

Hubungan Pengetahuan Perawat Dengan Keakuratan Dokumentasi Keperawatan di Instalasi Kesehatan Anak

The Relationship between Nurses' Knowledge and The Accuracy of Nursing Documentation in Pediatric Health Installation

Mia Purnama^{1*}, Itsna Luthfi Kholisa², Lely Lusmilasari²

¹Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada

²Departemen Keperawatan Anak dan Maternitas, Fakultas Kedokteran Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada

ABSTRACT

Background: Nursing documentation is a written record of nursing process done by nurses to the clients. Documentation made in the form of nursing care consist of assessment, diagnosis, planning, implementation, and evaluation. Nursing documentation as a tool of communication; supposed to be accurate. Inaccurate documentation led to misinterpretation and endangered patients' safety. The adoption of behavior based on knowledge last longer than the one was not based on knowledge. Nurses' behavior in nursing documentation must be based on body of knowledge to provide healthcare services.

Objective: To identify the correlation between nurses' knowledge and the accuracy of nursing documentation at Pediatric Health Installation, Kartika room, RSUP Dr. Sardjito, Yogyakarta.

Method: The research was conducted in Pediatric Health Installation of Kartika room at RSUP Dr. Sardjito on May to July 2018. It was a descriptive correlational study with cross-sectional design that the subjects are observed once and at a time (point time approach). The samples of the research were 30 nurses with 60 nursing documentation and used non-probability sampling techniques by consecutive sampling. Data collection techniques were using questionnaires and nursing documentation assessment sheets (D-Catch).

Results: More than half of the respondents (53,3%) good knowledge about nursing documentation and there were more than half of the respondents (60%) performed accurate nursing documentation. Statistical analysis a correlation test between knowledge and the accuracy of documentation using the Somers'd obtained a significance value 0,218 ($p > 0,05$).

Conclusion: There is no correlation between knowledge and the accuracy of nursing documentation.

Keywords: accuracy, knowledge, nursing documentation

ABSTRAK

Latar belakang: Dokumentasi keperawatan merupakan suatu catatan tertulis mengenai asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, penegakan diagnosis, perencanaan, implementasi, hingga evaluasi. Dokumentasi keperawatan merupakan bentuk komunikasi yang apabila tidak dituliskan secara akurat dapat menimbulkan kesalahan interpretasi dan dapat membahayakan keselamatan pasien. Pengetahuan terkait dokumentasi asuhan keperawatan bagi perawat adalah hal yang sangat penting karena digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan untuk melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan secara akurat.

Tujuan: Mengetahui bagaimana hubungan pengetahuan perawat dengan keakuratan dokumentasi keperawatan di Ruang Kartika Instalasi Kesehatan Anak RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

Metode: Penelitian dilakukan di Ruang Kartika Instalasi Kesehatan Anak RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta pada bulan Mei sampai Juli 2018. Jenis penelitian ini adalah deskriptif dengan rancangan *cross sectional*. Sampel pada penelitian ini sebanyak 30 perawat dengan 60 dokumentasi keperawatan yang ditentukan menggunakan teknik *non-probability sampling* secara *consecutive sampling*. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner pengetahuan dan lembar penilaian dokumentasi keperawatan (*D-Catch*).

Hasil: Lebih dari setengah responden (53,3%) memiliki pengetahuan yang baik tentang dokumentasi keperawatan dan lebih dari setengah responden (60%) melakukan dokumentasi keperawatan secara

Corresponding Author: **Mia Purnama**

Jl. Farmako Sekip Utara, Sendowo, Sinduadi, Mlati, Sleman, Yogyakarta 55281

Email: mia.purnama@mail.ugm.ac.id

akurat. Hasil uji korelasi variabel pengetahuan perawat dengan keakuratan dokumentasi menggunakan uji korelasi *Somers'd* didapatkan nilai signifikansi 0,218 ($p > 0,05$).

