masing.

Catatan berorientasi pada lima komponen yaitu :

- 1) Lembar penerimaan berisi biodata.
- 2) Lembar order dokter.
- 3) Lembar riwayat medik / penyakit.
- 4) Catatan perawat.
- 5) Catatan dan laporan khusus.

b. POR (*Problem – Oriented Record*) / Catatan Berorientasi pada Masalah.

Model ini memusatkan data tentang didokumentasikan dan disusun menurut masalah klien. Sistem dokumentasi jenis ini mengintegrasikan semua data mengenai masalah yang dikumpulkan oleh dokter, perawat atau tenaga kesehatan lain yang terlibat dalam pemberian layanan kepada klien.

Model ini terdiri dari empat komponen yaitu :

- 1) Data dasar, ini berisi semua informasi yang telah didapat dari klien ketika masuk rumah sakit yang mencakup pengkajian, riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, dan hasil laboratorium.
- 2) Daftar masalah, ini berisi tentang masalah yang telah diidentifikasi dari data dasar. Selanjutnya masalah disusun secara kronologis sesuai tanggal identifikasi masalah.

- 3) Daftar awal rencana asuhan, ditulis oleh tenaga yang menyusun daftar masalah, dokter menulis instruksi, perawat menulis instruksi keperawatan atau rencana asuhan keperawatan.
- 4) Catatan perkembangan, berisi perkembangan / kemajuan dari tiap-tiap masalah yang telah dilakukan tindakan dan disusun oleh semua anggota yang terlibat.

c. PROGRES NOTE. (Catatan Berorientasi pada Perkembangan/ Kemajuan).

Catatan perkembangan adalah catatan perawat “ *Flowsheet* “ dan catatan pemulangan atau ringkasan rujukan. Ketiga jenis ini digunakan baik pada sistem dokumentasi yang berorientasi pada sumber maupun berorientasi pada masalah.

- 1) Catatan perawat harus ditulis tiap 24 jam meliputi : Pengkajian, tindakan keperawatan yang bersifat mandiri, tindakan keperawatan yang bersifat pendelegasian, evaluasi dari tiap tindakan keperawatan, tindakan yang dilakukan dokter dan kunjungan dari beberapa tim kesehatan yang lain.
- 2) Lembar alur (*Flowsheet*) merupakan cara tercepat dan paling efisien untuk mencatat informasi. Selain itu tenaga kesehatan akan dengan mudah mengetahui keadaan klien hanya dengan melihat grafik yang terdapat pada *flowsheet*.
- 3) Catatan pemulangan dan ringkasan rujukan, dipersiapkan ketika klien akan dipulangkan atau dipindahkan ketempat perawatan

lainnya guna perawatan lanjutan. Dokumen ini meliputi masalah kesehatan yang masih aktif, pengobatan terakhir, penanganan yang harus diteruskan, kebiasaan makanan dan istirahat kemampuan untuk asuhan mandiri. Pencatatan pemulangan ini ditujukan untuk tenaga kesehatan yang akan meneruskan home care dan juga informasi pada klien.

d. CBE (*Charting By Exception*).

Sistem dokumentasi yang hanya mencatat secara naratif dari hasil atau penemuan yang menyimpang dari keadaan normal atau standar.

CBE mengintegrasikan 2 komponen yaitu :

- 1) *Flowsheet* yang berupa kesimpulan penemuan yang penting dan menjabarkan indikator pengkajian dan penemuan termasuk instruksi dokter/perawat, grafik, catatan pendidikan dan pencatatan pemulangan klien.
- 2) Dokumentasi dilakukan berdasarkan standar praktek keperawatan, sehingga mengurangi pencatatan tentang hal rutin secara berulang kali.

e. PIE (*Problem Intervention & Evaluation*).

Sistem pencatatan adalah suatu pendekatan orientasi-proses pada dokumentasi dengan penekanan pada proses keperawatan dan diagnosa keperawatan.

f. FOCUS (*Proces Oriented System*)

Suatu proses–orientasi dan klien-fokus. Hal ini digunakan proses keperawatan untuk mengorganisir dokumentasi asuhan.

Dalam penulisan dokumentasi keperawatan ada beberapa hal yang perlu diperhatikan, yaitu :

1) Isi

Informasi yang ditulis harus lengkap, akurat, jelas, mengandung fakta (obyektif) dan tidak menggunakan istilah atau singkatan yang tidak umum. Benar dimana informasi mengenai klien dan tindakan yang diberikan haruslah faktual. Catatan harus berisi deskripsi, informasi yang objektif dari apa-apa yang perawat lihat, dengar, rasa dan cium (Begeron, 1988)

2) Waktu

Dokumentasikan waktu setiap melakukan intervensi keperawatan *up to date* laporan yang terlambat merupakan suatu kelalaian yang serius dan menyebabkan kelambatan untuk memberikan suatu tindakan. Misalnya kesalahan dalam melaporkan penurunan tekanan darah dapat memperlambat pemberian obat yang diperlukan. Secara legal, kelambatan dari pelaporan dapat diinterpretasikan sebagai kelalaian. kegiatan untuk mengkomunikasikan hal ini mencakup :

a) *vital sign*

b) penatalaksanaan medis

c) persiapan dilakukan diagnostic test dan pembedahan

- d) perubahan status
- e) waktu masuk, pindah, pulang atau kematian klien
- f) penatalaksanaan untuk perubahan status yang tiba-tiba.

3) Format

Gunakan format yang telah ada sesuai dengan kebijaksanaan institusi pelayanan kesehatan.

4) Kerahasiaan

Komunikasi yang rahasia adalah informasi yang diberikan oleh seseorang kepada orang lain yang dipercaya dan merahasiakan bahwa beberapa informasi itu tidak akan diungkapkan. Pasien mempunyai hak moral dan legal untuk memastikan bahwa informasi yang ada dalam catatan kesehatannya terjaga kerahasiaannya.

5) Akuntabilitas

Berikan nama dan tanda tangan setiap melakukan intervensi keperawatan. Jangan menggunakan penghapus atau tip-ex bila melakukan kesalahan dalam penulisan.

Catatan adalah sumber data yang bernilai dan digunakan oleh seluruh anggota tim kesehatan. Maksud dari catatan ini termasuk komunikasi, kemampuan finansial, pendidikan, pengkajian, riset, auditing dan aspek legal dokumentasi.

7. Faktor Penghambat Pelaksanaan Pendokumentasian

Menurut (Fiscbach, 1991) Banyak faktor yang merupakan hambatan dalam melaksanakan dokumentasi keperawatan, meskipun pada dasarnya proses keperawatan telah diterapkan.

Berbagai hambatan tersebut meliputi :

- a. Kurangnya pemahaman dasar-dasar dokumentasi keperawatan.

Hal ini bisa terjadi karena latar belakang pendidikan yang berbeda-beda, sehingga tidak adanya keseragaman pelaksanaan dokumentasi keperawatan.

- b. Kurangnya kesadaran akan pentingnya dokumentasi keperawatan.

Penulisan dokumentasi keperawatan tidak mengacu pada standar yang sudah ditetapkan, sehingga terkadang tidak lengkap dan akurat.

- c. Dokumentasi keperawatan dianggap beban.

Banyaknya lembar format yang harus diisi untuk mencatat data dan intervensi keperawatan pada pasien membuat perawat terbebani.

- d. Keterbatasan tenaga.

