

NASKAH PUBLIKASI

**FAKTOR-FAKTOR YANG BERHUBUNGAN DENGAN
PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN
PERIANESTESI DI RSUD PROF DR MARGONO
SOEKARJO PURWOKERTO DAN RS PKU
MUHAMMADIYAHDI YOGYAKARTA**



MASYITHA BAHAR
NIM. P07120215064

**PRODI D-IV KEPERAWATAN
JURUSAN KEPERAWATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES YOGYAKARTA
TAHUN 2017**

**FACTORS RELATED TO DOCUMENTING NURSING
PERIANESTESI DI HOSPITAL PROF DR MARGONO
SOEKARJO PURWOKERTO AND
RS PKU MUHAMMADIYAH
IN YOGYAKARTA**

Masyitha Bahar¹, Kirnantoro², Sarka Ade Susana³

¹ RSUD Prof Dr Margono Soekarjo Purwokerto dan RS PKU Muhammadiyah di Yogyakarta

^{2,3} Nursing Department of the Ministry of Health Poltekkes Yogyakarta

Email; masyitha.mb83@yahoo.co.id

ABSTRACT

Negligence nurses consistently appear in the medical records of the cases ended in convictions, among others; incompleteness initial history and physical examination, failed to assess and take the appropriate action, incompleteness, or the inadequate documentation. This study aims to determine the factors associated with nursing care documentation perianestesi in Hospital Prof Dr Margono Soekarjo Purwokerto and PKU Muhammadiyah Hospital in Yogyakarta. This study design was observational analytic. Using a cross sectional study design. The population in the study were nurse anesthetist who worked in Hospital Prof Dr Margono Soekarjo Purwokerto, RS PKU Muhammadiyah Hospital in Yogyakarta and Bantul Muhammadiyah PKU totaling 30 people. Sampling by total sampling obtained 5630 votes. Data were analyzed using chi-square test. Respondents who did well educated documentation D4 / S1 and that 11 (36.7%) attended training 7 (23.3%), has a complete facility that is 15 people (50%) and do documentation of less than or equal to 30 min of 15 people (50%). Factors associated with nursing care documentation perianestesi is education ($p = 0.006$) and training ($p = 0.007$). Factors not related to nursing care documentation perianestesi is the means ($p = 0.547$) and time ($p = 0.161$).

Key words: documentation of nursing care perianestesi

PENDAHULUAN

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan salah satu dokumen yang cukup penting. Pendokumentasian ini tentu berkaitan dengan kinerja perawat dalam melaksanakan tugasnya. Pendokumentasian merupakan bukti legal pelaksanaan pelayanan di rumah sakit. Kualitas pelayanan di suatu rumah sakit salah satunya dapat dilihat dari pelaksanaan

pendokumentasian asuhan keperawatan¹.

Kelalaian perawat muncul secara konsisten dalam rekam medis tentang kasus yang berakhir dengan tuntutan hukum antara lain; ketidaklengkapan riwayat awal dan pemeriksaan fisik, gagal mengkaji dan melakukan tindakan yang tepat, ketidaklengkapan atau ketidakadekuatan dokumentasi. Selain itu keharusan perawat

mencatat informasi di beberapa tempat sering menyebabkan perawat tidak mengisi satu format atau lebih secara lengkap².

Pendokumentasian yang tidak lengkap akan memberikan kerugian bagi klien karena informasi penting terkait perawatan dan kondisi kesehatannya terabaikan. Pendokumentasian yang tidak efisien dan tidak efektif akibat dari kualitas dan keakuratannya kurang memadai menyebabkan terjadinya kesalahan komunikasi antar perawat maupun profesi lain³. Komisi keselamatan perawatan dan kualitas kesehatan Australia pada 2008 mengidentifikasi 13% dari kesalahan manajemen klinis berasal dari kesalahan dokumentasi⁴. Penelitian terkait pendokumentasian yang dilakukan di instalasi rawat inap Rumah sakit Mariner Cilandak Jakarta adalah rata-rata pendokumentasian sebesar 60,77%. Hal ini masih dibawah standar yang ditetapkan Depkes yaitu >85%⁵. Penelitian lain menunjukkan bahwa pendokumentasian rerata belum lengkap (71,6%), dan beban kerja perawat sebagian besar tinggi (52,2%)⁶.

