

# **SKRIPSI**

## **HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN PERAWAT DAN PELAKSANAAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN PASIEN GANGGUAN JIWA**

**PENELITIAN DISKRIPITIF CROSS SECTIONAL  
DI RUANG RAWAT INAP  
RS. JIWA Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT  
LAWANG**

**Diajukan Sebagai Salah Satu Persyaratan untuk  
Menyelesaikan Pendidikan Sarjana Sains Terapan (S.ST)  
Perawat Pendidik Keperawatan Jiwa Pada  
Program Studi D-IV Perawat Pendidik**



**Oleh :**

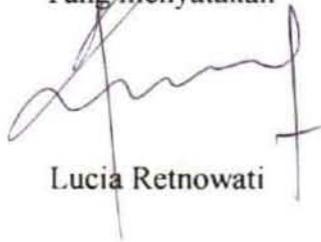
**LUCIA RETNOWATI  
NIM : 010110353 R**

**PROGRAM STUDI D IV PERAWAT PENDIDIK  
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2003**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar berbagai jenjang pendidikan di perguruan tinggi manapun.

Surabaya,  
Yang menyatakan

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Lucia Retnowati', is written over a vertical line that serves as a separator between the text above and below it.

Lucia Retnowati

**LEMBAR PENGESAHAN**

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI  
TANGGAL 11 MARET 2003

Oleh :  
Pembimbing Ketua,



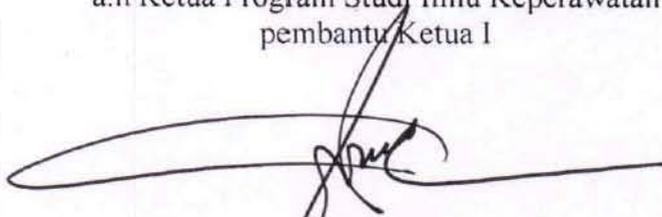
**Nursalam, M Nurs ( Honours )**  
NIP. 140 238 226

Pembimbing II



**Ni Ketut Alit Armini SKp**

Mengetahui  
a.n Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan  
pembantu Ketua I



**Nursalam, M Nurs ( Honours )**  
NIP. 140 238 226

Telah diuji

Pada tanggal 17 Maret 2003

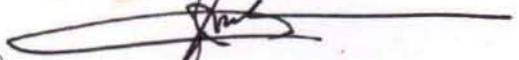
PANITIA PENGUJI

Ketua : Asminarsih, SKp

Anggota :

1. Nursalam, M. Nurs ( Honours )

2. Ni Ketut Alit Armini, SKp



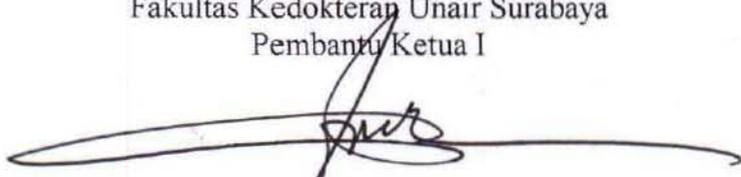
.....



.....

Mengetahui

a.n Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan  
Fakultas Kedokteran Unair Surabaya  
Pembantu Ketua I



Nursalam, M. Nurs ( Honours )

N.P. 140 238 226

## UCAPAN TERIMAKASIH

Puji syukur saya panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas karunia dan rahmatNya sehingga skripsi yang berjudul “HUBUNGAN ANTARA PENGETAHUAN PERAWAT DAN PELAKSANAAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN PASIEN GANGGUAN JIWA DIRUANG RAWAT INAP RS JIWA Dr RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG “ dapat terselesaikan. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Saint Terapan (SST) pada program studi D IV Perawat Pendidik Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.

Bersama ini perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya kepada:

1. Prof. Dr.H.M.S.Wiyadi, dr.Sp. THT, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi D IV Perawat Pendidik Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.
2. Prof. Dr. Edy Soewandojo, dr. SpPD.KTI, selaku ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlanggayg telah memberikan kesempatan dan fasilitas untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan di Program Studi D IV Perawat Pendidik Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga.
3. Bapak Gregorius Pandu Setiawan SpKJ, selaku Direktur RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang yang telah memberi ijin pada peneliti untuk melaksanakan penelitian

4. Bapak Nursalam, M.Nurs (Honours), selaku Pembimbing Ketua yang dengan penuh kesabaran dan meluangkan waktunya untuk membimbing pembuatan skripsi ini sehingga dapat terselesaikan tepat dengan waktunya.
5. Ibu Ni Ketut Alit Armini SKp, selaku Pembimbing yang senantiasa membimbing dan meluangkan waktunya untuk membimbing pembuatan skripsi ini sehingga dapat terselesaikan tepat pada waktunya.
6. Bapak H.Siswanto Spd, selaku Ketua Program Studi Keperawatan Lawang yang telah memberikan kesempatan untuk melanjutkan keprogram pendidikan D IV Perawat Pendidik di Universitas Airlangga.
7. Responden yang sudi dan bersedia membantu peneliti sehingga skripsi ini selesai tepat pada waktunya
8. Suami dan anak-anakku tercinta yang senantiasa memberikan dukungan dan dorongan sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik.
9. Semua rekan-rekan yang tidak bisa disebutkan satu persatu

Demikian ucapan terima kasih yang dapat saya sampaikan, apabila ada kata-kata yang kurang berkenan mohon maaf yang sebesar-besarnya.

Surabaya, Maret 2003

Penulis

## ABSTRAK

Oleh : Lucia Retnowati

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan bukti dari pelaksanaan keperawatan yang menggunakan metode pendekatan proses keperawatan dan catatan tentang tanggapan/respon pasien terhadap tindakan medis, tindakan keperawatan, atau reaksi pasien terhadap penyakit. Namun, dalam praktek pendokumentasian ini masih belum terlaksana dengan baik. Berdasarkan hal tersebut maka penelitian ini bertujuan untuk mempelajari bagaimana hubungan antara pengetahuan perawat dan pelaksanaan dokumentasi keperawatan.

Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah cross sectional. Populasi yang digunakan adalah seluruh perawat yang ada di ruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. Sampel penelitian yang diambil adalah 54 orang yang memenuhi kriteria inklusi. Cara pengambilan sampel dengan metode total sampel. Variabel tergantung yang diteliti adalah pelaksanaan dokumentasi keperawatan yang diobservasi di ruangan rawat inap, sedangkan variabel bebas adalah pengetahuan perawat. Selanjutnya data yang ada di tabulasi, dan kemudian diolah dengan Chi-Square. Tingkat signifikansi yang digunakan adalah 0,05.

Hasil penelitian menunjukkan tingkat pengetahuan cukup (53,70%), pelaksanaan dokumentasi keperawatan adalah baik (57,40%), dan terdapat hubungan antara pengetahuan perawat dan pelaksanaan dokumentasi keperawatan dengan signifikansi sebesar 0,000.

Mengingat sangat pentingnya pelaksanaan dokumentasi keperawatan sebagai bukti dari pelaksanaan keperawatan maka perlu ditingkatkan dan perlu adanya sistem evaluasi dari pimpinan Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

**Kata Kunci :** Pengetahuan Perawat, Pelaksanaan Dokumentasi Keperawatan

## ABSTRACT

By : Lucia Retnowati

Nursing treatment documentation is a proof of the Nursing application that uses the nursing approach method and notes about patient responses toward medical treatment on a certain disease. But, in reality, this documentation process has not been done well. Based on the fact then this research tries to learn about the relationship between the nurse knowledge and the application of nursing documentation.

The design used in this research is a cross sectional research. Population used is all the nurse in hospital wards of Dr.Radjiman Wediodinigrat Lawang.The reseach sampel taken from 54 people who fullfilled the inclusion criteria. Samples were taken using total sample. Variable method whwn we idetified the application of nursing documentation that was observed in the hospital wards, while the free variable was used when we identified the nurse knowledge.Then, variable was used when we identified the nurse knowledge. Then the collected data were tabulated, and then tested using Chi-Square.Significant rate used was 0,05.

The results of this research shows that if the nurse has sufficient knowledge(53,70%), then the application of the nursing documentation is considered good(57,40%), and there is a relationship between the nurse knowledge and the application of nursing documentation with significant rate as high as 0,000.

Knowing how important the application of nursing documentation as the proof of nursing application then there must be some improvements and more evaluations systems from the Director of Dr. Radjiman Wediodiningrat Mental Hospital of Lawang.

**Keywords :** The Nurse Knowledge, The Application of Nursing Documentation.

## DAFTAR ISI

HALAMAM JUDUL DAN PRASYARAT GELAR .....	i
HALAMAN PERNYATAAN .....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN .....	iii
HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI .....	iv
UCAPAN TERIMA KASIH .....	v
ABSTRAKSI.....	vii
DAFTAR ISI .....	viii
DAFTAR TABEL .....	x
DAFTAR GAMBAR .....	xi
DAFTAR LAMPIRAN .....	xii
<b>BAB 1 : PENDAHULUAN</b>	
1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	3
1.3. Tujuan Penelitian .....	3
1.4. Manfaat Penelitian .....	4
1.5. Relevansi .....	4
<b>BAB 2 : TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1. Dokumentasi Asuhan Keperawatan .....	6
2.2. Tujuan Dokumentasi Keperawatan .....	6
2.3. Pendekatan .....	9
2.4. Panduan Pencatatan .....	13
2.5. Berdasarkan Fakta .....	14
2.6. Logis .....	14
2.7. Dapat dibaca .....	15
2.8. Proses Keperawatan .....	15

	2.9. Tahap-tahap Proses Keperawatan .....	16
	2.10. Dokumentasi Keperawatan Yang Dipergunakan di RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodingrat Lawang .....	20
	2.11. Faktor-faktor yang berhubungan dengan dokumentasi keperawatan .....	23
	2.12. Perawat .....	31
BAB 3	: KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN	
	3.1. Kerangka Konseptual Penelitian .....	32
	3.2. Hipotesa Penelitian .....	33
BAB 4	: METODE PENELITIAN	
	4.1. Rancangan / Desain Penelitian .....	34
	4.2. Kerangka Kerja / Frame Work .....	35
	4.3. Populasi, Sampel, Besar sampel dan Sampling .....	36
	4.4. Identifikasi Variabel dan Didefinisi Operasional .....	37
	4.5. Instrumen Penelitian .....	40
	4.6. Lokasi Penelitian .....	40
	4.7. Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data .....	40
	4.8. Cara Analisa Data .....	41
	4.9. Etik Penelitian .....	42
	4.10. Keterbatasan .....	43
BAB 5	HASIL DAN PEMBAHASAN	
	5.1. Hasil Penelitian .....	45
	5.2. Pembahasan .....	54
BAB 6	KESIMPULAN DAN SARAN	
	6.1 Kesimpulan .....	57
	6.2 Saran .....	57
	DAFTAR PUSTAKA.....	59

## DAFTAR TABEL

Tabel 5.1	Distribusi pengetahuan perawat tentang pelaksanaan dokumentasi keperawatan di ruang rawat inap RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang sampai bulan Januari 2003 .....	51
Tabel 5.2	Distribusi pelaksanaan dokumentasi keperawatan resoponden di ruang rawat inap RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang sampai bulan Januari 2003 .....	52

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 5.1	Distribusi pendidikan responden .....	47
Gambar 5.2	Distribusi umur responden .....	48
Gambar 5.3	Distribusi jenis kelamin .....	49
Gambar 5.4	Distribusi lama kerja .....	50

## DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat Permohonan Bantuan Fasilitas Pengumpulan Data .....	61
Lampiran 2	Surat Keterangan Penelitian .....	62
Lampiran 3	Surat Informasi Penelitian .....	63
Lampiran 4	Surat Pernyataan Bersedia Menjadi Responden .....	64
Lampiran 5	Lembar Kuesioner .....	65
Lampiran 6	Format Evaluasi Studi Dokumentasi Penerapan Standart Asuhan Keperawatan .....	70
Lampiran 7	Tabulasi Data .....	72
Lampiran 8	Hasil Uji Statistik .....	74

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Pelayanan keperawatan mempunyai peranan penting dalam menentukan keberhasilan pelayanan kesehatan secara keseluruhan . Salah satu faktor yang mendukung keyakinan diatas ini adalah kenyataan yang dapat dilihat di unit pelayanan kesehatan seperti di rumah sakit , dimana tenaga perawat yang selama 24 jam harus berada disisi pasien. Namun sangat disayangkan bahwa pelayanan keperawatan pada saat ini masih jauh dari apa yang diharapkan. Keadaan ini bukan saja disebabkan oleh terbatasnya jumlah tenaga keperawatan yang kita miliki , tetapi terutama dikarenakan oleh terbatasnya kemampuan profesional yang dimiliki oleh sebagian besar tenaga keperawatan.