Kurangnya tenaga perawat yang ada dalam suatu tatanan pelayanan kesehatan memungkinkan perawat bekerja hanya berorientasi pada tindakan saja. Tidak cukup waktu untuk menuliskan setiap tindakan yang telah diberikan pada lembar format dokumentasi keperawatan.

- e. Ketiadaan pengadaan lembar format dokumentasi keperawatan oleh

Institusi.

- f. Tidak semua tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien dapat didokumentasikan dengan baik.

Karena lembar format yang ada tidak menyediakan tempat (kolom untuk menuliskannya).

Disamping hal tersebut di atas adalah sikap perawat yang dalam melakukan dokumentasi saat ini hanya berorientasi pada kepentingan pribadi semata. Hal ini tidak hanya merugikan kepada pasien sebagai penerima jasa pelayanan keperawatan, tetapi juga perawat sebagai pelaksana pelayanan keperawatan.

C. Konsep Dasar Pengkajian

1. Pengertian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Nursalam, 2001: 17).

Pengkajian merupakan tahap awal dan dasar utama dari proses keperawatan. Tahap pengkajian terdiri atas pengumpulan data dan perumusan kebutuhan atau masalah klien. Data yang dikumpulkan meliputi data biologis, psikologis, social, dan spiritual.

Kemampuan perawat yang diharapkan dalam melakukan pengkajian adalah mempunyai kesadaran/tilik diri , kemampuan mengobservasi dengan akurat, kemampuan berkomunikasi terapeutik dan senantiasa mampu berespon secara efektif.

Pada dasarnya tujuan pengkajian adalah mengumpulkan data objektif dan subjektif dari klien. Adapun data yang terkumpul mencakup

klien, keluarga, masyarakat, lingkungan, atau kebudayaan. (Mc Farland, 1997).

2. Kegiatan Pengkajian

a. Mengumpulkan Data

Menurut Dinarti, S.Kep.MAP dkk, 2009 berdasarkan luasannya data dapat dibagi atas :

1) Data dasar

Data dasar adalah data yang menyangkut semua aspek diri pasien, seperti data biografi, riwayat sebelum sakit, riwayat penyakit sekarang, riwayat kesehatan keluarga, riwayat kesehatan lingkungan, keadaan psikososial, kebiasaan sehari-hari, hasil pemeriksaan fisik, aktivitas fisik sehari-hari, aspek sosial, psikososial, dan spiritual.

2) Data Fokus

Adalah data yang difokuskan pada masalah klien yang dialami pada saat itu. Misalnya klien terdapat masalah nutrisi, maka data yang dikumpulkan hanyalah data-data yang mengarah pada masalah nutrisi saja, seperti adanya mual muntah, nafsu makan, berat badan dan tinggi badan, konjungtiva yang anemis.

3) Data Subyektif dan data obyektif

Data subyektif adalah data yang didapat dari perkataan pasien, biasanya apa yang dikeluhkan pasien.

Data Obyektif adalah data yang diperoleh perawat berdasarkan hasil pengamatan ataupun hasil pemeriksaan fisik.

- b. Memvalidasi data
- c. Mengorganisasi data
- d. Mencatat data.

3. Tujuan Pengumpulan Data

- a. Mengidentifikasi kebutuhan klien termasuk respon klien
- b. Menganalisa/mengidentifikasi permasalahan klien
- c. Sebagai referensi untuk menilai perubahan kondisi klien
- d. Asuhan keperawatan dapat dipertanggungjawabkan, karena data tercatat dan data yang kurang dapat dilengkapi.
- e. Sebagai landasan penulisan rencana keperawatan yang efektif

4. Karakteristik Data

- a. Lengkap

Data yang terkumpul harus lengkap guna membantu mengatasi masalah klien yang adekuat. Misalnya klien tidak mau makan selama 3 hari. Perawat harus mengkaji lebih dalam mengenai masalah klien tersebut dengan menanyakan hal-hal sebagai berikut: apakah tidak mau makan karena tidak ada nafsu makan atau disengaja? Apakah karena adanya perubahan pola makan atau hal-hal yang patologis? Bagaimana respon klien mengapa tidak mau makan.

b. Akurat dan nyata

Untuk menghindari kesalahan, maka perawat harus berfikir secara akurat dan nyata untuk membuktikan benar tidaknya apa yang didengar, dilihat, diamati dan diukur melalui pemeriksaan ada tidaknya validasi terhadap semua data yang mungkin meragukan. Apabila perawat merasa kurang jelas atau kurang mengerti terhadap data yang telah dikumpulkan, maka perawat harus berkonsultasi dengan perawat yang lebih mengerti. Misalnya, pada observasi “klien selalu diam dan sering menutup mukanya dengan kedua tangannya. Perawat berusaha mengajak klien berkomunikasi, tetapi klien selalu diam dan tidak menjawab pertanyaan perawat. Selama sehari klien tidak mau makan makanan yang diberikan”, jika keadaan klien tersebut ditulis oleh perawat bahwa klien depresi berat, maka hal itu merupakan perkiraan dari perilaku klien dan bukan data yang aktual. Diperlukan penyelidikan lebih lanjut untuk menetapkan kondisi klien. Dokumentasikan apa adanya sesuai yang ditemukan pada saat pengkajian.

c. Relevan

Pencatatan data yang komprehensif biasanya menyebabkan banyak sekali data yang harus dikumpulkan, sehingga menyita waktu dalam mengidentifikasi. Kondisi seperti ini bisa diantisipasi dengan membuat data komprehensif tapi singkat dan jelas. Dengan mencatat data yang

relevan sesuai dengan masalah klien, yang merupakan data fokus terhadap masalah klien dan sesuai dengan situasi khusus.

5. Sumber Data

a. Sumber data primer

Klien adalah sumber utama data (primer) dan perawat dapat menggali informasi yang sebenarnya mengenai masalah kesehatan klien.

b. Sumber data sekunder

Orang terdekat, informasi dapat diperoleh melalui orang tua, suami atau istri, anak, teman klien, jika klien mengalami gangguan keterbatasan dalam berkomunikasi atau kesadaran yang menurun, misalnya klien bayi atau anak-anak, atau klien dalam kondisi tidak sadar.

c. Sumber data lainnya

1) Catatan medis dan anggota tim kesehatan lainnya.

Catatan kesehatan terdahulu dapat digunakan sebagai sumber informasi yang dapat mendukung rencana tindakan perawatan.

2) Riwayat penyakit

Pemeriksaan fisik dan catatan perkembangan merupakan riwayat penyakit yang diperoleh dari terapis. Informasi yang diperoleh adalah hal-hal yang difokuskan pada identifikasi patologis dan untuk menentukan rencana tindakan medis.

3) Konsultasi

Kadang terapis memerlukan konsultasi dengan anggota tim kesehatan spesialis, khususnya dalam menentukan diagnosa medis atau dalam merencanakan dan melakukan tindakan medis. Informasi tersebut dapat diambil guna membantu menegakkan diagnosa.

4) Hasil pemeriksaan diagnostik

Seperti hasil pemeriksaan laboratorium dan tes diagnostik, dapat digunakan perawat sebagai data objektif yang dapat disesuaikan dengan masalah kesehatan klien. Hasil pemeriksaan diagnostik dapat digunakan membantu mengevaluasi keberhasilan dari tindakan keperawatan.

5) Perawat lain

Jika klien adalah rujukan dari pelayanan kesehatan lainnya, maka perawat harus meminta informasi kepada perawat yang telah merawat klien sebelumnya. Hal ini untuk kelanjutan tindakan keperawatan yang telah diberikan.