Berdasarkan data yang di peroleh, dengan melihat 5 rekam medik pasien yang telah di lakukan operasi, dari 5 rekam medik tersebut peneliti amati belum lengkap terisi data pada pengkajian dan evaluasi. Format catatan keperawatan perioperatif/perianestesi sudah dibuat secara sederhana akan tetapi perawat yang bertugas di kamar operasi beranggapan masih terlalu banyak format yang harus diisi, ditambah lagi dengan beban kerja yang tinggi sehingga kurang maksimalnya pelaksanaan pendokumentasian.

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Faktor-faktor yang berhubungan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan perianestesi di RSUD Prof Dr Margono Soekarjo Purwokerto dan RS PKU Muhammadiyah di Yogyakarta.

METODE

Desain penelitian ini adalah observasi analitik. Rancangan penelitian menggunakan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian adalah perawat anestesi yang bekerja di RSUD Prof Dr Margono Soekarjo Purwokerto, RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta dan RS PKU Muhammadiyah Bantul yang berjumlah 30 orang. Pengambilan sampel dengan cara total sampling didapatkan 5630 orang. Analisa data menggunakan uji *chi square*.

HASIL PENELITIAN

Karakteristik responden

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Tahun 2016 (n=30)

No.	Karakteristik	F	%
1.	Umur		
	a. 17-25 tahun	1	3,3
	b. 26-35 tahun	11	36,7
	c. 36-45 tahun	11	36,7
	d. 46-55 tahun	7	23,3
2.	Jenis kelamin		
	a. Laki-laki	22	73,3
	b. Perempuan	8	26,7
3.	Pendidikan		
	a. D4/S1	11	36,7
	b. D3	19	63,3
4.	Pelatihan		
	a. Pernah	21	70
	b. Tidak pernah	9	30
5.	Sarana		
	a. Lengkap	22	73,3
	b. Tidak lengkap	8	26,7
6.	Waktu pendokumentasian		
	a. Cepat	19	63,3
	b. Lambat	11	36,7
	Jumlah	30	100

Sumber : data primer 2016

Tabel 1. memperlihatkan bahwa sebagian besar responden berumur 26-35 tahun dan 36-45 tahun yaitu masing-masing 11 orang (36,7%), laki-laki yaitu 22 orang (73,3%), berpendidikan D3 yaitu 19 orang (63,3%), pernah mengikuti pelatihan yaitu 21 orang (70%), sarana pendokumentasian lengkap yaitu 22 orang (73,3%) dan waktu yang dibutuhkan untuk melakukan pendokumentasian termasuk cepat yaitu 19 orang (63,3%).

Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Perianestesi di RSUD Prof Dr Margono Soekarjo Purwokerto dan RS PKU Muhammadiyah di Yogyakarta

Tabel 2.

Distribusi Frekuensi Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Perianestesi di RSUD Prof Dr Margono Soekarjo Purwokerto dan RS PKU Muhammadiyah di Yogyakarta tahun 2016

Resp	Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Perianestesi	F	%
1.	Baik	20	63,3
2.	Tidak baik	10	36,7
	Total	30	100

Sumber : data primer 2016

Tabel 2. memperlihatkan bahwa sebagian besar responden melakukan pendokumenasian dengan baik yaitu 20 (73,3%) sedangkan responden yang melakukan pendokumentasian tidak baik yaitu 10 orang (36,7%).

Hubungan Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan pendokumentasian Asuhan Keperawatan Perianestesi

Tabel 3.

Hubungan Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan pendokumentasian Asuhan Keperawatan Perianestesi

No	Karakteristik	Pendokumentasian		Chi square			
		Baik		Tidak baik			
		f	%	f	%		
1.	Pendidikan						
	a. D4/S1	10	33,3	1	3,3	4,593	0,037
	b. D3	10	33,3	9	30		
2.	Pelatihan					0,714	0,344
	a. Pernah	13	43,3	8	26,		
	b. Tidak pernah	7	23,3	2	7		
3.	Sarana					0,085	0,548
	a. Lengkap	15	50	7	23,		
	b. Tidak lengkap	5	16,7	3	3		
4.	Waktu Pendokumentasian					1,975	0,161
	a. Cepat	15	50	4	13,		
	b. Lambat	6	20	5	3		

Sumber : data primer 2016

Tabel 3. memperlihatkan bahwa Responden yang melakukan pendokumentasian dengan baik berpendidikan D4/S1 dan yaitu 11 orang (36,7%) pernah mengikuti pelatihan 7 orang (23,3%), memiliki sarana lengkap yaitu 15 orang (50%) dan melakukan pendokumentasian kurang atau sama dengan 30 menit yaitu 15 orang (50%). Faktor yang berhubungan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan perianestesi adalah pendidikan ($p = 0,006$) dan pelatihan ($p = 0,007$). Faktor yang tidak berhubungan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan perianestesi adalah sarana ($p = 0,547$) dan waktu ($p = 0,161$).