Berbagai upaya yang bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan, ketrampilan , sikap dan motivasi bagi tenaga keperawatan dalam berbagai bidang, khususnya dalam bentuk penataran telah dilakukan , namun hasil yang dicapai belum dapat dikatakan memuaskan. Hal ini dapat kita ketahui dari keluhan yang disampaikan oleh pasien dan keluarganya maupun oleh masyarakat umum.

Proses keperawatan merupakan pendekatan yang disepakati untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan. Caranya melalui pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi yang mempunyai tujuan

untuk memberikan bantuan kepada klien sesuai dengan kebutuhannya. Dengan menggunakan proses keperawatan perawat dapat terhindar dari tindakan keperawatan yang bersifat rutin, terhindar dari pemutarbalikan fakta dan untuk mencegah kehilangan informasi serta dapat dipelajari oleh perawat lain, maka setiap kegiatan asuhan keperawatan harus didokumentasikan( Asih Yasmin,1993:11)

Fenomena di RS Jiwa Dr.Radjiman Wediodiningrat Lawang, ada upaya untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan melalui: pelatihan asuhan keperawatan jiwa bagi tenaga keperawatan sejumlah 230 orang dari kurang lebih 340 tenaga perawat pada tanggal 1 Mei-5 Juni 1999,tapi sampai sekarang belum ada evaluasi dari kelompok kerja keperawatan tentang penerapan yang sesuai dengan standar,sehingga perawat yang ada di ruang rawat inap dalam dokumentasi asuhan keperawatan seringkali memakai asumsinya sendiri atau tidak mengacu pada standart.

Sesuai dengan permasalahan diatas sangatlah penting bagi tenaga perawatan memiliki pengetahuan tentang dokumentasi perawatan yang sesuai dengan standart, agar apa yang telah dilakukan terhadap pasien mulai dari tahap pengkajian sampai evaluasi dapat didokumentasikan dengan benar dan sesuai standart, disamping itu proses keperawatan dapat pula digunakan sebagai metode untuk menentukan penugasan bagi setiap tenaga keperawatan berdasarkan kompetensi yang dimilikinya. Penerapan proses keperawatan secara tepat dan benar sesuai standart, harus didukung dengan

ketrampilan teknis. Disamping itu juga perlu dilengkapi dengan pedoman penerapan proses keperawatan.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Pendokumentasian asuhan keperawatan yang dilaksanakan di Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang sudah dilaksanakan secara rutin , namun masih banyak yang belum sesuai dengan standart.

Untuk itu peneliti ingin mengetahui hubungan antara pengetahuan perawat dengan pelaksanaan dokumentasi keperawatan di ruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

### **1.2.1 Pertanyaan Masalah**

Apakah ada hubungan antara pengetahuan perawat dan pelaksanaan dokumentasi keperawatan di ruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang ?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mempelajari hubungan antara pengetahuan perawat dan pelaksanaan dokumentasi keperawatan.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi pengetahuan perawat tentang pelaksanaan dokumentasi keperawatan.
2. Mengidentifikasi pelaksanaan dokumentasi perawatan.

3. Mengidentifikasi hubungan antara pengetahuan perawat dengan pelaksanaan dokumentasi keperawatan.

#### **1.4 Manfaat Penelitian**

##### **1.4.1 Pasien**

Diharapkan penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan masukan untuk peningkatan mutu pelayanan kepada pasien

##### **1.4.2 Profesi**

Diharapkan penelitian ini dapat digunakan sebagai upaya untuk mempertahankan keperawatan sebagai profesi yang luhur dimasyarakat.

Diharapkan penelitian ini dapat digunakan untuk perkembangan profesionalisme keperawatan.

Diharapkan penelitian ini sebagai upaya untuk membina dan mempertahankan akontabilitas keperawatan.

##### **1.4.3 Institusi / Rumah Sakit**

Bila hasil penelitian ditemukan, maka dapat sebagai bahan masukan Diklat RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dalam pengembangan SDM khususnya perawat.

#### **1.5 Relevansi**

RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodinigrat Lawang didalam memberikan pelayanan, terutama dibidang perawatan dituntut untuk membuat asuhan

keperawatan sesuai dengan standart, sehingga dalam hal ini pengetahuan perawat sangan diperlukan, terutama dalam proses keperawatan (pengkajian, diagnosa, rencana, implementasi,dan evaluasi) dibutuhkan perawat yang terampil dan profesional. Jadi permasalahan tersebut sangat relevan dengan UU kesehatan no.23 tahun 1992 yaitu dikatakan profesional jika memiliki pengetahuan, ketrampilan keperawatan profesional serta memiliki sikap profesional sesuai kode etik profesi

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab ini akan diuraikan dasar teori atau konsep-konsep yang mendukung penelitian tentang “Hubungan antara pengetahuan perawat dan pelaksanaan dokumentasi keperawatan pada pasien gangguan jiwa di ruang rawat inap RS. Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang”.

#### **2.1 Dokumentasi Asuhan Keperawatan**

Pengertian : Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan bukti dari pelaksanaan keperawatan yang menggunakan metode pendekatan proses keperawatan dan catatan tentang tanggapan / respons pasien terhadap tindakan medis , tindakan keperawatan , atau reaksi pasien terhadap penyakit.

Catatan keperawatan juga merupakan informasi tertulis yang akan menjadi dasar penjelasan ( desiminasi ) tentang keadaan pasien kepada mereka yang berkepentingan ( Tim Dep Kes RI, 1994 ).

#### **2.2 Tujuan Dokumentasi Asuhan Keperawatan**

##### **2.2.1 Komunikasi**

Catatan keperawatan merupakan alat bagi tenaga perawatan untuk berkomunikasi, walaupun para tenaga perawatan dan anggota tim kesehatan lain berkomunikasi secara lisan , tetapi catatan

keperawatan diperlukan karena bersifat permanen ( misalnya pada saat perawat menyerahterimakan tugasnya kepada perawat yang dinas berikutnya ).

Catatan keperawatan sebagai alat komunikasi dalam hal ini sangat berguna untuk :

- Koordinasi asuhan keperawatan yang diberikan oleh beberapa orang.
- Mencegah pemberian informasi yang berulang-ulang kepada pasien oleh anggota tim kesehatan.
- Mengurangi kesalahan dan meningkatkan ketelitian dalam pelaksanaan keperawatan.
- Membantu tenaga keperawatan menggunakan waktu sebaik-baiknya serta mencegah kegiatan yang tumpang tindih. ( Tim Dep Kes RI 1994 )

#### 2.2.2 Dokumentasi Legal ( Dasar Hukum )

Catatan pasien berguna sebagai dokumentasi legal yang dapat dimanfaatkan dalam suatu pengadilan. Tetapi pada kasus dan keadaan tertentu, pasien boleh mengajukan keberatannya untuk menggunakan catatan tersebut dalam pengadilan sehubungan dengan haknya akan jaminan kerahasiaan data ( Tim Dep Kes RI 1994 )

### 2.2.3 Penelitian

Informasi yang tertulis dalam catatan keperawatan dapat digunakan sebagai sumber informasi yang berharga untuk penelitian ( Tim Dep Kes RI 1994 )

### 2.2.4 Statistik

Informasi statistik dari catatan pasien dapat membantu institusi untuk mengantisipasi kebutuhan ketenagaan dan menyusun rencana sesuai dengan kebutuhan tersebut ( Tim Dep Kes RI 1994 )

### 2.2.5 Pendidikan

Peserta didik dari berbagai disiplin ilmu kesehatan dapat menggunakan catatan pasien sebagai salah satu alat dalam proses pendidikan.

Catatan pasien dapat memberikan gambaran yang komprehensif ( menyeluruh dan utuh ) tentang pasien , penyakit dan tindakan yang telah dilakukan ( Tim Dep Kes RI 1994 )

### 2.2.6 Audit Keperawatan

Catatan pasien digunakan untuk memantau mutu pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien dan kompetensi ( kemampuan dan ketrampilan ) tenaga yang memberikan pelayanan tersebut.

Pada audit keperawatan aspek yang dikaji antara lain , data dasar , identifikasi masalah kesehatan , rencana keperawatan , tindakan

keperawatan , evaluasi terhadap tujuan keperawatan yang dicapai. ( Tim Dep Kes RI 1994 )

### 2.3 Pendekatan

Catatan keperawatan dapat menggunakan beberapa pendekatan antara lain

- a. Catatan tradisional.
- b. Problem Oriented Record ( POR ).
- c. Proses keperawatan.

#### 2.3.1 Catatan Tradisional

Yang dimaksud catatan tradisional adalah catatan pasien yang berorientasi pada sumber pemberi pelayanan, artinya tiap tenaga yang memberi pelayanan kesehatan harus membuat catatan sendiri.

Informasi tentang masalah tertentu dari pasien ditulis oleh semua tenaga yang memberi pelayanan.

Catatan tradisional terdiri dari 6 bagian yaitu :

1. Lembar penerimaan.
2. Lembar muka.
3. Lembar instruksi / pesanan dokter.
4. Lembar riwayat penyakit.
5. Lembar catatan perawatan.
6. Lembar catatan untuk lain-lain ( Tim Dep Kes RI 1994 )

### 2.3.2 Problem Oriented Record.

Yang dimaksud dengan POR adalah pencatatan keperawatan berdasarkan proses pemecahan masalah yang sistematis dan meliputi lima ( 5 ) langkah pokok yang dapat digunakan dalam perencanaan keperawatan.

Lima ( 5 ) langkah pokok tersebut ialah :

1. Data dasar.
2. Daftar masalah.
3. Rencana keperawatan.
4. Catatan perkembangan pasien.
5. Ringkasan status kesehatan pasien. ( Tim Dep Kes RI 1994 )

### 2.3.3 Proses Keperawatan

Yang dimaksud catatan pasien dengan pendekatan proses keperawatan adalah catatan yang berorientasi pada masalah secara ilmiah dan sistematis sesuai dengan langkah-langkah proses keperawatan.

Catatan pasien dengan pendekatan proses keperawatan terdiri dari dua bagian :

1. Lembar catatan pengkajian data dasar ( format X ).
2. Lembar rekaman asuhan , lembar ini ada tiga model yaitu :
  - Format model A.
  - Format model B.
  - Format model C.

2.5.3.1 Lembar pengkajian data dasar adalah pengumpulan data secara lengkap pada saat pasien datang di Rumah Sakit.

Lembar pengkajian data dasar terdiri dari satu lembar ( bendel ) yang berbentuk narasi dan mencantumkan butir-butir unsur-unsur yang perlu dikaji , secara garis besar meliputi data biologis , psikologis , sosial dan spiritual data penunjang dan lainnya.

Data diagnosa medis dan hasil pemeriksaan. Agar pengumpulan data dapat dilakukan secara sistematis dan lengkap tenaga perawatan dapat menggunakan petunjuk pengkajian data keperawatan.

2.5.3.2 Lembar Rekaman Asuhan Keperawatan

Rekaman asuhan keperawatan adalah catatan pelaksanaan perawatan berdasarkan proses keperawatan yang terdiri dari tahap diagnosa keperawatan , perencanaan keperawatan , tindakan keperawatan , tindakan keperawatan dan tahap evaluasi.

Catatan pelaksanaan perawatan dapat menggunakan tiga ( 3 ) model format yaitu :

Format model A , Format model B , Format model C.

Format model A terdiri dari satu ( 1 ) lembar yang berbentuk matrik dan berisi 4 kolom yaitu :

□ Kolom diagnosa keperawatan.