6) Kepustakaan.

Untuk mendapatkan data dasar klien yang komprehensif, perawat dapat membaca literatur yang berhubungan dengan masalah klien. Memperoleh literatur sangat membantu perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang benar dan tepat.

6. Metoda Pengumpulan Data

Metode pengumpulan data dengan cara : wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, studi dokumentasi.

D. Standar Operasional Prosedur Rumah Sakit Santo Borromeus

Proses Asuhan Keperawatan Pada Pasien Rawat Inap

No dokumen 03.05.A.15.02, tanggal terbit 15-02-2012

1. Pengertian

Proses pemberian asuhan keperawatan adalah proses pemberian pelayanan keperawatan yang dilakukan oleh perawat kepada pasien secara berkesinambungan mulai dari pengkajian hingga evaluasi dan dokumentasi.

2. Tujuan

Memberikan pelayanan keperawatan secara profesional kepada pasien.

3. Kebijakan

- a. Kebijakan tentang pelaksanaan standar prosedur operasional prosedur di Rumah Sakit Santo Borromeus.
- b. Kebijakan Rumah Sakit tentang Standar asuhan keperawatan Rumah Sakit Santo Borromeus.

4. Persiapan alat : Alat Tulis, Rekam Medis

5. Pelaksanaan

- a. Lakukan pengkajian pada pasien pada awal interaksi perawat dengan pasien yaitu saat penerimaan pasien baru maupun selama proses asuhan berlangsung (*reassessment*). Pengkajian untuk mendapatkan data objektif

dan subjektif dari pasien didapat melalui anamnesa, pemeriksaan fisik, dan data penunjang. Catat hasil pengkajian di dalam formulir pengkajian sesuai petunjuk pengisian. Dalam waktu 6 jam data fokus sudah dicatat dan dalam 24 jam formulir pengkajian sudah di isi lengkap.

- b. Diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan analisa hasil pengkajian. Rumusan diagnosa adalah PES (*problem, etiology, symptom*). Perencanaan keperawatan dibuat berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul dan sudah dibuat 24 jam setelah pasien masuk. Diagnosa keperawatan dan perencanaan keperawatan di catat dalam formulir *checklist nursing care plan* (untuk rawat inap) dan RM XIV (untuk pelayanan intensif). Penyusunan rencana keperawatan mengacu pada buku standar asuhan keperawatan dan petunjuk teknis pengisian formulir/RM. Perubahan diagnosa dan perencanaan keperawatan dibuat sesuai kondisi pasien.
- c. Lakukan tindakan keperawatan mengacu pada rencana asuhan keperawatan. Setiap tindakan yang dilakukan beserta responnya dicatat di dalam catatan harian dan setelah melakukan tindakan perawat mencatat tanggal, jam, pemberian tindakan, respon pasien, nama jelas dan paraf.
- d. Lakukan evaluasi terhadap asuhan keperawatan setiap hari dan sesuai dengan tujuan dalam perencanaan keperawatan. Evaluasi di catat dalam catatan perkembangan harian dan akhir dengan menuliskan SOAP
- e. Lakukan dokumentasi pada setiap tahapan asuhan yang diberikan. Dokumentasi dilakukan dengan memperhatikan prinsip pendokumentasian dan menggunakan istilah / singkatan yang dibakukan.

Kelengkapan rekam medis asuhan keperawatan dievaluasi setiap hari dan di cek kembali sebelum seluruh rekam medis di kirim ke bagian rekam medis.

6. Unit terkait : Rawat inap.

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Metode dan Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif. Metode penelitian kuantitatif adalah penelitian yang banyak dituntut menggunakan angka mulai dari pengumpulan data, penafsiran dari data tersebut serta penampilan dari hasilnya. (Arikunto, 2006 : 11). Desain penelitian menggunakan deskriptif yaitu suatu metode penelitian yang dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran atau deskripsi tentang suatu keadaan secara objektif (Soekidjo Notoatmodjo, 2005: 138).

Metode penelitian ini menggunakan metode kuantitatif deskriptif yaitu menggambarkan kepatuhan waktu pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan di Rumah Sakit Santo Borromeus.

B. Variabel Penelitian

Variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat, atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh satuan penelitian tentang suatu konsep penelitian tertentu. (Notoatmodjo, 2005).

Jenis variabel yang digunakan oleh peneliti yaitu satu variabel Tentang Gambaran Kepatuhan waktu pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan di Rumah Sakit Santo Borromeus.

C. Populasi, Sampel dan Teknik Sampling

1. Populasi

Populasi adalah semua nilai baik hasil perhitungan maupun pengukuran, baik kuantitatif maupun kualitatif, dari karakteristik tertentu mengenai sekelompok objek yang lengkap dan jelas (Husaini Usman, 2006 : 181).

Populasi adalah keseluruhan objek atau objek yang diteliti (Notoatmodjo, Soekidjo. 2005). Populasi merupakan seluruh subjek atau objek dengan karakteristik tertentu yang akan diteliti, bukan hanya objek atau subjek yang dipelajari saja tetapi seluruh karakteristik atau sifat yang dimiliki subjek atau objek tertentu tersebut (Alimul Azis, 2007).

Populasi dalam penelitian ini adalah Rekam Medis pasien baru yang masuk dan dirawat di Rumah Sakit Santo Borromeus, dengan melihat jumlah pasien baru dalam waktu 3 bulan dari bulan Januari sampai Maret 2013, kemudian hasilnya di bagi 3 yaitu jumlah pasien baru di bulan Januari sebanyak 1762, Februari 1649, Maret 1717 sehingga di dapatkan jumlah populasi sebanyak 1709

2. Sampel

Sampel adalah sebagian untuk diambil dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Soekidjo, 2005 : 79). Sampel penelitian merupakan representasi dari populasi yang dijadikan sumber bagi semua data yang diperlukan untuk menjawab permasalahan

penelitian (Heri Hermanto, 2010:60). Pengambilan sampel dalam penelitian ini menggunakan rumus dari Slovin (Nursalam, 2008) :

$$n = \frac{N}{1 + N (d)^2}$$

Keterangan :

n : Besar *sampel*

N : Besar populasi

d : Tingkat kepercayaan/ketepatan yang diinginkan (0.05)

$$n = \frac{1709}{1 + 1709 (0.05)^2}$$

$$n = \frac{1709}{1 + 1709 (0.0025)}$$

$$n = \frac{1709}{1 + 4,2725}$$

$$n = \frac{1709}{5,2725}$$

$$n = 324$$

Dari rumus diatas diperoleh sampel dengan jumlah 324 dari jumlah populasi 1709 pengambilan sampel dari tiap ruangan dengan cara menghitung jumlah pasien baru dari bulan Januari sampai Maret 2013 lalu hasilnya dibagi 3.