PEMBAHASAN

Tabel 2. memperlihatkan bahwa sebagian besar responden melakukan pendokumenasian dengan baik yaitu 20 (63,3%) sedangkan responden yang melakukan pendokumentasian tidak baik yaitu 10 orang (33,3%). Penelitian sesuai dengan penelitian yang menunjukkan bahwa pendokumentasian rerata belum lengkap (71,6%), dan beban kerja perawat sebagian besar tinggi (52,2%)⁶.

Dokumentasiasuhan keperawatan merupakan salah satu dokumen yang cukup penting. Pendokumentasian ini tentu berkaitan dengan kinerja perawat dalam melaksanakan tugasnya. Pendokumentasian merupakan bukti legal pelaksanaan pelayanan di rumah sakit. Kualitas pelayanan di suatu rumah sakit salah satunya dapat dilihat dari pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan¹. Pendokumentasian berguna bagi rumah sakit untuk meningkatkan standar akreditasi, sebagai alat komunikasi antar profesi, indikator pelayanan mutu, bukti tanggung jawab, dan tanggung gugat perawat, sumber data dan sebagai sarana penelitian⁴.

Hubungan faktor pendidikan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan perianestesi.

Tabel 3. memperlihatkan bahwa berdasarkan pendidikan, sebagian besar responden berpendidikan D4/S1 dan melakukan pendokumentasian dengan baik yaitu 10 orang (33,3%). Hasil uji *chi square* didapatkan nilai $X^2_{4,593}$ dengan signifikansi (p) 0,037 sehingga dapat disimpulkan ada

hubungan pendidikan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan.

Pendidikan berpengaruh terhadap perilaku pendokumentasian asuhan keperawatan perianestesi. Pendidikan merupakan faktor dominan yang mempengaruhi perilaku seseorang, semakin tinggi tingkat pendidikan maka pengetahuan orang tersebut akan semakin baik. Pengetahuan mempengaruhi perilaku seseorang dimana seseorang akan berperilaku sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya⁷.

Responden yang berpendidikan D4/S1 mempunyai kecenderungan untuk melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan perianestesi dengan baik. Standar praktek keperawatan perawat profesional yang dibuat organisasi profesi perawat (PPNI), standar I adalah ilmu pengetahuan yaitu seorang perawat profesional (perawat teregistrasi), dalam melaksanakan proses keperawatan didasarkan pada ilmu pengetahuan dan materi yang relevan dengan keperawatan yang berasal dari ilmu-ilmu lain dan humaniora, serta secara terus menerus mengembangkan diri sepanjang kehidupan keprofesiannya⁸.

Penelitian ini didapatkan responden dengan pendidikan D3 dan melakukan pendokumentasian dengan kategori tidak baik. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat pendidikan mempengaruhi kinerja perawat termasuk dalam pendokumentasian asuhan keperawatan perianestesi. Kelalaian perawat muncul secara konsisten dalam rekam medis tentang kasus

yang berakhir dengan tuntutan hukum antara lain; ketidaklengkapan riwayat awal dan pemeriksaan fisik, gagal mengkaji dan melakukan tindakan yang tepat, ketidaklengkapan atau ketidakadekuatan dokumentasi. Selain itu keharusan perawat mencatat informasi di beberapa tempat sering menyebabkan perawat tidak mengisi satu format atau lebih secara lengkap².

Hubungan faktor pelatihan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan perianestesi.

Berdasarkan pelatihan, responden yang pernah mengikuti pelatihan dan melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan baik ada 13 orang (43,3%). Hasil uji *chi square* didapatkan nilai X^2 0,714 dengan signifikansi (p) 0,344 sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan pelatihan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan.