- Kolom perencanaan keperawatan.
- Kolom tindakan keperawatan.
- Kolom evaluasi.

Format model A digunakan untuk pasien rawat inap.

Format model B terdiri dari dua ( 2 ) lembar yaitu B1 dan B2 yang masing-masing berbentuk matrik dan terdiri dari dua ( 2 ) kolom :

Format B1 :

Terdiri dari kolom diagnosa keperawatan dan kolom perencanaan keperawatan.

Format B2 :

Terdiri dari kolom tindakan dan kolom evaluasi.

Format B1 dan B2 digunakan untuk pasien rawat inap.

Format model C :

Format model C terdiri dari satu ( 1 ) lembar yang berbentuk matrik yang berisi lima ( 5 ) kolom yaitu :

- Kolom riwayat penyakit / data.
- Kolom diagnosa keperawatan.
- Kolom rencana keperawatan.
- Kolom tindakan keperawatan.
- Kolom evaluasi.

Kolom pertama atau kolom riwayat penyakit / data diisi dengan data yang dikumpulkan pada setiap pasien yang rawat inap.

Rekaman asuhan keperawatan pada pasien rawat jalan tidak perlu dilengkapi dengan data dasar pengkajian.

( Tim Dep Kes RI 1994 )

## **2.4 Panduan Pencatatan**

Dokumen asuhan keperawatan mempunyai fungsi dan peranan yang penting dalam kesinambungan pelaksanaan perawatan pasien. Agar dokumen tersebut mudah dipahami oleh sesama perawat maupun anggota tim kesehatan lain , maka dalam cara penulisan harus memperhatikan hal-hal persyaratan sebagai berikut :

### **2.4.1 Lengkap**

Yang dimaksud “ lengkap “ disini adalah :

1. Mencatat semua pelayanan kesehatan yang diberikan.
2. Catatan keperawatan terdiri dari lima tahapan proses keperawatan meliputi tahap pengkajian , diagnosa keperawatan , perencanaan keperawatan , tindakan keperawatan dan evaluasi.
3. Mencatat tanggapan perawat.
4. Mencatat tanggapan pasien.
5. Mencatat alasan pasien dirawat.
6. Mencatat kunjungan dokter. ( Tim Dep Kes RI 1994 )

#### 2.4.2 Teliti.

Yang dimaksud “ teliti “ disini adalah :

1. Mencatat setiap ada perubahan rencana keperawatan.
2. Mencatat pelayanan kesehatan.
3. Mencatat observasi yang dilakukan.
4. Mencatat pada lembar yang ditentukan.
5. Mencantumkan tanda tangan / paraf.
6. Setiap kesalahan dikoreksi dengan baik.
7. Catatan hasil pemeriksaan ada kesesuaian dengan hasil laboratorium / instruksi dokter. ( Tim Dep Kes RI 1994 )

#### 2.5 Berdasarkan Fakta

Yang dimaksud “ berdasarkan fakta “ adalah :

1. Mencatat fakta daripada pendapat.
2. Mencatat informasi yang berhubungan dalam format / bagan / laboratorium.
3. Menggunakan bahasa aktif. ( Tim Dep Kes RI 1994 )

#### 2.6 Logis

Yang dimaksud “ logis “ adalah :

1. Jelas dan logis.
2. Catatan secara kronologis.
3. Mencantumkan nama dan nomor register pada setiap lembar.

4. Penulisan dimulai dengan huruf besar.
5. Setiap penulisan data memiliki identitas waktu ( jam , tanggal , bulan dan tahun ). ( Tim Dep Kes RI 1994 )

## **2.7 Dapat dibaca**

Yang dimaksud “ dapat dibaca “ adalah :

1. Tulisan dapat dibaca.
2. Bebas dari catatan-catatan dan koreksi.
3. Menggunakan tinta.
4. Menggunakan singkatan / istilah yang lazim digunakan oleh tenaga kesehatan lain. ( Tim Dep Kes RI 1994 )

## **2.8 Proses Keperawatan**

Pengertian :

1. Serangkaian kegiatan yang dilakukan secara sistematis dan menggunakan pemikiran.
2. Kegiatan yang didasarkan pada ilmiah.
3. Metode pendekatan yang digunakan oleh tenaga keperawatan dalam membantu pemecahan masalah pasien.
4. Kegiatan yang terdiri dari lima ( 5 ) tahap yaitu tahap pengkajian , diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan , tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan. ( Tim Dep Kes RI 1994 )

## 2.9 Tahap-tahap Proses Keperawatan

### 2.9.1 Tahap Pengkajian

Pengkajian adalah langkah awal dan dasar dalam proses keperawatan secara keseluruhan untuk menentukan masalah kesehatan / keperawatan.

Terdiri dari tiga ( 3 ) tahap yaitu :

- Pengumpulan data.
- Analisa data.
- Perumusan diagnosa keperawatan.

Sumber data ada dua ( 2 ) :

1. Primer yaitu pasien.
2. Sekunder yaitu dari keluarga, kerabat , tenaga kesehatan lain , catatan dalam berkas dokumen medis pasien dan hasil-hasil pemeriksaan laboratorium , rontgent dan lain-lain.

### 2.9.2 Tahap Diagnosa Keperawatan.

Diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan dari masalah pasien yang nyata maupun potensial berdasarkan data yang telah dikumpulkan, yang pemecahannya dapat dilakukan dalam batas wewenang perawat untuk melakukannya.

Sifat diagnosa keperawatan adalah sebagai berikut :

1. Berorientasi pada kebutuhan dasar manusia ( Hirarki Abraham Maslow ).

2. Menggambarkan tanggapan ( respons ) individu terhadap proses sakit , kondisi dan situasi.
3. Berubah bila tanggapan ( respons ) pasien berubah.

Manfaat diagnosa keperawatan adalah :

1. Memberi pedoman untuk asuhan keperawatan secara komprehensif yang mandiri.
2. Memberi kesatuan bahasa dalam komunikasi perawatan secara komprehensif.

### 2.9.3 Tahap Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan untuk menanggulangi masalah sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kebutuhan pasien.

Dalam tahap perencanaan keperawatan ini, perawat menggunakan ketrampilan pemecahan masalah dan menentukan masalah khusus pasien.

Tujuannya adalah :

1. Sebagai alat komunikasi antar teman sejawat dan tenaga kesehatan lain.
2. Meningkatkan keseimbangan asuhan keperawatan.

Langkah-langkah penyusunan rencana keperawatan terdiri dari tiga ( 3 ) kegiatan yaitu :

1. Menetapkan urutan prioritas masalah.

2. Merumuskan tujuan keperawatan yang akan dicapai.
3. Menentukan rencana tindakan keperawatan.

#### 2.9.4 Tahap Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan adalah pelaksanaan rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan, dengan maksud agar kebutuhan pasien terpenuhi secara optimal

Tindakan Keperawatan.

Tindakan keperawatan tersebut dapat dilaksanakan sebagian oleh pasien itu sendiri, oleh perawat secara mandiri atau mungkin dilakukan secara bekerja sama dengan anggota Tim Kesehatan lain misalnya, Ahli Gizi, Fisiotherapist dan lain-lain. Hal ini tergantung jenis tindakan, kemampuan / ketrampilan dan keinginan pasien serta tenaga perawat itu sendiri.

Dengan demikian tampak bahwa pelaksanaan keperawatan bukan semata-mata tugas tenaga perawatan tetapi melibatkan banyak pihak. Namun demikian yang memikul tanggung jawab secara keseluruhan adalah tenaga perawatan tersebut.

Langkah-langkah tindakan keperawatan :

##### a. Persiapan.

Tenaga keperawatan hendaknya :

1. Memahami rencana keperawatan yang telah ditentukan.
2. Menyiapkan tenaga dan alat yang diperlukan.

3. Menyiapkan lingkungan Therapeutic ( lingkungan pasien )  
sesuai dengan jenis tindakan yang akan dilakukan.

b. Langkah Pelaksanaan.

Tenaga keperawatan harus mengutamakan keselamatan, keamanan dan kenyamanan pasien dan harus memperhatikan beberapa hal sebagai berikut :

1. Sikap yang meyakinkan.
2. Peka terhadap respons pasien dan efek samping dari tindakan yang dilakukan.
3. Sistematis kerja yang tepat.
4. Pertimbangan hukum dan etika.
5. Bertanggung jawab dan tanggung gugat.
6. Mencatat semua tindakan keperawatan yang telah ditentukan.

2.9.5 Tahap Evaluasi.

Evaluasi adalah proses penilaian pencapaian tujuan serta pengkajian ulang rencana keperawatan.

Tujuan adalah :

- a. Menentukan kemampuan pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditentukan.
- b. Menilai efektifitas rencana keperawatan / strategi asuhan keperawatan.

Hal-hal yang dievaluasi antara lain :

- a. Apakah asuhan keperawatan tersebut efektif.

- b. Apakah tujuan keperawatan dapat dicapai pada tingkat tertentu.
- c. Apakah perubahan perilaku pasien seperti yang diharapkan.
- d. Strategi keperawatan manakah yang efektif.

Langkah-langkahnya ;

- a. Mengumpulkan data perkembangan pasien.
- b. Menginterpretasikan perkembangan pasien.
- c. Membandingkan dengan keadaan sebelum dan sesudah dilakukan tindakan dengan menggunakan kriteria pencapaian tujuan yang telah ditetapkan.
- d. Mengukur dan membandingkan perkembangan pasien dengan standar normal yang berlaku.

Penafsiran hasil evaluasi.

Ada tiga ( 3 ) alternatif dalam menafsirkan hasil evaluasi yaitu :

- a. Tujuan tercapai.
- b. Tujuan sebagian tercapai.
- c. Tujuan sama sekali tidak tercapai. ( Tim Dep Kes RI 1994 )

## **2.10 Dokumentasi Keperawatan Yang Dipergunakan di Rumah Sakit Jiwa**

### **Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang**

Catatan pelaksanaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan kesehatan jiwa di Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang dengan mempergunakan format model standar Akreditasi Rumah sakit Jiwa Dr.

Radjiman Wediodingrat Lawang yakni model Standar Rekam Medik yaitu CM.D.012. terdiri dari : Format CM.D.012 a,b,c,d,e sebagai berikut :

- Format CM.D. 012. a :

Pengkajian Keperawatan Kesehatan Jiwa meliputi :

Ruangan : ..... Tgl. MRS : .....

- I. Identitas Klien : .....
- II. Alasan Masuk : .....
- III. Faktor Predisposisi : .....
- IV. Keadaan Fisik : .....
- V. Psikososial : .....
- VI. Status Mental : .....
- VII. Kebutuhan Persiapan Pulang : .....
- VIII. Daftar Masalah Keperawatan : .....
- IX. Diagnosa Keperawatan : .....

- Format CM.D.012. b :

Terdiri dari kolom Diagnosa dan kolom Perencanaan keperawatan :

### RENCANA KEPERAWATAN

Nama Pasien : ..... No. CM : .....

Jenis Kelamin : ..... Dx. Medis : .....

Ruangan : ..... Unit Keswa : .....

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Rencana Keperawatan

- Format CM.D. 012. c :

Terdiri dari kolom Tindakan dan kolom Evaluasi.

Nama Pasien : ..... No. CM : .....

Jenis Kelamin : ..... Dx. Medis : .....

Ruangan : ..... Unit Keswa : .....

No. Dx.	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan

- Format CM.D.012. d :

### RESUME KEPERAWATAN

Terdiri dari tanggal dan uraian :

Nama Pasien : ..... No. CM : .....

Jenis Kelamin : ..... Dx. Medis : .....

Ruangan : ..... Unit Keswa : .....

Tanggal	Uraian

- Format CM.D.012. e :

Terdiri dari satu lembar yang berbentuk matrik dan berisi empat kolom yaitu :

- Kolom Diagnosa keperawatan.
- Kolom Rencana keperawatan.
- Kolom Tindakan keperawatan.
- Kolom Evaluasi.

Yang digunakan bagi pasien yang berkunjung untuk rawat jalan .

Nama Pasien : .....

Jenis Kelamin : .....( L / P ).