Tabel 3.1

Hasil penghitungan jumlah sampel tiap ruangan

Ruangan	Jumlah Pasien			Hasil sampel dari tren pasien baru	Presentasi	Sampling
	Januari 2013	Februari 2013	Maret 2013			
Yosef 5	69	58	42	$169/3 = 56$	3,3%	10
Yosef 3 Surya kencana	287	240	251	$778/3 = 259$	15,2%	49
Yosef 3 Dago	221	234	225	$680/3 = 227$	13,2%	43
Carolus 5	142	112	123	$377/3 = 126$	7,4%	24
Carolus 3	121	115	128	$364/3 = 121$	7,1%	23
Maria 4	100	76	84	$260/3 = 87$	5,1%	16
Maria 3	78	84	95	$257/3 = 86$	5%	16
Maria 2	279	274	336	$889/3 = 296$	17,3%	56
Irene 5	75	64	61	$200/3 = 67$	3,9%	13
Irene 4	69	64	52	$185/3 = 62$	3,6%	12
Irene 3	143	128	120	$391/3 = 130$	7,6%	25
Irene 2	178	200	200	$578/3 = 192$	11,3%	37
Jumlah	1762	1649	1717	$5128/3 = 1709$	100%	324

3. Teknik *Sampling*

Teknik *sampling* merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampel, agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan subjek penelitian. (Nursalam, 2008 : 93).

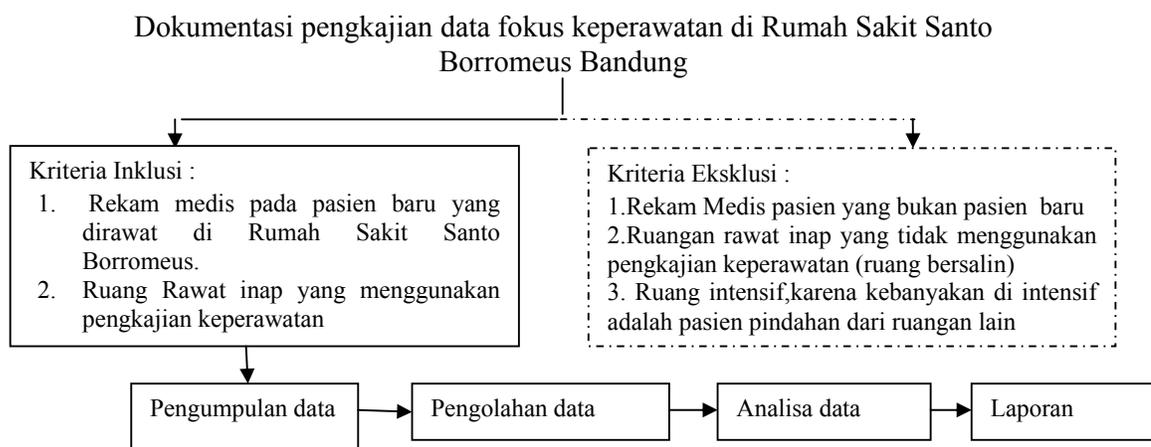
Teknik *sampling* yang digunakan dalam penelitian ini adalah Teknik pengambilan sampel dengan *Stratified sample* yaitu strata atau kedudukan subjek (seseorang) dimasyarakat, jenis *sampling* ini dipergunakan peneliti untuk mengetahui beberapa variabel pada populasi yang merupakan hal penting untuk mencapai sampel yang representatif, pada jenis *sampling* ini

harus diyakini bahwa semua variabel yang diidentifikasi akan mewakili populasi (Nursalam, 2003 : 98). Peneliti juga mengambil sampel dengan *Accidental Sampling*. *Accidental Sampling* adalah teknik penentuan sampel berdasarkan kebetulan, yaitu siapa saja yang secara kebetulan/insidental bertemu dengan peneliti dapat digunakan sebagai sampel, yang dilakukan dengan mengambil responden yang kebetulan ada atau tersedia di suatu tempat sesuai dengan konteks penelitian sebagai sumber data.

D. Kerangka Kerja

Kerangka kerja merupakan langkah-langkah yang akan dilakukan dalam penelitian yang berbentuk kerangka atau alur penelitian, mulai dari desain hingga analisis data (Azis Alimul, 2007).

Skema 3 Kerangka Kerja



Keterangan :

————— : yang diteliti

- - - - - : yang tidak diteliti

E. Definisi Operasional

Definisi operasional berisi tentang variabel dan subvariabel penelitian, definisi operasional, cara dan alat ukur penelitian, hasil ukur serta skala ukur yang digunakan dalam penelitian ini. Definisi operasional penelitian ini dapat dilihat pada tabel 3.2

Tabel 3.2
Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Alat ukur	Hasil ukur	Skala ukur
1	Variabel Kepatuhan Perawat dalam melakukan pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan	Ketaatan perawat terhadap prosedur yang sudah ditetapkan mengenai pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan di rumah sakit santo borromeus	Observasi Pada Rekam Medis	memberi tanda checklist pada lembar observasi	Digunakan <i>cut of point</i> berdasarkan Mean = 0,65 Patuh $\geq 0,65$ Tidak patuh $< 0,65$	Nominal
1.1	Sub Variabel Mengetahui waktu pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan di Rumah Sakit Santo Borromeus	Mengetahui kapan dilakukannya pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan di Rumah Sakit Santo Borromeus	Observasi pada Rekam Medis	memberi tanda checklist pada lembar observasi	Digunakan <i>cut of point</i> berdasarkan Mean = 0,65 Patuh $\geq 0,65$ Tidak patuh $< 0,65$	Nominal

F. Metode dan Tehnik Pengumpulan Data

1. Metode

Metode merupakan cara peneliti untuk mengumpulkan data, perlu dilihat alat ukur pengumpulan data agar dapat memperkuat hasil penelitian. Alat ukur tersebut antara lain dapat berupa kuesioner, observasi, dan wawancara (Hidayat, 2007:86). Penelitian ini menggunakan metode mengumpulkan data dengan cara observasi pada rekam medis.

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan *cross sectional*, dimana peneliti hanya melakukan pengambilan data sebanyak satu kali terhadap dokumentasi pengkajian data fokus keperawatan di Rumah Sakit Santo Borromeus.

2. Teknik Pengumpulan Data

Pengumpulan data adalah suatu proses pendekatan kepada subjek dan proses pengumpulan karakteristik subjek yang diperlukan dalam suatu penelitian (Nursalam, 2008:111). Pengumpulan data dalam penelitian ini melalui observasi langsung dengan langkah:

- a. Setelah Peneliti mendapat ijin dari Direktur Rumah Sakit Santo Borromeus
- b. Peneliti meminta izin kepada kepala bagian ruangan rawat inap yang akan di teliti
- c. Sumber data yang peneliti ambil dari data sekunder yaitu rekam medis.
- d. Peneliti mendatangi ruangan rawat inap di Rumah Sakit Santo Borromeus.

- e. Peneliti melihat beberapa rekam medis pasien baru sesuai kriteria inklusi
- f. Peneliti melihat waktu pendokumentasian pengkajian data fokus pada rekam medis pasien baru
- g. Peneliti mengamati dokumen pengkajian dan mengisi lembaran observasi dengan cara menchecklist ”ya” dan “tidak”.
- h. Mengolah data yang telah terkumpul

G. Instrumen Penelitian

Instrumen atau alat pengumpulan data adalah alat bantu yang dipilih dan digunakan oleh peneliti dalam kegiatannya mengumpulkan data agar kegiatan tersebut menjadi sistematis dan dipermudah olehnya. Penelitian ini menggunakan instrumen observasi. Observasi merupakan cara pengumpulan data dengan mengadakan melakukan pengamatan secara langsung kepada responden penelitian untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti.

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah lembaran observasi, dengan menggunakan checklist dan data sekunder yang diambil dari rekam medis.