Kesimpulan: Tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan keakuratan dokumentasi keperawatan.

Kata kunci: dokumentasi keperawatan, keakuratan, pengetahuan

PENDAHULUAN

Pendokumentasian merupakan suatu fase penting dalam proses keperawatan karena akan menentukan kualitas perawatan, memiliki tanggung gugat serta pengembangan standar praktik keperawatan. Dokumentasi keperawatan dapat digunakan sebagai indikator kualitas perawatan¹ sebagai bukti hukum terhadap proses medis dan perawatan yang dilakukan pada pasien, data untuk penelitian maupun pengembangan pendidikan keperawatan, serta sebagai standar praktik klinis.^{2,3}

Penelitian oleh Tran & Johnson⁴ mengidentifikasi 13% kesalahan manajemen klinis dalam perawatan terkait dengan kesalahan pendokumentasian seperti ketidaklengkapan grafik, ketidaklengkapan data pendokumentasian (pengkajian, pemeriksaan, keputusan klinis, intervensi, maupun perkembangan kondisi), dan kegagalan dalam penyelesaian lembar kerja seperti data masuk, *transfer*, maupun *discharge*. Ketidakakuratan dokumentasi dapat memengaruhi kualitas perawatan sehingga pendokumentasian yang dilakukan perawat harus dilakukan secara akurat.⁵ Pengetahuan perawat merupakan salah satu faktor yang berpengaruh terhadap pelaksanaan dokumentasi keperawatan. Pengetahuan terkait dokumentasi asuhan keperawatan bagi seorang perawat merupakan hal yang sangat penting karena digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan untuk melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan baik dan benar.⁶

Berdasarkan hasil observasi dokumentasi keperawatan yang dilakukan pada 10 rekam medis oleh peneliti pada tanggal 11 dan 18 Agustus 2017 di Instalasi Kesehatan Anak RSUP Dr. Sardjito didapati hasil pendokumentasian yang bervariasi. Terdapat etiologi atau tanda dan gejala yang belum sesuai dengan laporan diagnosis keperawatan, tidak dituliskan waktu pelaksanaan pada catatan evaluasi kemajuan dan hasil, adanya penulisan diagnosis keperawatan yang tidak sesuai dengan standar bahasa keperawatan, serta penggunaan singkatan dan bahasa yang berbeda-beda dalam penulisan dokumentasi keperawatan.

Perilaku perawat dalam melakukan dokumentasi keperawatan harus didasari oleh pengetahuan mengenai pendokumentasian keperawatan agar dapat melakukan pelayanan yang maksimal.⁶ Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di ruang Kartika Instalasi Kesehatan Anak RSUP Dr. Sardjito melalui pengisian kuesioner pengetahuan dokumentasi keperawatan diketahui bahwa 2 dari 6 perawat memiliki pengetahuan yang kurang baik mengenai pendokumentasian keperawatan.

Penelitian mengenai hubungan pengetahuan terhadap keakuratan pendokumentasian keperawatan belum banyak dilakukan di Indonesia padahal dokumentasi yang akurat juga

merupakan salah satu pedoman pendokumentasian. Penelitian yang telah ada terkait hubungan pengetahuan dengan kelengkapan dokumentasi. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk mengetahui bagaimana hubungan pengetahuan perawat dengan keakuratan dokumentasi keperawatan di ruang Kartika RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

METODE PENELITIAN

Penelitian yang dilakukan merupakan jenis penelitian deskriptif dengan rancangan *cross sectional*. Penelitian dilakukan di salah satu rumah sakit di Yogyakarta pada Bulan Mei sampai dengan Juli 2018. Populasi penelitian untuk variabel pengetahuan perawat adalah perawat yang bertugas/bekerja di ruang instalasi Kartika di RSUP Dr Sardjito dengan dokumentasi keperawatan sebagai unit analisisnya. Teknik *sampling* yang digunakan adalah teknik *non-probability sampling* secara *consecutive sampling*. Sampel sejumlah 60 dokumentasi keperawatan dari 30 perawat.