U m u r : ..... Tahun.

No. CM : .....

Diagnosa Medis : .....

Dx	Rencana Keperawatan	Tindakan Keperawatan	Evaluasi Keperawatan

Rekaman asuhan keperawatan pada pasien rawat jalan tidak perlu dilengkapi dengan lembar data dasar pengkajian.

## 2.11 Faktor-faktor yang berhubungan dengan dokumentasi keperawatan

### 2.11.1 Pengetahuan

- Pengetahuan adalah kesan didalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca inderanya, yang berbeda sekali dengan kepercayaan (*beliefs*), takhayul (*superstitions*) dan

penerangan-penerangan yang keliru (*misinformations*). (Soerjono Soekanto,2001). Tidak semua pengetahuan merupakan suatu ilmu , hanya pengetahuan yang tersusun secara sistematis saja yang merupakan ilmu pengetahuan.

- Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui panca inderanya yaitu mata dan telinga (Depdikbud ,1997). Pengetahuan merupakan jenjang yang paling rendah dalam kemampuan kognitif meliputi, pengingatan tentang hal-hal yang bersifat khusus atau universal, dalam hal ini tekanan utama pada pengenalan kembali fakta, prinsip, proses dan pola.
- Penelitian Rogers (1974 ) sebelum berperilaku baru, maka dalam diri seseorang terjadi proses secara berurutan yakni :
  - (1) Awareness (kesadaran), dimana orang tersebut menyadari dalam arti mengetahui terlebih dahulu terhadap stimulus
  - (2) Interest dimana orang mulai tertarik pada stimulus
  - (3) Evaluation(mempertimbangkan baik buruknya stimulus tersebut)
  - (4) Trial, dimana orang mulai mencoba perilaku baru
  - (5) Adoption, dimana subyek telah berperilaku baru sesuai dengan pengetahuan, kesadaran dan sikapnya terhadap stimulus

Namun pada penelitian selanjutnya Rogers menyimpulkan bahwa perubahan perilaku tidak selalu melewati proses tersebut. Apabila didasari pengetahuan, kesadaran dan sikap yang positif, maka perilaku tersebut akan bersifat langgeng(long lasting).

Menurut Notoatmojo (1993), tingkat pengetahuan di dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan, yaitu :

- (1) Tahu (*know*) diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya (mengingat kembali=*recall*).Oleh karena itu tahu merupakan tingkat pengetahuan yang paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu, tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan dan menyatakan.
- (2) Memahami(*Comprehension*) diartikan sebagai kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui dan dapat menginterpretasikan.
- (3) Aplikasi(*Aplication*) diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi yang sebenarnya penggunaan hukum-hukum rumus, metode, prinsip.
- (4) Analisis(*Analysis*) adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan materi atau suatu obyek ke dalam komponen-komponen, tetapi masih dalam suatu struktur organisasi tersebut dan masih ada

kaitannya satu sama lain. Kata kerja yang dapat digunakan seperti membuat bagan, membedakan, memisahkan mengelompokkan.

(5) Sintesis (*Syntesis*) adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang ada misalnya dapat menyusun, merencanakan, meringkas, menyesuaikan terhadap suatu teori atau rumus yang telah ada.

(6) Evaluasi (*Evaluation*) berkaitan dengan kemampuan untuk melakukan justifikasi terhadap suatu materi atau obyek misalnya dapat membandingkan

### 2.11.2 Usia

#### Pembagian masa dewasa

- Masa dewasa dini

Masa dewasa dini dimulai pada umur 18 tahun sampai kira-kira umur 40 tahun saat perubahan-perubahan fisik dan psikologis yang menyertai berkurangnya kemampuan reproduktif

- Masa dewasa madya

Masa dewasa madya dimulai pada umur 40 tahun sampai pada umur 60 tahu, yakni saat baik menurunnya kemampuan fisik dan psikologis yang jelas nampak pada setiap orang

Beberapa orang dewasa telah menentukan pilihannya jauh-jauh hari sebelum mereka bekerja, sehingga jauh-jauh hari pula mereka mereka melatih diri sesuai dengan prasyarat yang diperlukan untuk

jenis tugas yang mereka anggap cocok dengan minat dan bakatnya.

( Hurlock B. Elizabeth, 2001 )

### 2.11.3 Tingkat pendidikan

Berdasarkan GBHN 1993 Tap MPR No.II/MPR/1993

KPPT JP 1996 – 2005 dan PELITA VI

Tujuan strategis perguruan tinggi adalah

- Menyiapkan peserta didik menjadi anggota masyarakat yang memiliki kemampuan akademik dan / atau profesional, serta kemampuan kepemimpinan, yang tanggap terhadap kebutuhan pembangunan serta pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi, berjiwa penuh pengabdian, dan memiliki rasa bertanggung jawab yang besar terhadap masa depan bangsa dan negara
- Misi sistim pendidikan tinggi adalah untuk menyelenggarakan fungsi kelembagaan pendidikan tinggi berdasarkan wawasan 2018, untuk :
  - 1) Menghasilkan anggota masyarakat yang bertaqwa terhadap Tuhan YME, yang berakhlak tinggi, berbudaya Indonesia, bersemangat ilmiah serta memiliki kemampuan akademik dan suatu profesional dan sanggup berkinerja baik baik dilingkungan kerjanya, serta :
    - a) Bagi lulusan Diploma dan S-1

Mampu menerapkan ilmu pengetahuan dan teknologi serta mengembangkan kemampuan diri terhadap tuntutan kemajuan dibidangnya, dan berperan dalam pemeliharaan dan operasi proses produksi  
( Tampubolon Daulat Purnama, 2001 )

#### 2.11.4 Standar asuhan keperawatan

Standar pelayanan / praktek keperawatan amat penting bagi profesi keperawatan karena standar mencerminkan kualitas pelayanan perawatan melalui kriteria spesifik yang dapat digunakan untuk menentukan tingkat kualitas pelayanan yang telah dicapai. Standar ini juga merupakan dasar, selain terhadap kualitas dan nilai pelanan dapat ditetapkan, tetapi juga pembiayaan perawatan dapat direncanakan, diatur dan ditetapkan sehingga produktifitas perawat dapat pula diperkirakan

Standar pelayanan keperawatan adalah pernyataan diskriptif dari kualitas yang diinginkan, terhadap evaluasi pelayanan keperawatan yang diberikan pada pasien dapat dilaksanakan. Standar dibuat berdasarkan konsep-konsep keperawatan dan berfokus terutama pada pasien untuk mengetahui proses pemberian pelayanan dan hasil pelayanan yang diberikan. Karena standar harus dapat difahami oleh semua perawat baik yang memberikan pelayanan langsung maupun tidak langsung

Standar dapat digunakan sebagai target dimana standar merupakan alat perencanaannya, selain itu dapat juga digunakan sebagai ukuran untuk mengevaluasi penampilan dimana standar ini merupakan alat pengontrolnya

Setiap standar yang ditetapkan harus memiliki obyektif dan kriteria yang akan merupakan indikator relevan dari kualitas asuhan keperawatan pasien yang diberikan melalui kompetensi perawat. Dengan demikian penampilan standar, proses pemberian asuhan keperawatan dan hasil yang diperoleh pasien dapat dianalisa untuk kemudian dilakukan langkah-langkah perbaikan seperlunya ( Rencana Strategi Bidang Perawatan Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang, Saat Ini dan Esok, 2000 )

#### 2.11.5 Peraturan / Kebijakan Rumah Sakit

Tujuan pelayanan perawatan merupakan pernyataan kongkrit dan spesifik tentang pelayanan keperawatan yang digunakan untuk menetapkan prioritas kegiatan sehingga dapat mencapai dan mempertahankan misi serta filosofi yang diyakini. Tujuan pelayanan keperawatan yang umumnya ditetapkan oleh bidang keperawatan meliputi :

- 1) Meningkatkan dan mempertahankan kualitas pelayanan Rumah Sakit

- 2) Meningkatkan penerimaan masyarakat tentang profesi keperawatan dengan mendidik perawat mempunyai sikap profesional dan bertanggung jawab dalam pekerjaan
- 3) Meningkatkan hubungan dengan pasien / keluarga / masyarakat
- 4) Meningkatkan pelaksanaan kegiatan umum dalam upaya mempertahankan kenyamanan pasien
- 5) Meningkatkan komunikasi antar staf
- 6) Meningkatkan produktifitas dan kualitas kerja staf perawatan

Tujuan ini dicapai melalui :

- 1) Penetapan kebijakan yang dibuat secara kooperatif antara tim kesehatan
- 2) Upaya menjamin kesejahteraan sosial bagi perawat dan staf lain sehingga mempunyai kepuasan kerja
- 3) Pemberian kesempatan pada perawat untuk mendapatkan pendidikan yang lebih tinggi

Semua tujuan yang telah ditetapkan akan dapat dicapai dengan cara meningkatkan metode kerja para staf keperawatan. Tujuan peningkatan metode kerja ini antara lain adalah :

- 1) Agar staf keperawatan bekerja lebih mudah dan aman
- 2) Untuk mengurangi waktu kerja yang sia-sia dan menurunkan penggunaan perlengkapan yang sia-sia
- 3) Untuk mengurangi duplikasi tenaga dan upaya

4) Untuk memungkinkan staf keperawatan mendapatkan kepuasan kerja

5) Meningkatkan asuhan keperawatan

Dengan demikian setiap kegiatan keperawatan diarahkan kepada pencapaian tujuan dan merupakan upaya manajer keperawatan untuk selalu mengkoordinasikan, mengarahkan dan mengendalikan proses pencapaian tujuan melalui interaksi, komunikasi dan integrasi pekerjaan diantara staf keperawatan yang terlibat. ( Rencana Strategi Bidang Perawatan Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang Saat Inidan Esok, 2000 )

## 2.12 Perawat

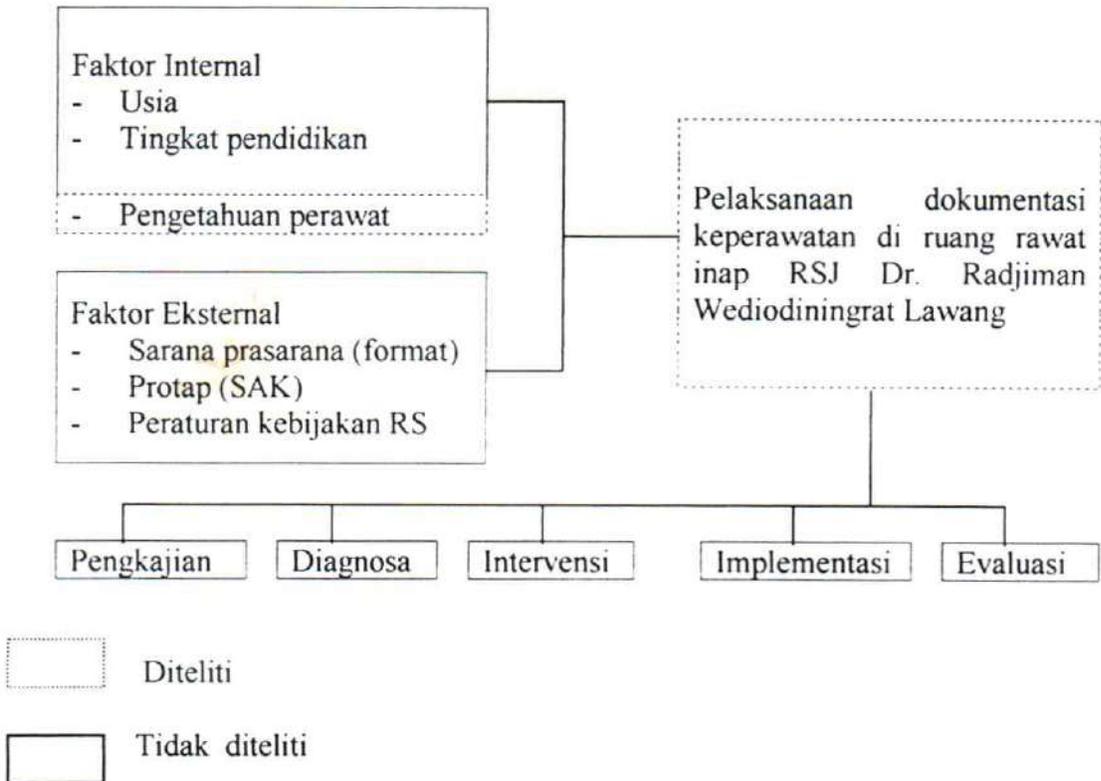
Pengertian . perawat adalah orang yang mengasuh, merawat dan melindungi, yang merawat orang sakit, luka dan usia lanjut ( Elis Harley 1980 ).