H. Prosedur Penelitian

1. Tahap Persiapan

Peneliti mencari bahan-bahan yang berhubungan dengan sumber untuk penelitian melihat fenomena dan disusun dengan pembimbing serta

meminta ijin untuk mencari data-data di ruang rawat inap Rumah Sakit Santo Borromeus untuk diangkat dalam penelitian. Dilakukan studi pendahuluan dengan cara observasi langsung pada 20 rekam medis pasien baru. Peneliti melakukan rancangan proposal penelitian, kemudian proposal diujikan. Setelah proposal diuji dan disetujui oleh dosen pembimbing dan dosen penguji, peneliti mengajukan perijinan ke tempat penelitian melalui instansi pendidikan.

2. Tahap pelaksanaan

Peneliti mendapat ijin dari Rumah Sakit Santo Borromeus, kemudian mengumpulkan data dengan cara observasi melihat pendokumentasian pengkajian data fokus pada rekam medis pasien baru. Pengumpulan data ini berlangsung selama lima belas hari, kelengkapan hasil observasi diperiksa kembali, data yang sudah terkumpul diolah dengan menggunakan perangkat lunak komputer.

3. Tahap akhir

Hasil pengolahan data disajikan dengan presentasi. Setelah melakukan sidang dan disetujui untuk dilakukan penjiilidan hasil penelitian dikumpulkan sesuai jadwal yang telah ditentukan.

I. Metode Pengolahan Data

Dalam penelitian ini menggunakan metode pengolahan data dengan cara komputerisasi. Agar analisis menghasilkan informasi yang benar, ada empat tahapan dalam mengolah data, yaitu :

1. *Editing*

Peneliti mengecek kembali hasil observasi yang diperoleh atau dikumpulkan melalui lembar observasi, kelengkapan data, kejelasan, relevan atau tidak. Data yang tidak lengkap, bila perlu dilakukan pengambilan data ulang.

2. *Coding*

Peneliti mengubah data bentuk huruf menjadi data bentuk angka atau bilangan untuk mempermudah pada saat analisa data dan mempercepat saat pemasukan data. Untuk yang patuh : 1 dan yang tidak patuh : 0

3. *Processing*

Peneliti memeriksa hasil observasi yang sudah terisi lengkap dan telah melewati proses pengkodean lalu dilakukan pemrosesan data dengan memasukan data dari seluruh hasil observasi ke dalam perangkat lunak komputer.

4. *Cleaning*

Cleaning merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah di edit apakah ada kesalahan atau tidak pada proses ini peneliti melakukan pengecekan hasil pengolahan data dengan tujuan menghindari terjadinya data yang bias.

J. Teknik Analisis Data

Teknik analisa data yang digunakan untuk kegiatan ini, yaitu menggunakan teknik analisa univariat. Teknik analisa univariat yaitu suatu

teknik analisa yang digunakan tiap variabel dari hasil penelitian. Pada umumnya dalam analisa ini hanya dihasilkan distribusi dan presentasi dari tiap variabel. (Notoadmojo, 2005:188).

Untuk mendapatkan deskripsi tentang Gambaran kepatuhan waktu pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan, setelah didapatkan total nilai dari semua item maka tingkat kepatuhan responden dapat diketahui dengan menggunakan rumus :

$$P = \frac{f}{n} \times 100\%$$

Keterangan :

P : presentase

f : total jawaban responden di setiap klasifikasi

n : jumlah responden

Hasil presentase dimasukan ke dalam standar objektif yaitu:

Patuh : $\geq 0,65$

Tidak patuh : $< 0,65$

Caranya di lihat dari Histogram, dengan mengukur garis bila puncak garis $> 0,5$ patuh, bila $< 0,5$ tidak patuh.

Kemudian hasil yang telah ditemukan, diinterpretasikan ke dalam kata-kata atau kalimat dengan menggunakan kategori :

0 % : tidak seorangpun dari responden

1-19 % : sangat sedikit responden

20-39 % : sebagian kecil responden

- 40-59% : sebagian responden
- 60-79% : sebagian besar responden
- 80-99% : hampir seluruhnya responden
- 100 % : seluruh responden (Arikunto, 2006)

K. Etika Penelitian

Menurut Azis Alimul Hidayat (2009), dalam melakukan penelitian, peneliti perlu membawa rekomendasi dari institusinya untuk pihak lain dengan cara mengajukan permohonan izin kepada institusi/lembaga tempat penelitian yang dituju oleh peneliti. Setelah mendapat persetujuan, barulah peneliti dapat melakukan penelitian dengan menekankan masalah etika. Penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa kesehatan seringkali terdapat masalah etik, olehkarena itu penelitian ini mengacu pada Pedoman Nasional Etika Penelitian Kesehatan (PNEPK-Depkes RI, 2004), antara lain :

1. Menghormati Martabat Subjek Penelitian

Penelitian yang dilakukan harus menjunjung tinggi martabat seseorang (subjek penelitian). Peneliti perlu mempertimbangkan hak-hak subjek untuk mendapatkan informasi yang terbuka berkaitan dengan jalannya penelitian serta memiliki kebebasan menentukan pilihan dan bebas dari paksaan untuk berpartisipasi dalam kegiatan penelitian (*autonomy*). Beberapa tindakan yang terkait dengan prinsip menghormati harkat dan martabat manusia adalah peneliti mempersiapkan formulir persetujuan subjek (*informed consent*).

2. Azas kemanfaatan

Penelitian yang dilakukan harus mempertimbangkan manfaat dan resiko yang mungkin terjadi. Penelitian boleh dilakukan apabila manfaat yang diperoleh lebih besar daripada resiko/dampak negatif yang akan terjadi. Selain itu, penelitian yang dilakukan tidak boleh membahayakan dan harus menjaga kesejahteraan manusia. Peneliti melaksanakan penelitian sesuai dengan prosedur penelitian guna mendapatkan hasil yang bermanfaat semaksimal mungkin bagi subjek penelitian dan dapat digeneralisasikan ditingkat populasi (*beneficence*). Peneliti meminimalisasi dampak yang merugikan bagi subjek (*non maleficence*). Apabila intervensi penelitian berpotensi mengakibatkan cedera atau stress tambahan maka subjek dikeluarkan dari kegiatan penelitian untuk mencegah terjadinya cedera, kesakitan, stress, maupun kematian subjek penelitian.

3. Berkeadilan

Dalam melakukan penelitian, setiap Rekam Medis diberlakukan sama dengan menjaga kerahasiaan, moral, martabat, dan hak asasi manusia. Hak dan kewajiban peneliti maupun subjek juga harus seimbang. Prinsip keadilan memiliki konotasi keterbukaan dan adil. Lingkungan penelitian dikondisikan agar memenuhi prinsip keterbukaan yaitu kejelasan prosedur penelitian. Prinsip keadilan menekankan sejauh mana kebijakan penelitian membagikan keuntungan

dan beban secara merata atau menurut kebutuhan, kemampuan, kontribusi dan pilihan bebas masyarakat

L. Tempat Penelitian dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Santo Borromeus yang beralamat di jln. Ir. H. Juanda No. 100 Bandung Jawa Barat. Pada bulan Juni 2013.

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Gambaran singkat tempat penelitian, peneliti membahas tentang gambaran kepatuhan waktu pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan di Rumah Sakit Santo Borromeus

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian ini dilaksanakan di ruang rawat inap Yosef 5, Yosef 3 Suryakencana, Yosef 3 Dago, Carolus 5, Carolus 3, Maria 4, Maria 3, Maria 2, Irene 5, Irene 4, Irene 3, Irene 2, Rumah Sakit Santo Borromeus.