Responden yang telah mendapatkan pelatihan pada dasarnya mendapatkan informasi tentang pentingnya pendokumentasian asuhan keperawatan perianestesi. Pelatihan yang diterima perawat anestesi dapat memberikan kesadaran perawat untuk melakukan pendokumentasian dengan baik. Namun tidak menutup kemungkinan perawat yang telah mendapatkan pelatihan tidak melakukan pendokumentasian dengan baik. Hal tersebut dibuktikan dengan masih adanya perawat melakukan pendokumentasian dengan tidak lengkap. Penelitian terkait pendokumentasian yang dilakukan di instalasi rawat inap

Rumah sakit Marinir Cilandak Jakarta adalah rata-rata pendokumentasian sebesar 60,77%. Hal ini masih dibawah standar yang ditetapkan Depkes yaitu >85%⁵.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian yang menyatakan bahwa ada hubungan antara kualitas dokumentasi asuhan keperawatan dengan pelatihan, kualitas dokumentasi akan meningkat sebesar 1,60 kali pada perawat yang pernah pelatihan dibanding yang belum pernah pelatihan⁵. Hasil penelitian ini juga tidak sejalan dengan pendapat yang menyatakan fokus dari peningkatan pengetahuan melalui pelatihan meningkatkan dokumentasi keperawatan yang dilakukan oleh perawat⁴.

Hubungan faktor sarana dengan pendokumentasian asuhan keperawatan perianestesi.

Berdasarkan sarana, sebagian besar responden memiliki sarana lengkap dan melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan baik yaitu 15 orang (50%). Hasil uji *chi square* didapatkan nilai X^2 0,085 dengan signifikansi (p) 0,548 sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan sarana dengan pendokumentasian asuhan keperawatan.

Responden yang melakukan pendokumentasian dengan baik dapat dipengaruhi oleh masa kerja perawat yang cukup lama. Seseorang yang mempunyai masa kerja lebih lama akan mempunyai pengalaman, pengetahuan dan keterampilan yang lebih dibanding perawat yang mempunyai masa kerja lebih pendek terhadap tanggung jawabnya. Hal ini

sesuai hasil penelitian yang menyebutkan setiap penambahan masa kerja 1 (satu) tahun maka kualitas dokumentasi proses keperawatan akan mengalami peningkatan sebesar 0,91 setelah dikontrol oleh variabel motivasi kebutuhan kekuasaan, kebutuhan afiliasi, kebutuhan berprestasi, supervisi, pendidikan pengetahuan dan pelatihan⁵.

Responden yang tidak melakukan pendokumentasian dengan tidak baik dapat disebabkan karena pengaruh beban kerja yang tinggi. Perawat yang mempunyai beban kerja tinggi tidak melakukan pendokumentasian dengan lengkap. Hasil juga menunjukkan terdapat hubungan yang bermakna antara beban kerja dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan. Berdasarkan hasil penelitian dari semua perawat yang mempunyai beban kerja tinggi tersebut hanya 16,7% yang melakukan pendokumentasian dengan lengkap⁶. Hasil penelitian ini sejalan dengan pendapat bahwa beban kerja perawat yang tinggi memengaruhi produktivitas kinerja perawat termasuk kegiatan pendokumentasian asuhan keperawatan⁹.

Hubungan faktor waktu/lama dalam pendokumentasian dengan dokumentasi asuhan keperawatan perianestesi.

Berdasarkan waktu pendokumentasian, sebagian besar responden melakukan pendokumentasian kurang atau sama dengan 30 menit dan melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan baik yaitu 15

orang (50%). Hasil uji *chi square* didapatkan nilai X^2 0,085 dengan signifikansi (p) 0,548 sehingga dapat disimpulkan tidak ada hubungan waktu pendokumentasian dengan pendokumentasian asuhan keperawatan.

Penelitian yang menyebutkan terdapat hubungan yang bermakna antara manajemen waktu dengan pendokumentasian asuhan keperawatan. Pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan juga dipengaruhi oleh manajemen waktu perawat yang merupakan proses untuk menyusun dan mencapai tujuan, memperkirakan waktu dan sumber-sumber waktu yang dibutuhkan untuk mencapai masing-masing tujuan dan mendisiplinkan diri sendiri. Selain itu, manajemen waktu dapat mengurangi tingkat stress¹⁰.