Tenaga perawat adalah pegawai negeri sipil yang berijazah perawatan yang diberi tugas secara penuh oleh pejabat yang berwenang untuk melakukan pelayanan kesehatan kepada masyarakat pada unit pelayanan kesehatan , misalnya rumah sakit. Puskesmas dan unit pelayanan kesehatan lainnya. ( SK Meneg Pan No 94 th 1986 ).

## BAB 3

### KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

#### 3.1. Kerangka Konseptual Penelitian



Gambar 3.1. Kerangka konseptual hubungan pengetahuan perawat dan pelaksanaan dokumentasi keperawatan di ruang rawat inap Rumah sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

Keterangan :

Pelaksanaan dokumentasi keperawatan yang benar dan sesuai dengan standart di Rumah Sakit Jiwa Pusat Dr.Radjiman Wediodiningrat Lawang dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain :

1. Faktor eksternal yaitu format yang disediakan, protap dan kebijakan RS

2. Faktor internal yaitu usia, dan tingkat pendidikan. Selain itu juga tingkat pengetahuan dari perawat.

Pengetahuan adalah kesan didalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca inderanya (Soerjono Soekanto,2001). Jadi apa yang dilihat dan dibaca oleh perawat tentang format yang dibuat oleh RS Jiwa Dr.Radjiman Wediodiningrat Lawang dan selalu dilaksanakan setiap hari waktu bekerja maka semua itu kemudian dikesankan dalam pikirannya sebagai pengetahuan.

### **3.2. Hipotesis Penelitian**

**H1** : Terdapat hubungan antara pengetahuan perawat dan pelaksanaan dokumentasi keperawatan di ruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

## BAB 4

### METODE PENELITIAN

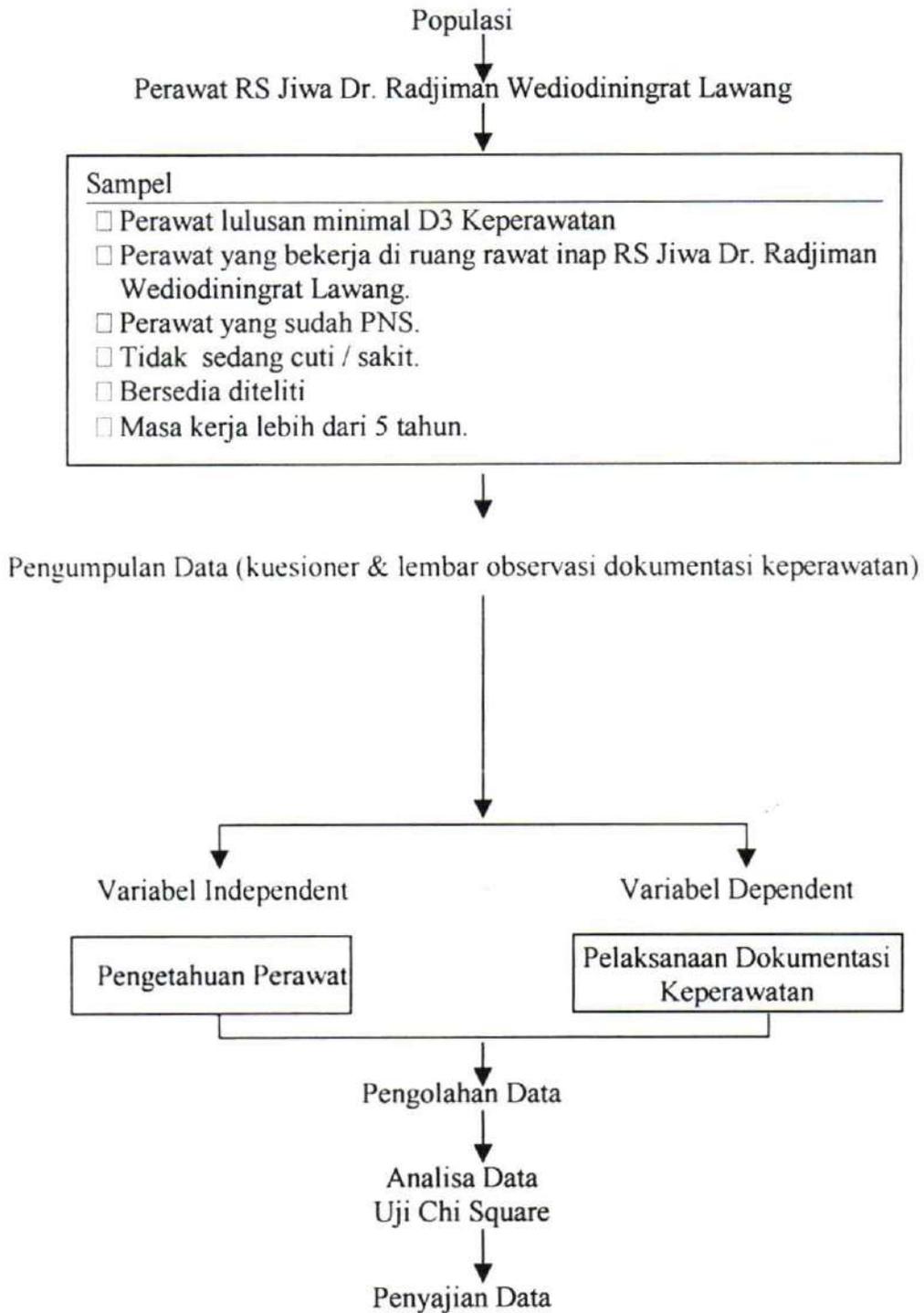
Metode penelitian adalah cara memecahkan masalah menurut metode keilmuan ( Nursalam, 2001 ). Pada bab ini akan diuraikan mengenai rancangan / desain penelitian ; populasi , sampel , besar sampel ( sampel size ) dan tehnik pengambilan sampel ; variabel penelitian , bahan penelitian , instrument penelitian , lokasi dan waktu penelitian , prosedur pengambilan atau pengumpulan data dan cara analisa data.

#### 4.1. Rancangan / Desain Penelitian

Desain penelitian adalah keseluruhan dari perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin terjadi selama proses penelitian ( Notoatmojo, 1997 ).

Pada penelitian ini rancangan / desain yang digunakan adalah cross sectional yaitu pengukuran variabel independen dan dependen dilakukan bersamaan pada suatu saat saja (Nursalam dan Siti Pariani , 2001). Peneliti dapat mencari, menjelaskan suatu hubungan , perkiraan, menguji berdasarkan teori yang ada. Hubungan korelasi mengacu pada kecenderungan bahwa variasi suatu variabel diikuti oleh variasi variabel lainnya(Nursalam dan Siti Pariani,2001:54) sehingga peneliti dapat melihat gambaran hubungan antara pengetahuan perawat dan pelaksanaan dokumentasi keperawatan.

#### 4.2. Kerangka Kerja ( Frame Work )



### 4.3. Populasi , Sampel , Besar Sampel dan Sampling

#### 4.3.1. Populasi.

Populasi adalah keseluruhan subyek penelitian. Pada penelitian ini populasinya adalah seluruh perawat lulusan minimal D3 Keperawatan sejumlah 54 orang dengan karakteristik pendidikan yang ada di ruang rawat inap RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang yang memenuhi kriteria inklusi dari sejumlah 334 perawat.

#### 4.3.2. Sampel

Sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang diteliti. Pada penelitian ini sampel yang diambil adalah seluruh perawat lulusan minimal D3 Keperawatan sejumlah 54 orang dengan karakteristik pendidikan yang ada di ruang rawat inap RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang , yang memenuhi kriteria inklusi.

Besar sampel diambil dari seluruh populasi yang ada di ruang rawat inap RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.

Perawat yang memenuhi kriteria inklusi adalah :

- 1) Perawat lulusan minimal D3 Keperawatan.
- 2) Perawat yang melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan.
- 3) Perawat yang bekerja di ruang rawat inap RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.
- 4) Perawat yang sudah PNS.
- 5) Tidak sedang cuti / sakit.
- 6) Bersedia diteliti.

7) Masa kerja lebih dari 5 tahun.

Perawat yang memenuhi kriteria eksklusi adalah :

1. Perawat yang bukan lulusan minimal D3 Keperawatan.
2. Perawat yang tidak melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan.
3. Perawat yang tidak bekerja di ruang rawat inap RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang.
4. Perawat yang belum PNS.
5. Perawat yang sedang cuti / sakit.
6. Tidak bersedia diteliti.

#### 4.3.3. Sampling

Sampling adalah suatu proses dalam mempelajari porsi dari populasi untuk dapat mewakili suatu populasi ( Nursalam , 2001 ). Pada penelitian ini pemilihan sampel dengan menggunakan total sampel dimana seluruh populasi dijadikan sampel

#### 4.4. Identifikasi Variabel dan Definisi Operasional

- Variabel Independent ( bebas ).
  - Pengetahuan perawat.
- Variabel Dependent ( tergantung ).
  - Pelaksanaan dokumentasi keperawatan.
- Variabel Moderator.
  - Usia.

- Tingkat pengetahuan.
- Lama bekerja.
- Jenis kelamin.
- Sarana prasana ( format ).
- Protap ( SAK ).
- Peraturan / Kebijakan Rumah Sakit.

Definisi Operasional.

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Independent : <input type="checkbox"/> Pengetahuan perawat	Pengetahuan perawat : Kesan didalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca indranya.	Persepsi perawat. 1. Arti dokumentasi. 2. Pengertian dokumen tasi keperawatan. 3. Tujuan dokumentasi keperawatan. 4. Manfaat dokumentasi keperawatan. 5. Yang perlu diperhatikan dalam dokumentasi keperawatan. 6. Pentingnya dokumentasi keperawatan.	Kuesioner	Ordinal	Terdiri dari 20 pertanyaan dengan jawaban ya atau tidak. Jawaban benar nilai =1 Jawaban salah nilai =0 Skor : 76-100%(tingkat pengetahuan baik) 56-75 % (tingkat pengetahuan cukup) < 55 % (tingkat pengetahuan kurang)
Dependents. <input type="checkbox"/> Pelaksanaan dokumentasi keperawatan.	Pelaksanaan dokumentasi keperawatan : Melaksanakan dokumentasi setiap kegiatan yang telah dilakukan melalui tahap-tahap proses keperawatan.	Pelaksanaan dokumentasi keperawatan : 1. Pengkajian. 2. Diagnosa. 3. Rencana. 4. Tindakan. 5. Evaluasi. 6. Catatan asuhan keperawatan.	Observasi	Ordinal	Pelaksanaan dokumentasi keperawatan, tiap variabel dihitung prosentase dengan rumus $= \frac{\sum \text{Berkas} \times \sum \text{Aspek yang dihitung}}{\text{Total}} \times 100 \%$  Prosentase rata-rata keseluruhan aspek : $= \frac{\sum \text{Rata-rata}}{6}$  Lalu dikategorikan : 1) Baik 76 – 100 % 2) Cukup 56 – 75 % 3) Kurang < 55 %

#### **4.5. Instrumen Penelitian**

Kuesioner.

Kuesioner adalah self report informasi form yang disusun untuk mendapatkan informasi yang diharapkan dari respon dan sesuai dengan pertanyaan ( Nursalam , 2001 : 72 ).

Lembar observasi pelaksanaan dokumentasi keperawatan yang dibuat oleh RS Jiwa Dr.Radjiman Wediodiningrat Lawang

#### **4.6. Lokasi penelitian**

Di Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat lawang.