1. Dimensi lokasi

Rumah Sakit Santo Borromeus berdiri sejak tanggal 18 September 1921, lokasi Rumah Sakit Santo Borromeus berada di jalan Ir. H. Juanda No. 100 Bandung, dirintis oleh enam biarawati dan Tarekat Cinta Kasih Santo Carolus Borromeus yang membawa perubahan positif di kota Bandung yaitu oleh Sr. Chrispine CB, Sr Judith CB, Sr Gaudentia CB, Sr. Ludopha CB, Sr. Ambrosine CB, dan Sr. Lioba CB, yang diketuai oleh dr. Groot.

2. Prosedur Tetap Pendokumentasian Format Pengkajian Keperawatan di Rumah Sakit Santo Borromeus.

Prosedur tetap pendokumentas pengkajian data fokus keperawatan di Rumah Sakit Santo Borromeus pada petunjuk tertulis : bila pasien

masuk ruangan segera lakukan pengkajian data fokus dan dokumentasikan pada format pengkajian asuhan keperawatan dengan waktu < 6 jam.

B. Hasil Penelitian

Bab ini berisi hasil penelitian yang telah dilakukan oleh peneliti mengenai gambaran kepatuhan waktu pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan di Rumah Sakit Santo Borromeus pada bulan Juni 2013. Peneliti melakukan observasi pada rekam medis pasien baru berjumlah 324 dan didapatkan hasil penelitian dalam bentuk tabel, tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran kepatuhan waktu pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan di Rumah Sakit Santo Borromeus. Aspek yang diteliti adalah untuk mengetahui waktu pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan di Rumah Sakit Santo Borromeus kurang dari 6 jam atau lebih dari 6 jam.

Tabel 4.1
Distribusi frekuensi waktu pendokumentasian pengkajian data fokus
keperawatan di Rumah Sakit Santo Borromeus
(n : 324)

Kategori	Frekuensi	Presentasi
Patuh	209	65 %
Tidak patuh	115	35 %

Berdasarkan tabel diatas didapatkan dari 324 rekam medis yang patuh dalam melakukan pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan sebanyak 209 (65 %) dan yang tidak patuh 115 (35 %).

Tabel 4.2

**Gambaran kepatuhan waktu pendokumentasian pengkajian data fokus
keperawatan di Rumah Sakit Santo Borromeus kurang dari
6 jam dan lebih dari 6 jam
(n : 324)**

Kategori	Frekuensi	Presentasi
Kurang dari 6 jam	209	65%
Lebih dari 6 jam	115	35%

Berdasarkan tabel diatas didapatkan dari 324 rekam medis yang patuh dalam melakukan pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan dengan waktu kurang dari 6 jam sebanyak 209 (65 %) dan yang tidak patuh dengan waktu lebih dari 6 jam sebanyak 115 (35 %). Data yang tidak patuh didapat dari rata-rata tiap ruangan dengan waktu 8 jam sebanyak : 18 rekam medis, dengan waktu 9 jam sebanyak : 11 rekam medis, dengan waktu 10 jam sebanyak : 28 rekam medis, dengan waktu 12 jam sebanyak : 33 rekam medis, dengan waktu 15 jam : 6 rekam medis, dengan waktu 17 jam : 5 rekam medis, dengan waktu 24 jam : 9 rekam medis, lebih dari 24 jam sebanyak : 5 rekam medis. Hal ini disebabkan karena kesibukan di ruangan dilihat saat observasi tanggal 21-10-2012 sampai dengan 28-10-2012 yang harus memprioritaskan kebutuhan pasien yang saat itu membutuhkan bantuan, sehingga pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan tidak sempat didokumentasikan tepat waktu.

C. Pembahasan

Setelah peneliti melakukan penelitian yang berjudul “Gambaran Kepatuhan waktu Pendokumentasian Pengkajian data fokus keperawatan

di Rumah Sakit Santo Borromeus” maka peneliti akan membahas dan membandingkan antara hasil penelitian dengan tinjauan teori yang ada.

Secara kepastakaan Kepatuhan berasal dari kata dasar patuh, yang berarti disiplin dan taat. Kepatuhan adalah suatu perilaku manusia yang taat terhadap peraturan, perintah, prosedur dan disiplin. Sedangkan tingkat kepatuhan adalah besar kecilnya penyimpangan pelaksanaan pelayanan dibandingkan dengan standar pelayanan yang ditetapkan anjuran (Notoatmodjo, 2007).

Hasil penelitian yang telah dilakukan, didapatkan bahwa gambaran kepatuhan waktu pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan di Rumah Sakit Santo Borromeus sebagian besar ada dalam kategori Patuh dengan waktu kurang dari 6 jam sebanyak 209 (65 %), sebagian kecil tidak patuh dengan waktu lebih dari 6 jam sebanyak 115 orang (35%). Data yang tidak patuh didapat dari rata-rata tiap ruangan dengan waktu 8 jam sebanyak : 18 rekam medis, dengan waktu 9 jam sebanyak : 11 rekam medis, dengan waktu 10 jam sebanyak : 28 rekam medis, dengan waktu 12 jam sebanyak : 33 rekam medis, dengan waktu 15 jam : 6 rekam medis, dengan waktu 17 jam : 5 rekam medis, dengan waktu 24 jam : 9 rekam medis, lebih dari 24 jam sebanyak : 5 rekam medis. Hal ini disebabkan karena kesibukan di ruangan dilihat saat observasi tanggal 21-10-2012 sampai dengan 28-10-2012 yang harus memprioritaskan kebutuhan pasien yang saat itu membutuhkan bantuan, sehingga pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan tampak tidak sempat didokumentasikan tepat waktu.

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Kepatuhan adalah ketaatan dalam pelaksanaan prosedur tetap yang telah dibuat (Adiwimarta, Maulana & Suratman, 1999)

Dokumentasi adalah suatu catatan kegiatan yang dapat dipergunakan untuk mengungkapkan suatu fakta yang aktual dan dapat dipertanggung jawabkan (Keliat, 1990).

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Nursalam, 2001: 17).

Hasil penelitian Gambaran Kepatuhan waktu pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan di Rumah Sakit Santo Borromeus yang di dapat dari data sekunder yaitu rekam medis bahwa yang patuh melakukan pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan kurang dari 6 jam sebanyak 65%, yang tidak patuh melakukan pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan lebih dari 6 jam sebanyak 35%. Jadi sebagian besar patuh melakukannya < 6 jam, sebagian kecil tidak patuh melakukan > 6 jam.

B. Saran

1. Untuk STIKes Santo Borromeus

Sumber kepustakaan mengenai pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan ditambah.

2. Untuk Rumah Sakit Santo Borromeus

a. Kepatuhan dalam melakukan pendokumentasian pengkajian data fokus harus semakin ditingkatkan demi terlaksananya asuhan keperawatan yang lebih baik sehingga dapat memberikan pelayanan kesehatan yang baik pada pasien.

b. Perlu diupayakan peningkatan kemampuan (pengetahuan dan keterampilan) mengaplikasikan asuhan keperawatan dengan baik dan benar, melalui *workshop* penerapan askep yang melibatkan seluruh perawat. Sehingga tanggung jawab terhadap tugas dapat lebih ditingkatkan.