Penelitian ini menggunakan lembar format kuesioner dan lembar format penilaian. Lembar format kuesioner terdiri dari kuesioner karakteristik responden dan kuesioner pengetahuan yang dilakukan modifikasi dari Pribadi,⁶ Herdiansyah,⁷ Mastini,⁸ dan Martini.⁹ Kuesioner pengetahuan perawat telah dilakukan uji coba validitas pada 30 responden yang mempunyai karakteristik hampir sama dengan sampel penelitian yaitu perawat yang bekerja di ruang Melati 5, Cempaka Mulya, dan Cendana 4 IRNA 1 RSUP Dr. Sardjito pada tanggal 16 Mei 2018 hingga 18 Mei 2018. Hasil uji validitas kuesioner pengetahuan perawat mengenai dokumentasi keperawatan menunjukkan 16 *item* memiliki nilai $p < 0,05$ sehingga dinyatakan valid, namun untuk 2 *item* tidak valid dan dihilangkan. *Item* yang dihilangkan sudah terwakili oleh *item* lain yang berada pada indikator yang sama. Hasil dari uji reliabilitas pada kuesioner pengetahuan perawat didapatkan nilai *Cronbach's alpha* 0,863. Nilai *Cronbach's alpha* $> 0,6$ sehingga dapat dinyatakan reliabel.

Data keakuratan dokumentasi keperawatan diukur menggunakan instrumen *D-Catch* yang terdiri dari 6 komponen *item* berupa: struktur dokumentasi, data admisi, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, kemajuan dan evaluasi hasil, serta keterbacaan catatan keperawatan. Pengambilan data dilakukan oleh 2 *rater* yang masing-masing menilai dokumentasi secara *independent* dan kemudian dilakukan konsensus untuk menentukan nilai akhir keakuratan. Uji validitas instrumen *D-Catch* dilakukan dengan uji validitas yang melibatkan 6 orang ahli (*expert*). Hasil uji validitas diperoleh nilai skala keseluruhan (S-CVI) dari 6 orang ahli (*expert*) yaitu $0,881 \geq 0,83$, sehingga instrumen *D-Catch* dapat dinyatakan valid. Uji reliabilitas untuk lembar penilaian *D-Catch* dilakukan dengan uji kesepakatan (*Inter-rater reliability*) terhadap dua orang *rater* kemudian dianalisis menggunakan *Cohen's kappa*.¹⁰ Hasil dari uji kesepakatan (*Inter-rater reliability*) 12 dokumentasi keperawatan didapatkan nilai koefisien *Cohen's kappa* sebesar 0,638 sehingga termasuk dalam kategori nilai *kappa* baik.¹¹ Pengolahan data dilakukan dengan bantuan program SPSS menggunakan uji korelasi

Somers'd.¹² Penelitian ini telah mendapatkan *ethical approval* (KE/FK/0468/EC/2018) yang diterbitkan pada 18 Mei 2018 oleh komisi etik FKMK UGM.

HASIL

Jumlah sampel perawat yang diperoleh dari penelitian ini adalah 30 responden. Karakteristik responden dapat dilihat di Tabel 1.

Tabel 1. Distribusi karakteristik responden di Ruang Kartika INSKA RSUP Dr. Sardjito yang mendokumentasikan asuhan keperawatan pada Bulan Mei s.d. Juli 2018 (n = 30).