Waktu penelitian tanggal , 24 Pebruari sampai dengan 1 Maret 2003

#### **4.7. Prosedur Pengambilan dan Pengumpulan Data**

Sebelumnya peneliti mengadakan pendekatan kepada perawat untuk mendapatkan persetujuan dari perawat sebagai responden. Setelah disepakati responden diberi pertanyaan dengan menggunakan kuesioner. Bentuk pertanyaan untuk mengetahui tingkat pengetahuan perawat adalah dengan pilihan ya atau tidak. Sedangkan data pelaksanaan dokumentasi perawatan diperoleh dari observasi langsung catatan perawat dengan menggunakan

instrumen A pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan diperoleh dari observasi pada catatan perawat langsung dengan menggunakan instrumen A.

#### 4.8. Cara Analisa Data

Data yang sudah terkumpul melalui kuesioner dilakukan coding dan tabulasi , selanjutnya disajikan dalam bentuk “ Cross tab “ sesuai variabel yang diukur.

1. Variabel tingkat pengetahuan perawat diukur dengan menggunakan 20 pertanyaan. Bila responden memberikan jawaban benar 76% - 100% dikategorikan baik , 56 % - 75 % dikategorikan cukup , < 55% dikategorikan kurang.
2. Variabel Pelaksanaan Dokumentasi Keperawatan , yang terdiri dari pengkajian , diagnosa , rencana , tindakan , evaluasi , catatan keperawatan diperoleh dari status klien melalui observasi dari catatan perawat langsung dengan menggunakan alat bantu instrumen A , selanjutnya data dihitung dengan menggunakan rumus :

$$\text{Prosentase} = \frac{\text{Total}}{\Sigma \text{ Berkas} \times \Sigma \text{ Aspek yang dihitung}} \times 100 \%$$

Prosentase rata-rata keseluruhan

$$\text{Aspek} = \frac{\Sigma \text{ Rata-rata}}{6}$$

- 3 Untuk mempelajari hubungan antara pengetahuan perawat dan pelaksanaan dokumentasi keperawatan menggunakan uji statistik Chi Square dengan nilai  $p \leq 0,05$ . Setelah hasil uji diketahui kemudian dijabarkan secara diskriptif. Apabila hasil uji statistik  $p \leq 0,05$  maka  $H_1$  diterima, artinya ada hubungan yang bermakna antara dua variabel dan bila hasil uji statistik  $p > 0,05$  maka  $H_1$  ditolak artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara dua variabel.

#### 4.9. Etik Penelitian

Dalam pelaksanaan penelitian yang berjudul “ Hubungan antara pengetahuan perawat dan pelaksanaan dokumentasi keperawatan pasien gangguan jiwa di ruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang “ , lalu mengadakan pendekatan kepada perawat untuk mendapatkan persetujuan dari perawat sebagai responden peneliti.

- 4.9.1. Informed consent : Lembar persetujuan untuk menjadi responden dalam penelitian ini dan bebas menolak menjadi responden bila dikehendaki.
- 4.9.2. Anonimity : Kuesioner yang harus diisi responden tanpa dibubuhi nama responden , dijamain

kerahasiaannya , serta bebas dari eksploitasi.

4.9.3. Confidentiality : Kerahasiaan informasi dari responden yang berupa informed consent dan kuesioner yang telah diisi akan disimpan dalam file khusus agar kerahasiaan terjaga.

#### 4.10. Keterbatasan

Keterbatasan dalam penelitian adalah :

1. Sampel yang digunakan terbatas pada perawat yang melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap Rumah sakit jiwa dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang lulusan minimal D3 saja , sehingga hasilnya kurang representatif.
2. Instrument pengumpulan data dalam penelitian ini belum diketahui nilai reabilitasnya sehingga masih perlu diuji coba lagi supaya hasilnya dapat lebih sempurna.
3. Penelitian ini adalah pengalaman pertama bagi peneliti , sehingga masih banyak kekurangan.
4. Pengumpulan data dengan menggunakan kuesioner lebih dipengaruhi oleh sikap dan harapan-harapan pribadi yang bersifat subyektif , sehingga hasilnya kurang mewakili secara kualitatif.

5. Keterbatasan waktu , kemampuan , ketersediaan subyek , sehingga hasilnya kurang sempurna

## **BAB 5**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **5.1 Hasil Penelitian**

Dalam bab ini akan diuraikan mengenai hasil dan pembahasan penelitian. Peneliti mengambil data mulai tanggal 24 Pebruari sampai dengan tanggal 1 Maret 2003 dengan menggunakan alat ukur kuesioner , lembar observasi dan status klien. Jumlah responden yang diambil sebanyak 54 orang yang memenuhi kriteria inklusi.

Pada hasil akan disajikan mengenai data umum dan data khusus. Dalam data umum akan ditampilkan karakteristik responden mengenai , pendidikan , umur , jenis kelamin dan lama bekerja. Selanjutnya dalam data khusus akan ditampilkan mengenai identifikasi pengetahuan perawat tentang pelaksanaan dokumentasi keperawatan , identifikasi pelaksanaan dokumentasi keperawatan dan hubungan antara pengetahuan perawat dan pelaksanaan dokumentasi keperawatan dengan hasil uji statistik Chi Square.

##### **5.1.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilakukan diruangan rawat inap Rumah sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang. Sampel penelitian adalah perawat yang melaksanakan dokumentasi keperawatan pada pasien yang

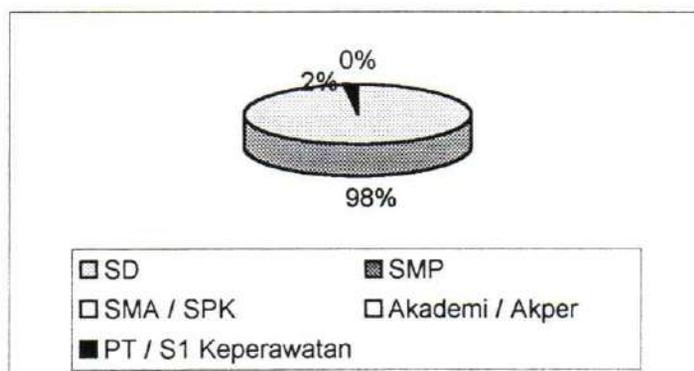
dirawat lebih dari 3 hari yaitu sejumlah 54 orang. Dengan rincian sebagai berikut : 29 orang bertugas di MPKP yang terdiri dari 15 orang laki-laki dan 14 orang perempuan. Dan 25 orang bertugas di ruang bukan MPKP yang memenuhi kriteria inklusi.

Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang merupakan pusat pelayanan kesehatan jiwa unggulan di Indonesia bagian timur mempunyai lahan 298 ha dan kapasitas tempat tidur 800 buah. Selain itu juga sebagai tempat praktek institusi pendidikan dibidang kesehatan jiwa. Adapun pelayanan perawatan yang ada di Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang yaitu : Perawatan kesehatan jiwa Anak dan Remaja , Dewasa Usia Lanjut , Unit Gawat Darurat , dan yang baru dibuka adalah ruang NAPZA.

### **5.1.2 Karakteristik Responden**

Dibawah ini disajikan data sumberdaya keperawatan diruangan rawat inap Rumah sakit Jiwa Dr. radjiman Wediodiningrat Lawang sampai bulan Januari 2003.

### 5.1.2.1 Distribusi Pendidikan Responden

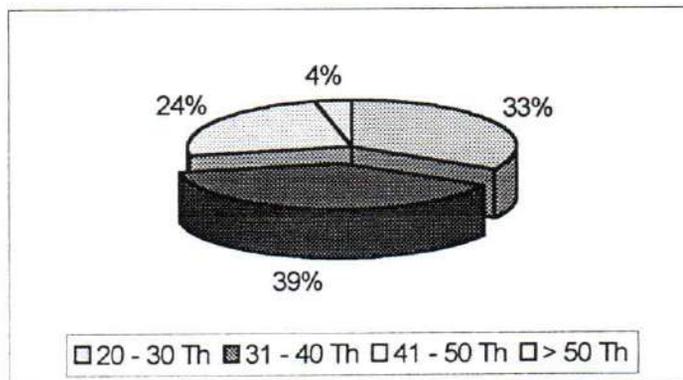


Gambar 5.1.

Distribusi pendidikan responden di Rumah sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang bulan Januari 2003

Berdasarkan gambar diatas dapat dilihat bahwa pendidikan responden yang dominan adalah lulusan akademi keperawatan sebanyak 53 orang ( 98 % ), dan S1 keperawatan 1 orang ( 2 %).

### 5.1.2.2 Distribusi Umur Responden

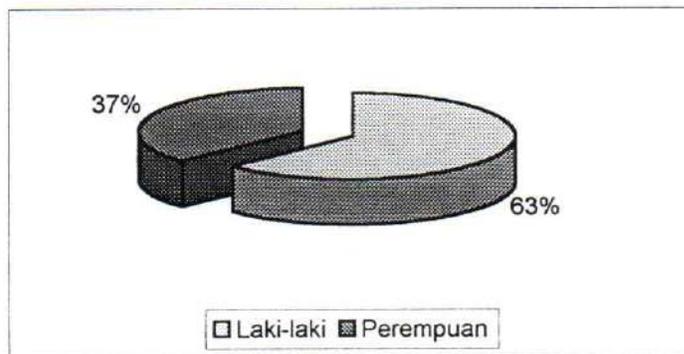


Gambar 5.2

Distribusi umur responden di Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang bulan Januari 2003

Dari gambar diatas dapat dilihat bahwa umur responden yang dominan adalah antara 31 – 40 Th sebanyak 21 orang ( 39 % ) 20-30 tahun sebanyak 18 orang (33%), 41-51 tahun sebanyak 13 orang (24%) lebih dari 50 tahun sebanyak 2 orang (4%).

### 5.1.2.3 Distribusi Jenis Kelamin

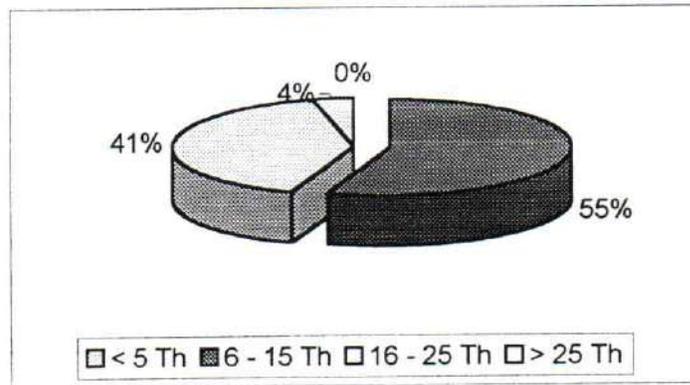


Gambar 5.3

Distribusi jenis kelamin di Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman wediodiningrat bulan Januari 2003

Dari gambar diatas responden yang paling banyak adalah laki-laki yaitu berjumlah 34 orang ( 63 % ). Jumlah jenis laki-laki lebih banyak karena jumlah ruang rawat inap lebih banyak laki-laki yaitu 16 ruangan, sedangkan jenis kelamin perempuan sebanyak 20 orang (37%). Ruang rawat inap perempuan yaitu 12 ruangan

#### 5.1.2.4 Distribusi Lama Kerja



Gambar 5.4

Distribusi lama bekerja responden di Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang bulan Januari 2003

Dari gambar diatas dapat dilihat bahwa responden yang dominan mempunyai lama bekerja antara 6 – 15 tahun sebanyak 30 orang ( 55 % ), 16-25 tahun sebanyak 22 orang (41 %), lebih dari 25 tahun sebanyak 2 orang (4%) dan kurang dari lima tahun tidak ada (0%)

### 5.1.3 Data Khusus

#### 5.1.3.1 Identifikasi Pengetahuan perawat tentang pelaksanaan dokumentasi keperawatan

Data identifikasi pengetahuan perawat tentang pelaksanaan dokumentasi keperawatan berdasarkan panduan dari kuesioner disajikan dalam bentuk tabel dibawah ini.

Tabel 5.1

Distribusi pengetahuan perawat tentang pelaksanaan dokumentasi keperawatan diruang rawat inap Rumah sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang sampai bulan Januari 2003.