3. Untuk peneliti selanjutnya

Dapat melanjutkan penelitian tentang faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi ketidak patuhan waktu pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, Suharsimi. 2010. *Prosedur Penelitian*. Edisi Revisi. Jakarta : Rineka Cipta.
- _____, 2006. *Prosedur Penelitian*. Edisi Revisi. Jakarta : Rineka Cipta.
- Alimul, Azis. 2007. *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta : Salemba Medika.
- Departemen Kesehatan RI. 2001. *Instrumen Evaluasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit*. Depkes RI. Jakarta.
- Dinarti, S.Kep.MAP, dkk. 2009. *Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Fiscbach, *Documentating Care : Communication, The Nursing Process and Documentation Standards*, F A Davis Company, Philadelphia, 1991.
- Gilles, Dee Ann, *Manajemen Keperawatan Suatu Pendekatan Sistem*, Edisi Kedua, (Alih Bahasa : Drs. Dika Sukmana dkk), W.B. Saunders Company, Philadelphia, 198
- Hidayat. 2007. *Riset Keperawatan dan Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta : Salemba Medika.
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Cetakan 3. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nurbaiti. 2004. Ilmu Perilaku dan Tingkat Kepatuhan. <http://www.alnurses.com>: Jakarta.
- Nursalam, 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Penerbit Salemba Medika.
- _____, 2001. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan*. Edisi 1 Jakarta: Salemba Medika.
- _____, 2003. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Perry P. Buku Ajar Fundamental Keperawatan edisi 4. Jakarta: EGC, 2005.
2010. wordpress. <http://nezfine.wordpress.com.html>, diperoleh 9 Desember 2012 diunduh pkl. 21.00.

Lembar Observasi

Nama pasien :

No. Register :

Tanggal masuk ruangan :

Jam masuk ruangan :

Tanggal dan jam dilakukan pengkajian data fokus :

Ruangan :

No	Pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan	Ya	Tidak
1	Waktu pendokumentasian pengkajian data fokus keperawatan dilakukan < 6 jam		

Frequencies

Statistics

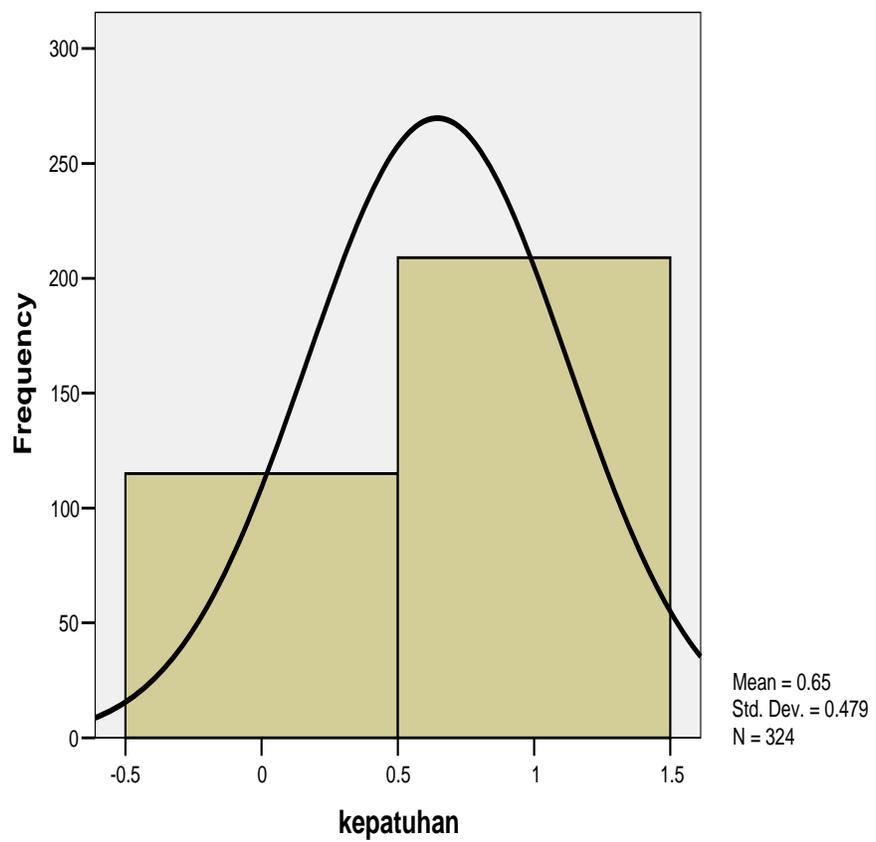
kepatuhan

N	Valid	324
	Missing	0
Mean		,65
Median		1,00
Mode		1
Sum		209
Percentiles	25	,00
	50	1,00
	75	1,00

kepatuhan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak patuh	115	35,5	35,5	35,5
	patuh	209	64,5	64,5	100,0
	Total	324	100,0	100,0	

Histogram



No	Nilai	kategori
1	0	tidak patuh
2	1	patuh
3	1	patuh
4	0	tidak patuh
5	1	patuh
6	1	patuh
7	1	patuh
8	0	tidak patuh
9	0	tidak patuh
10	0	tidak patuh
11	0	tidak patuh
12	0	tidak patuh
13	0	tidak patuh
14	1	patuh
15	1	patuh
16	1	patuh
17	1	patuh
18	0	tidak patuh
19	0	tidak patuh
20	1	patuh
21	0	tidak patuh
22	1	patuh
23	1	patuh
24	0	tidak patuh
25	0	tidak patuh
26	1	patuh
27	1	patuh
28	1	patuh
29	1	patuh
30	1	patuh
31	0	tidak patuh
32	1	patuh
33	1	patuh
34	1	patuh
35	1	patuh
36	0	tidak patuh
37	0	tidak patuh
38	1	patuh
39	1	patuh
40	1	patuh
41	0	tidak patuh
42	1	patuh
43	0	tidak patuh
44	1	patuh
45	1	patuh
46	0	tidak patuh
47	1	patuh
48	1	patuh
49	0	tidak patuh
No	Nilai	kategori

No	Nilai	kategori
50	0	tidak patuh
51	0	tidak patuh
52	1	patuh
53	1	patuh
54	1	patuh
55	0	tidak patuh
56	0	tidak patuh
57	1	patuh
58	1	patuh
59	0	tidak patuh
60	1	patuh
61	1	patuh
62	0	tidak patuh
63	0	tidak patuh
64	1	patuh
65	0	tidak patuh
66	1	patuh
67	1	patuh
68	1	patuh
69	1	patuh
70	1	patuh
71	1	patuh
72	0	tidak patuh
73	0	tidak patuh
74	1	patuh
75	1	patuh
76	1	patuh
77	0	tidak patuh
78	0	tidak patuh
79	1	patuh
80	1	patuh
81	1	patuh
82	1	patuh
83	1	patuh
84	0	tidak patuh
85	0	tidak patuh
86	0	tidak patuh
87	0	tidak patuh
88	1	patuh
89	1	patuh
90	1	patuh
91	1	patuh
92	0	tidak patuh
93	1	patuh
94	1	patuh
95	1	patuh
96	0	tidak patuh
97	1	patuh
98	1	patuh
No	Nilai	kategori