Pendokumentasian asuhan keperawatan tidak lengkap disebabkan beberapa hal. Pendokumentasian tidak memadai disebabkan oleh tidak sinkronnya proses keperawatan yang didokumentasikan¹¹. Perawat terkadang inkonsisten dalam mendokumentasikan waktu pelaksanaan tindakan¹². Pendidikan kesehatan yang dilakukan perawat tidak terstruktur dan jarang didokumentasikan¹³. Tanda tangan setiap kegiatan perawat, simbol dan singkatan dalam dokumentasi masih belum dilakukan dengan konsisten¹⁴. Tulisan perawat kadang-kadang tidak jelas dan kalimat yang tidak sesuai dengan intervensi yang dilakukan¹⁵. Selain itu, perawat kadang-kadang menulis pendokumentasian tindakan pada tempat yang salah dalam format yang sudah ditetapkan¹⁶.

KESIMPULAN

1. Ada hubungan faktor pendidikan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan perianestesi ($p = 0,037$).
2. Tidak ada hubungan faktor pelatihan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan perianestesi ($p = 0,344$).
3. Tidak ada hubungan faktor sarana dengan pendokumentasian asuhan keperawatan perianestesi ($p = 0,548$).
4. Tidak ada hubungan faktor waktu/lama dalam pendokumentasian dengan dokumentasi asuhan keperawatan perianestesi ($p = 0,161$).

SARAN

Bagi rumah sakit agar hasil penelitian ini menjadi salah satu bahan masukan untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit khususnya tentang pendokumentasian asuhan keperawatan perianestesi di bidang pelayanan keperawatan anestesi terhadap pasien

DAFTAR PUSTAKA

1. Wang, N., D. Hailey, and P. Yu. (2011). Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: A mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*.
2. Iyer, P.W., dan Camp, N.H. (2008). *Dokumentasi keperawatan: Suatu pendekatan proses keperawatan* (3th Ed.). Terjemahan oleh: *Sari Jurnal Keperawatan Indonesia*, Vol. 16, No. 2, Juli 2013.
3. Braaf, S., E., Manias, and Riley, R., (2011). The role of documents and documentation in communication failure across the perioperative pathway: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*.
4. Jefferies, D., Johnson, M., Nicholls, D. and Lad. S., (2012). A ward-based writing coach program to improve the quality of nursing documentation. *Journal Nurse Education Today*.
5. Lusianah. (2008). Hubungan motivasi dan supervisi dengan kualitas dokumentasi keperawatan di instalasi rawat inap Rumah Sakit Marinir Cilandak Jakarta. *Tesis*, tidak dipublikasikan. Jakarta: Program Magister Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
6. Siswanto, (2013). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan. *Skripsi*. FIK. UI.
7. Notoatmodjo 2010, *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Rineka Cipta : Jakarta
8. PPNI. (2009). *Keperawatan dan Praktek Keperawatan*. Jakarta: DPP PPNI.
9. Ilyas, Y. (2012). *Kinerja: Teori, penilaian, dan penelitian* (Edisi revisi). Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat UI.
10. Yusuf, M., (2013). Hubungan Manajemen Waktu Perawat Pelaksana Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Kelas III Rumah Sakit

Umum Daerah dr. Zainoel abidin tahun 2013. *Jurnal Ilmu Keperawatan*. ISSN: 2338-6371. PSIK-FK Universitas Syiah Kuala Banda Aceh

11. Bergh, A.L., Bergh, C.H., & Friberg, F. (2007). How do nurses record pedagogical activities? Nurses' documentation in patient records in a cardiac rehabilitation unit for patients who have undergone coronary artery bypass surgery. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1898–1907
12. Wong, F.W.H. (2009). Chart audit. *Journal for Nurses in Staff Development*.
13. Friberg, F., Bergh, A.L. and Lepp, M. (2006). In search of details of patient teaching in nursing documentation: An analysis of patient records in a medical ward in Sweden. *Journal of Clinical Nursing*.
14. Rykkje, L. (2009). Implementing electronic patient record and VIPS in medical hospital wards: evaluating change in quantity and quality of nursing documentation by using the audit instrument cat-ch-Ing. *Nursing Science & Research in Nordic Countries*.
15. Karlsen, R. (2007). Improving the nursing documentation: professional consciousness-raising in a Northern-Norwegian psychiatric hospital. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*.
16. Hayrinen, K., and Saranto, K., (2009). The use of nursing terminology in electronic documentation. *Studies in Health Technology & Informatics*.