No	Kategori	Jumlah	Persen
1.	Baik.	25	46,30 %
2.	Cukup.	29	53,70 %
3.	Kurang baik.	0	0%
	Jumlah	54	100 %

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa pengetahuan perawat tentang pelaksanaan dokumentasi keperawatan yang paling banyak adalah pada kategori cukup, yaitu 29 orang (53,70 %) dan kategori baik 25 orang (46,30%)

**5.1.3.2 Identifikasi pelaksanaan dokumentasi keperawatan diruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa Dr Radjiman Wediodiningrat lawang.**

Data mengenai identifikasi pelaksanaan dokumentasi keperawatan dari hasil observasi disajikan dalam bentuk tabel dibawah ini.

Tabel 5.2

Distribusi pelaksanaan dokumentasi keperawatan responden di ruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa Dr Radjiman Wediodiningrat Lawang sampai dengan bulan januari 2003.

No	Kategori	Jumlah	Persen
1.	Baik.	31	57,40 %
2.	Cukup.	8	14,82 %
3.	Kurang baik	15	27,78 %
	Jumlah.	54	100 %

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa pelaksanaan dokumentasi keperawatan yang sudah dilaksanakan oleh responden yang paling banyak adalah pada kategori baik sebanyak 31 orang (57,40 %).

**5.1.3.3 Hubungan antara pengetahuan perawat dan pelaksanaan dokumentasi keperawatan diruang rawat inap Rumah Sakit Jiwa Dr Radjiman Wediodiningrat lawang.**

			Pelaksanaan Dokumentasi Keperawatan			Total
			Kurang	Cukup	Baik	
Pengetahuan	Cukup	Count	15	7	7	29
		Expected Count	8.1	3.8	17.2	29.0
	Baik	Count	0	0	25	25
		Expected Count	6.9	3.2	14.8	25.0
Total	Count	15	7	32	54	
	Expected Count	15.0	7.0	32.0	54.0	
			df = 2			p = 0,000

Data mengenai hubungan antara pengetahuan perawat dengan pelaksanaan dokumentasi keperawatan yang diperoleh melalui pengisian kuesioner dan observasi status pasien pada 54 perawat, setelah dilakukan tabulasi silang dan uji statistik Chi Square memakai fasilitas komputer Windows program SPSS menunjukkan nilai yaitu  $p = 0,000 < 0,05$  berarti ada hubungan antara dua variabel yang sangat signifikans. Artinya  $H_1$  diterima menunjukkan adanya hubungan antara pengetahuan perawat dan pelaksanaan dokumentasi keperawatan

## 5.2 Pembahasan.

### 5.2.1 Identifikasi tingkat pengetahuan perawat tentang pelaksanaan dokumentasi keperawatan.

Dari hasil penelitian dapat dilihat bahwa sebagian besar pengetahuan responden yang paling besar adalah pada kategori cukup yaitu sebanyak 29 orang (53,70 %), kategori baik 25 orang (46,30 %).hal ini disebabkan karena tingkat pendidikan responden adalah DIII dan S1 Keperawatan

Pengetahuan adalah kesan didalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca inderanya, yang berbeda sekali dengan kepercayaan (*beliefs*), takhayul (*superstitions*) dan penerangan yang keliru (*misinformations*)(Soerjono Soekanto,2001)

Maka setelah responden mendapatkan pendidikan formal dan mendapatkan ilmu pengetahuan tentang dokumentasi keperawatan maka mengesankan di dalam fikirannya sebagai hasil penggunaan panca inderanya sebagai pengetahuan.

### **5.2.2 Identifikasi pelaksanaan dokumentasi keperawatan.**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pelaksanaan dokumentasi keperawatan yang sudah dilaksanakan oleh responden paling banyak adalah pada kategori baik sebanyak 31 orang (57,40 %).

Peran perawat sebagaimana kita ketahui adalah salah satunya adalah dokumentasi sebagai pertanggungjawaban keperawatan (Nursalam,2001).Oleh karenanya dalam tugas sehari-hari responden selalu mendokumentasikan dalam catatan keperawatan apa yang telah dilakukan terhadap pasien, selain itu responden sudah sangat faham tentang cara pengisian format dokumentasi keperawatan yang dibuat oleh RS Jiwa dr.Radjiman Wediodiningrat Lawang.

### **5.2.3 Hubungan antara pengetahuan perawat dan pelaksanaan dokumentasi keperawatan.**

Hasil penelitian menunjukkan bahwa distribusi paling banyak adalah responden yang mempunyai pengetahuan cukup dan sudah melaksanakan dokumentasi keperawatan dengan baik. Sedangkan hasil perhitungan statistik dengan menggunakan uji square diperoleh nilai sebesar 32.004 dengan tingkat signifikansi sebesar 0,000 (  $p < 0,05$  ). Oleh karena tingkat signifikansi lebih kecil dari 0,05 maka  $H_1$

diterima berarti terdapat hubungan antara pengetahuan perawat dan pelaksanaan dokumentasi keperawatan.

Pengetahuan adalah kesan didalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca inderanya yang berbeda sekali dengan kepercayaan ( *beliefs* ), takhayul ( *super titions* ) dan penerangan-penerangan yang keliru ( *misinformation* ) ( Soejono Soekanto, 2001 ). Dari pengetahuan nantinya akan muncul perilaku dalam hal ini pelaksanaan dokumentasi keperawatan.

Pengetahuan tentang dokumentasi keperawatan sudah banyak dipelajari perawat didalam jenjang pendidikan, dan karena masa kerja responden yang sebagian besar sudah cukup lama pelaksanaan dokumentasi keperawatan rutin dilakukan setiap hari bertugas. Maka hal ini menyebabkan sebagian besar responden melaksanakan dokumentasi keperawatan dengan baik, hal ini ditunjang pula oleh karena pelaksanaan dokumentasi keperawatan merupakan kerja tim.

## **BAB 6**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

Dari hasil penelitian yang berjudul Hubungan Antara Pengetahuan Perawat dan Pelaksanaan Dokumentasi Keperawatan Pasien Gangguan Jiwa di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang, yang dilaksanakan tanggal 24 Pebruari sampai dengan 1 Maret 2003.

#### **6.1. Kesimpulan**

- 1 Sebagian besar pengetahuan perawat tentang pelaksanaan dokumentasi keperawatan adalah kategori cukup(53,70%)
- 2 Sebagian besar pelaksanaan dokumentasi keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat adalah baik (57,40%).
- 3 Terdapat hubungan antara pengetahuan perawat dan pelaksanaan dokumentasi keperawatan yang sangat signifikan dengan nilai  $p = 0,000 < 0,05$

#### **6.2. Saran**

Dengan memperhatikan hasil penelitian dengan segala keterbatasan yang peneliti miliki, maka peneliti mempunyai beberapa saran :

1. Perawat perlu meningkatkan pengetahuan dalam bidang keperawatan melalui pendidikan keperawatan berkelanjutan atau mengikuti pelatihan,

- seminar atau diklat/kursus sebab pengetahuan yang memadai dapat mempengaruhi perilaku dalam memberikan layanan keperawatan khususnya dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan.
2. Kepada Rumah Sakit hendaknya tetap diupayakan pengadaan sarana dan prasarana yang memadai khususnya untuk pelaksanaan dokumentasi keperawatan walaupun tidak dilakukan penelitian tentang ini serta membentuk komite /tim evaluasi pelaksanaan dokumentasi keperawatan sehingga pengetahuan yang cukup dan perilaku yang baik ditunjang dengan sarana dan prasarana yang memadai upaya pelaksanaan dokumentasi keperawatan yang benar dan memenuhi standart akan tercapai sesuai dengan apa yang diharapkan.
  3. Untuk peneliti berikutnya perlu dilanjutkan penelitian ini tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan dokumentasi keperawatan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Al Barry M.D, ( 1994 ). *Kamus Modern Bahasa Indonesia*. Arkula, Yogyakarta.
- Arikunto S, ( 1998 ). *Prosedur Penelitian*. PT. Rineka Cipta Jakarta.
- Arisanto Luluk ( 2000 ) *Rencana Strategi Bidang Perawatan RS Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang*
- Azwar S, ( 2002 ). *Sikap Manusia Teori, dan Pengukurannya*. Pustaka Pelajar Yogyakarta
- Azwar S, ( 1996 ). *Pengantar Administrasi Kesehatan*. Bina Rupa Aksara Jakarta.
- Dep Kes RI, ( 1993 ). *Pedoman Penerapan Proses Keperawatan Di Rumah Sakit*. Dir Jen Yan Med dengan WHO, Jakarta.
- Effendy N, ( 1995 ). *Pengantar Proses Keperawatan*. ECG, Jakarta.
- Hurlock B Elizabeth ( 2001 ), *Psikologi Perkembangan*, Erlangga. Jakarta
- Irwanto, ( 1997 ). *Psikologi Umum*. Gramedia pustaka Utama. Jakarta.
- Keliat Budi Anna, ( 1994 ). *Proses Keperawatan*. ECG. Jakarta.
- Keliat Budi Anna, dkk, ( 1999 ). *Proses Keperawatan Jiwa*. ECG. Jakarta.
- Mutaqin Z, ( 1997 ). *Dokumentasi Asuhan Keperawatan*. Lawang.
- Notoatmodjo S, ( 1993 ). *Metode Penelitian Kesehatan*. PT. Rineka Cipta. Jakarta.
- Nursalam @ Siti Pariani, ( 2001 ). *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. CV. Sagung Seto. Jakarta.
- Nursalam, ( 2001 ). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep & Praktek*. Salemba Medika. Jakarta.
- Sajian Program Pendidikan Akta Mengajar III – IV DepDikBud*. Fakultas Ilmu Pendidikan IKIP Negeri Malang.

- Singarimbun M, Effendy S, ( 1995 ). *Metodologi Penelitian Survey*. LP3ES. Jakarta.
- Soekidjo Notoatmodjo, ( 2002 ). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. PT Rineka Cipta, Jakarta.
- Sugiyono, ( 2001 ). *Metodologi Penelitian Administrasi*. Alfabeta. Bandung.
- Tampubolon Daulat Purnama ( 2001 ) *Perguruan Tinggi Bermutu*, PT Gramedia Pustaka Utama. Jakarta
- Tueng Y, ( 1993 ). *Prinsip-Prinsip Merawat Berdasarkan Pendekatan Proses Keperawatan*. ECG. Jakarta.



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL  
UNIVERSITAS AIRLANGGA  
FAKULTAS KEDOKTERAN

PROGRAM STUDI D.IV PERAWAT PENDIDIK

Jalan Mayjen Prof. Dr. Moestopo 47 Surabaya Facs : 5022472  
Telp. (031) 5012496 - 5020251 - 5030252 - 5030253 Kode Pos : 60131

Surabaya, 24 Pebruari 2003

Nomor : 2102/JO3.1.17/D-IV & PSIK/2002  
Lampiran : 1 (satu) Berkas.  
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Pengumpulan Data  
Mahasiswa DIV Perawat Pendidik - FK UNAIR

Kepada Yth. :

Diraktor RSI Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang

Di -  
Tempat.

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi DIV Perawat Pendidik Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun proposal penelitian terlampir.

Nama : Lucia Retnowati  
NIM : 010110353 R  
Judul Penelitian : Hubungan Antara Pengetahuan Perawat Dan Pelaksana  
naan Dokumentasi Keperawatan Di Ruang Rawat Inap  
Tempat : Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang

Atas perhatian dan kerjasamanya , kami sampaikan terima kasih.

a.n. Ketua Program  
Pembantu Ketua I

Narsalam Mnurs (Hons)  
NIP. : 140 238 226

Tembusan :



DEPARTEMEN KESEHATAN RI  
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN MEDIK  
**RSJ. DR. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG**

Jl. Jend. A. YANI TELP. (0341) 426015, 429067, FAX. (0341) 425636 LAWANG-65208  
E-mail : [pnd.rsjpl@malang.wasantara.net.id](mailto:pnd.rsjpl@malang.wasantara.net.id) [drpandu@telkom.net](mailto:drpandu@telkom.net)



Nomor : DL.02.02.8.3.0449  
Lampiran : --  
Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Pengumpulan Data

Lawang , 4 Maret 2003.