No	Nilai	kategori
99	1	patuh
100	0	tidak patuh
101	0	tidak patuh
102	1	patuh
103	0	tidak patuh
104	0	tidak patuh
105	1	patuh
106	0	tidak patuh
107	1	patuh
108	1	patuh
109	1	patuh
110	1	patuh
111	0	tidak patuh
112	0	tidak patuh
113	0	tidak patuh
114	0	tidak patuh
115	0	tidak patuh
116	1	patuh
117	1	patuh
118	1	patuh
119	0	tidak patuh
120	0	tidak patuh
121	0	tidak patuh
122	1	patuh
123	1	patuh
124	1	patuh
125	0	tidak patuh
126	0	tidak patuh
127	1	patuh
128	1	patuh
129	1	patuh
130	1	patuh
131	1	patuh
132	1	patuh
133	1	patuh
134	1	patuh
135	1	patuh
136	1	patuh
137	1	patuh
138	1	patuh
139	1	patuh
140	1	patuh
141	1	patuh
142	1	patuh
143	1	patuh
144	1	patuh
145	1	patuh
146	1	patuh
147	1	patuh
No	Nilai	kategori

148	1	patuh
149	0	tidak patuh
150	1	patuh
151	0	tidak patuh
152	0	tidak patuh
153	1	patuh
154	1	patuh
155	1	patuh
156	1	patuh
157	0	tidak patuh
158	1	patuh
159	1	patuh
160	0	tidak patuh
161	0	tidak patuh
162	0	tidak patuh
163	0	tidak patuh
164	0	tidak patuh
165	1	patuh
166	0	tidak patuh
167	0	tidak patuh
168	0	tidak patuh
169	1	patuh
170	1	patuh
171	1	patuh
172	0	tidak patuh
173	0	tidak patuh
174	0	tidak patuh
175	1	patuh
176	1	patuh
177	0	tidak patuh
178	0	tidak patuh
179	0	tidak patuh
180	1	patuh
181	0	tidak patuh
182	0	tidak patuh
183	0	tidak patuh
184	1	patuh
185	1	patuh
186	0	tidak patuh
187	0	tidak patuh
188	0	tidak patuh
189	1	patuh
190	1	patuh
191	1	patuh
192	1	patuh
193	1	patuh
194	0	tidak patuh
195	0	tidak patuh
196	1	patuh

197	1	patuh
198	1	patuh
199	1	patuh
200	1	patuh
201	1	patuh
202	1	patuh
203	1	patuh
204	1	patuh
205	1	patuh
206	1	patuh
207	1	patuh
208	1	patuh
209	0	tidak patuh
210	1	patuh
211	1	patuh
212	1	patuh
213	1	patuh
214	1	patuh
215	1	patuh
216	1	patuh
217	1	patuh
218	1	patuh
219	1	patuh
220	1	patuh
221	1	patuh
222	1	patuh
223	1	patuh
224	1	patuh
225	1	patuh
226	1	patuh
227	1	patuh
228	1	patuh
229	1	patuh
230	1	patuh
231	1	patuh
232	0	tidak patuh
233	0	tidak patuh
234	0	tidak patuh
235	1	patuh
236	1	patuh
237	1	patuh
238	1	patuh
239	1	patuh
240	1	patuh
241	0	tidak patuh
242	0	tidak patuh
243	0	tidak patuh
244	0	tidak patuh
245	0	tidak patuh

246	1	patuh
247	0	tidak patuh
248	0	tidak patuh
249	1	patuh
250	1	patuh
251	1	patuh
252	1	patuh
253	1	patuh
254	0	tidak patuh
255	0	tidak patuh
256	1	patuh
257	1	patuh
258	0	tidak patuh
259	0	tidak patuh
260	0	tidak patuh
261	1	patuh
262	1	patuh
263	1	patuh
264	1	patuh
265	1	patuh
266	1	patuh
267	0	tidak patuh
268	1	patuh
269	1	patuh
270	1	patuh
271	0	tidak patuh
272	1	patuh
273	1	patuh
274	1	patuh
275	0	tidak patuh
276	0	tidak patuh
277	1	patuh
278	1	patuh
279	0	tidak patuh
280	1	patuh
281	1	patuh
282	0	tidak patuh
283	0	tidak patuh
284	1	patuh
285	1	patuh
286	1	patuh
287	1	patuh
288	1	patuh
289	1	patuh
290	0	tidak patuh
291	1	patuh
292	0	tidak patuh
293	0	tidak patuh
294	1	patuh

No	Nilai	kategori	
295	1	patuh	
296	1	patuh	
297	0	tidak patuh	
298	1	patuh	
299	1	patuh	
300	1	patuh	
301	1	patuh	
302	1	patuh	
303	1	patuh	
304	0	tidak patuh	
305	0	tidak patuh	
306	1	patuh	
307	1	patuh	
308	0	tidak patuh	
309	1	patuh	
310	1	patuh	
311	0	tidak patuh	
312	0	tidak patuh	
313	1	patuh	
314	1	patuh	
315	1	patuh	
316	1	patuh	
317	1	patuh	
318	0	tidak patuh	
319	0	tidak patuh	
320	0	tidak patuh	
321	0	tidak patuh	
322	1	patuh	
323	1	patuh	
324	1	patuh	
Total yang patuh	209	0.645061728	
Total yang tidak patuh	115	0.354938272	
total responden	324		
Mean	0.645062		
Median	1		

Anggaran Penelitian

Anggaran biaya penelitian untuk penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini adalah sebagai berikut :

Perihal	Pengeluaran
Cartridge hitam	Rp 200.000
Kertas A4 70 gram sebanyak 5 rim	Rp 200.000
Kertas A4 80 gram sebanyak 5 rim	Rp 225.000
Kertas jeruk sebanyak 20 lembar	Rp 15.000
Kertas A4 80 gram warna sebanyak 150 lembar	Rp 23.000
Jepit kertas	Rp 6.000
Tinta print	Rp 100.000
Kertas jilid	Rp 9.000
Transfortasi	Rp 150.000
Foto copi	Rp 90.000
Hard cover 3 buah	Rp 90.000
Total Biaya	Rp 1.108.000

FORMAT BIMBINGAN KTI

Nama Mahasiswa : Nasuti

Nama Dosen Pembimbing : Ns. CM. Retno Sunartyasih, S.Kep.M.H Kes.

NIM : 301401100016 K

Judul KTI : “Gambaran Kepatuhan Waktu Pendokumentasian Pengkajian Data Fokus Keperawatan di Rumah Sakit Santo Borromeus.”

No.	Tanggal		Materi yang dikonsulkan	Saran Pembimbing	Tanda tangan Mahasiswa	Tanda tangan Pembimbing
	Masuk	Keluar				

Riwayat Hidup

A. Identitas Diri

Nama : Nasuti
Tempat tanggal lahir : Kuningan, 12 Agustus 1979
Jenis Kelamin : Perempuan
Agama : Islam
Anak ke : Satu dari tiga bersaudara
Alamat : Jl. Sukasari 1 no 139 RT 04 RW 01 Sekeloa Bandung

B. Pendidikan

1. Formal

- a. STIKes Santo Borromeus Padalarang (tahun 2010-2013)
- b. SPK Santo Borromeus Bandung (tahun 1995-1998)
- c. SMP Negeri 1 Ciawigebang Kuningan Jawa Barat (1992-1995)
- d. SDN Suganangan kecamatan Ciawigebang kabupaten Kuningan Jawa Barat (1986-1992)

2. Nonformal

- a. Seminar sehari tentang Go green tanggal 28 Oktober 2011
- b. Seminar sehari “Daya saing dan peluang kerja lulusan perguruan Tinggi Swasta Kesehatan dalam Era Globalisasi” pada tanggal 28 Oktober 2012 di gedung wanita Jln. Laksamana R.E Martadinata No. 84 Bandung