Kepada Yth.  
Ketua Prodi Ilmu Keperawatan FK. Unair.Surabaya  
Jl. Mayjen. Prof. Dr. Soetopo 47 Surabaya  
Telp.031-5012496,502025,5030252,5030253 - Fax. 5022472  
SURABAYA.

Sehubungan dengan surat Saudara Nomor : 2102/J03.1.17/D.IV&PSIK/2002 tanggal 24-2-2003 perihal sebagaimana dimaksud pada pokok surat, dengan ini disampaikan bahwa kami dapat menerima Mahasiswa Saudara an :

Nama : Lucia Retnowati  
Nim : 010110353.R

Judul Penelitian : ~~"Hubungan Antara Pengetahuan Perawat Dan Pelaksanannya Dokumentasi Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSJ Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang"~~

Adapun ketentuan yang harus dipenuhi adalah sbb.,

4. Sanggup mentaati peraturan dan tata tertib Rumah Sakit Jiwa Dr.Radjimar Wediodiningrat Lawang.
5. Memenuhi persyaratan administrasi yang ditentukan.
6. Mengirimkan satu Exp. Hasil penelitian ke RSJ.Dr.Radjiman W. Lawang.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

an Direktur

Wakil Pelayanan Medik.



Dr. KINTONO Sp.KJ.

NIP. 140. 119 270

Tembusan : dikirimkan kepada Yth.

1. Wadir. Yan.Medik.
2. Ka.Bag.Sekretariat.
3. Ka.Bid.Perawatan
4. Ka.Tim Diklat.
5. Saudara Ybs.
6. Arsip.

*Lampiran 3*

Surat

Kepada

Yth. Bapak / Ibu / Sdr / I Perawat

Di

RSJ. Dr. Radjiman Wediodingrat

Lawang

Informasi Penelitian

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

N a m a : Lucia Retnowati

NIM : 010110353 R

Mahasiswa D-IV Perawat Pendidik Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya , ingin mendapatkan informasi yang berkaitan dengan penelitian saya yang berjudul “Hubungan Antara Pengetahuan Perawat Dan Pelaksanaan Dokumentasi Keperawatan Pasien Gangguan Jiwa di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang “.

Untuk itu saya mohon dengan hormat kesediaan Bapak / Ibu / Sdr / I untuk mengisi kuesioner penelitian saya. Bagi yang bersedia , saya mohon menandatangani lembar pernyataan bersedia menjadi responden. Atas partisipasinya saya ucapkan terima kasih.

Selamat bertugas.

Lawang , ..... 2003

Peneliti

*Lampiran 4*

**PERNYATAAN BERSEDIA MENJADI RESPONDEN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia untuk turut berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa D4 Perawat Pendidik Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang berjudul “Hubungan Antara Pengetahuan Perawat Dan Pelaksanaan Dokumentasi Keperawatan Pasien Gangguan Jiwa di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang “.

Tanda tangan saya menunjukkan bahwa saya diberi informasi dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Lawang, 2003  
Responden

( ..... )

*Lampiran 5*

**LEMBAR KUESIONER**

**Judul Penelitian** : “ Hubungan Antara Pengetahuan Perawat Dan Pelaksanaan Dokumentasi Keperawatan Pasien Gangguan Jiwa di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Jiwa Dr. Radjiman Wediodiningrat Lawang ”.

**Kode Responden** : .....

**Tanggal Pengisian** : .....

**PETUNJUK :**

Mohon dijawab pada kolom yang tersedia dengan cara memberi tanda  $\surd$  pada kotak yang anda pilih.

1. Demografi :

Pendidikan Perawat

- SD
- SMP
- SMA / SPK
- Akademi / Akper
- Perguruan Tinggi / S1 Keperawatan

Usia Perawat

- 20 – 30 tahun
- 31 – 40 tahun
- 41 – 50 tahun
- > 50 tahun

Jenis Kelamin

- Laki-laki
- Perempuan

Lama Bekerja

- < 5 tahun
- 6 – 15 tahun
- 16 – 25 tahun
- > 25 tahun

Petunjuk :

**Jawablah pertanyaan dibawah ini dengan memilih ya atau tidak dengan cara memberi tanda  $\surd$  pada kolom.**

1. Menurut saudara dokumentasi keperawatan adalah pengarsipan sebagai dokumen
2. Menurut saudara dokumentasi keperawatan adalah merupakan bukti dari pelaksanaan keperawatan
3. Menurut saudara perawat dalam mendokumentasikan keperawatan bisa menyuruh orang lain.

Ya	Tidak

	Ya	Tidak
4. Menurut saudara dokumentasi keperawatan adalah merupakan alat komunikasi.		
5. Menurut saudara dokumentasi keperawatan adalah sebagai dokumentasi legal yang dapat dimanfaatkan dalam suatu pengadilan.		
6. Menurut saudara dokumentasi keperawatan adalah isinya rahasia dan privasi pasien.		
7. Menurut saudara dokumentasi keperawatan adalah isinya bisa dipelajari oleh setiap orang.		
8. Menurut saudara dokumentasi keperawatan adalah bisa dipakai oleh profesi lain.		
9. Menurut saudara dokumentasi keperawatan adalah mencakup pencatatan dan pelaporan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan profesional.		
10. Menurut saudara dokumentasi keperawatan adalah tidak mutlak harus ada.		
11. Menurut saudara dokumentasi keperawatan adalah formatnya adalah berdasarkan kebijakan setempat.		
12. Menurut saudara dokumentasi keperawatan mencatatnya tidak harus segera setelah pengkajian.		
13. Menurut saudara dokumentasi keperawatan tulisannya diketik yang rapi.		
14. Menurut saudara dokumentasi keperawatan isinya juga mencakup pelaporan medis.		
15. Menurut saudara dokumentasi keperawatan isinya adalah catatan keperawatan.		

16. Menurut saudara dokumentasi keperawatan catatannya harus ringkas dan mudah dibaca.
17. Menurut saudara dokumentasi keperawatan sama dengan metoda pemecahan masalah.
18. Menurut saudara dokumentasi keperawatan dapat dipergunakan untuk penelitian.
19. Menurut saudara dokumentasi keperawatan dapat dipergunakan untuk uji statistik.
20. Menurut saudara dokumentasi keperawatan adalah tidak perlu sesuai dengan standart

Ya	Tidak

**Lampiran 6**

**EVALUASI STUDI DOKUMENTASI PENERAPAN STANDAR ASUHAN  
KEPERAWATAN ( INSTRUMENT A )  
DI RUMAH SKAIT JIWA Dr. RADJIMAN WEDIODININGRAT LAWANG  
RUANG : ..... TANGGAL : .....**

NO	ASPEK YANG DINILAI	YA	TIDAK
<b>A</b>	<b>PENGAJIAN</b>		
A1	Mencatat data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian		
A2	Data dikelompokkan ( bio – psiko – sosio – spiritual )		
A3	Data dikaji sejak pasien masuk sampai pulang		
A4	Maslaah dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kesehatan		
	Sub Total		
	Total dan Prosentase		
<b>B</b>	<b>DIAGNOSA</b>		
B1	Diagnosa keperawatan berdasarkan maslaah yang telah dirumuskan		
B2	Diagnosa keperawatan terdiri dari PE dan PES		
B3	Merumuskan diagnosa keperawatan aktual dan risiko ( potensial )		
	Sub Total		
	Total dan Prosentase		
<b>C</b>	<b>PERENCANAAN</b>		
C1	Rencana tindakan berdasarkan diagnosa keperawatan		
C2	Rencana tindakan disusun menurut urutan prioritas		
C3	Rumusan tujuan mengandung komponen pasien / subyek, perubahan perilaku, kondisi pasien dan atau kriteria		
C4	Rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas		
C5	Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien keluarga		
C6	Rencana tindakan menggambarkan kerjasama dengan tim kesehatan		
	Sub Total		
	Total dan Prosentase		
<b>D</b>	<b>TINDAKAN</b>		
D1	Tindakan yang dilaksanakan mengacu pada rencana keperawatan		
D2	Perawatan mengobservasi respon pasien pada tindakan keperawatan		
D3	Revisi tindakan berdasarkan evaluasi		
D4	Rencana tindakan yang dilaksanakan dicatat dengan jelas dan singkat		
	Sub Total		
	Total dan Prosentase		
<b>E</b>	<b>EVALUASI</b>		
E1	Evaluasi mengacu pada tujuan		
E2	Hasil evaluasi dicatat		
	Sub Total		
	Total dan Prosentase		

<b>F</b>	<b>CATATAN ASUHAN KEPERAWATAN</b>		
F1	Menulis pada format yang baku		
F2	Pencatatan dilakukan sesuai dengan tindakan yang dilaksanakan		
F3	Pencatatan ditulis jelas, ringkas, menggunakan istilah baku dan benar		
F4	Setiap melakukan tindakan / kegiatan, perawat mencantumkan paraf, nama jelas, tanggal dan jam tindakan yang dilakukan		
F5	Berkas catatan keperawatan, disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku		
	Sub Total		
	Total dan Prosesntase		

No	Aspek Yang Dinilai
1	Pengkajian
2	Diagnosa
3	Perencanaan
4	Tindakan / Implementasi
5	Evaluasi
6	Catatan Keperawatan
	Jumlah
	Prosentase

Keterangan :

- Kotak diisi dengan sub total pada analisa data
- Prosesntase adalah prosentase tiap rekam medik =

$$\text{Prosesntase} = \frac{\text{Total}}{24 \Sigma \text{Aspek yang dinilai}} \times 100 \%$$

Studi Dokuementasi Penerapan Proses Keperawatan

Di Ruang : .....

RSJ : .....

No	Aspek Yang Dinilai	Prosesntase
1	Pengkajian	
2	Diagnosa	
3	Perencanaan	
4	Tindakan / Implementasi	
5	Evaluasi	
6	Catatan Keperawatan	
	Rata-rata	

Lampiran 7

TABULASI DATA

No	Pengetahuan	Pelaksanaan Dokumentasi Keperawatan
1.	2	3
2.	2	3
3.	3	3
4.	3	3
5.	3	3
6.	3	3
7.	2	3
8.	3	3
9.	3	3
10.	2	3
11.	3	3
12.	3	3
13.	3	3
14.	3	3
15.	2	1
16.	2	1
17.	2	3
18.	3	3
19.	3	3
20.	3	3
21.	2	3
22.	3	3
23.	3	3
24.	3	3
25.	3	3
26.	3	3
27.	3	3
28.	3	3
29.	3	3
30.	3	2
31.	2	1
32.	2	1

33.	2	2
34.	2	1
35.	2	1
36.	2	1
37.	3	3
38.	2	2
39.	2	2
40.	3	3
41.	2	2
42.	3	3
43.	2	1
44.	2	3
45.	2	1
46.	2	2
47.	2	1
48.	2	1
49.	2	1
50.	2	2
51.	2	1
52.	2	1
53.	2	1
54.	2	2

Keterangan :

Pengetahuan responden tentang pelaksanaan dokumentasi keperawatan

1 = Kurang

2 = Cukup

3 = Baik

Observasi pelaksanaan dokumentasi keperawatan

1 = Kurang

2 = Cukup

3 = Baik

## Crosstabs

## Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
Pengetahuan * Pelaksanaan Dokumentasi Keperawatan	54	100.0%	0	.0%	54	100.0%

## Pengetahuan \* Pelaksanaan Dokumentasi Keperawatan Crosstabulation

			Pelaksanaan Dokumentasi Keperawatan			Total
			Kurang	Cukup	Baik	
Pengetahuan	Cukup	Count	15	7	7	29
		Expected Count	8.1	3.8	17.2	29.0
	Baik	Count	0	0	25	25
		Expected Count	6.9	3.2	14.8	25.0
Total		Count	15	7	32	54
		Expected Count	15.0	7.0	32.0	54.0

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	32.004 <sup>a</sup>	2	.000
Likelihood Ratio	40.943	2	.000
Linear-by-Linear Association	27.812	1	.000
N of Valid Cases	54		

a. 2 cells (33.3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3.24.