Karakteristik	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Umur (tahun)		
<25	1	3,3
26 – 35	21	70,0
36 – 45	5	16,7
>46	3	10,0
Jenis kelamin		
Perempuan	29	96,7
Laki-laki	1	3,3
Pendidikan		
DIII Keperawatan	20	66,7
Ners/ Sarjana Keperawatan	10	33,3
Status perkawinan		
Menikah	23	76,7
Belum Menikah	7	23,3
Masa kerja (tahun)		
<3	2	6,6
3 – 6	11	36,7
6-9	6	20,0
>9	11	36,7

Berdasarkan analisis data yang telah dilakukan diketahui bahwa dari 30 responden sebagian besar berusia 26 – 35 tahun (70%) dengan rata-rata umur $33,33 \pm 7,141$. Mayoritas responden memiliki jenis kelamin perempuan (96,7%). Lebih dari setengah responden memiliki tingkat pendidikan D3 Keperawatan (63,3%) dan sudah menikah (76,7%). Hampir setengah responden memiliki masa kerja 3 – 6 tahun dan lebih dari 9 tahun (36,7%). Terdapat 7 responden yang menuliskan pernah melakukan pelatihan selama 3 tahun terakhir diantaranya pelatihan *workshop* nyeri (3 responden), pendokumentasian keperawatan (2 responden), 5 dasar wajib yaitu *patient safety*, pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI), bantuan hidup dasar (BHD), pelayanan prima (*ready to serve*) dan penggunaan alat pemadam api ringan (APAR) (2 responden), pelatihan dasar keperawatan anak (1 responden), onkologi anak (1 responden), Pelatihan anestesi (1 responden), dan pelatihan perawat klinis I (PK I) (1 responden).

Hasil analisis data yang telah dilakukan, data pengetahuan terdistribusi normal dengan nilai *mean* dan standar deviasi $45,03 \pm 9,779$, sehingga pengetahuan dalam kategori baik jika $x \geq 45,03$ dan Tidak baik jika $x < 45,03$. Gambaran distribusi pengetahuan perawat di Instalasi Kesehatan Anak (INSKA) RSUP Dr. Sardjito disajikan pada Tabel 2. Tabel 2 menunjukkan

bahwa pengetahuan perawat tentang dokumentasi keperawatan yang memiliki kategori baik (53,33%) lebih banyak dibandingkan kategori tidak baik (46,7%).

Tabel 2. Distribusi frekuensi pengetahuan responden pada bulan Mei s.d. Juli 2018 (n = 30)

Variabel	Kategori	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Pengetahuan	Baik	16	53,3
	Tidak Baik	14	46,7

Gambaran skor pengetahuan detail per *item* pertanyaan dari responden ditampilkan di Tabel 3.

Tabel 3. Distribusi responden berdasarkan rata-rata skor tiap indikator pengetahuan (n = 30)

No	Indikator	Mean ± Std. Deviasi	Jumlah responden diatas <i>mean</i> tiap indikator	Jumlah responden dibawah <i>mean</i> tiap indikator
			f (%)	f (%)
Konsep dokumentasi keperawatan				
1.	Definisi dokumentasi keperawatan	2,93 ± 0,94	22 (73,3)	8 (26,7)
2.	Manfaat dokumentasi keperawatan	2,53 ± 0,90	16 (53,3)	14 (46,7)
3.	Waktu penulisan dokumentasi keperawatan	3,00 ± 0,83	20 (66,7)	10 (33,3)
4.	Syarat penulisan dokumentasi keperawatan	3,20 ± 1,16	19 (63,3)	11 (36,7)
5.	Tujuan dokumentasi keperawatan	2,77 ± 1,17	18 (60)	12 (40)
6.	Pedoman dokumentasi keperawatan	2,93 ± 0,98	17 (56,7)	13 (43,3)
Dokumentasi pengkajian keperawatan				
7.	Sumber data pengkajian keperawatan	2,10 ± 0,85	6 (20)	24 (80)
8.	Identifikasi data pengkajian	2,67 ± 0,61	18 (60)	12 (40)
Dokumentasi diagnosis keperawatan				
9.	Proses diagnosis keperawatan	2,80 ± 1,19	20 (66,7)	33,3)
Dokumentasi perencanaan keperawatan				
10.	Komponen perencanaan keperawatan	3,07 ± 0,91	13 (43,3)	17 (57,7)
11.	Dasar perencanaan keperawatan	3,37 ± 0,81	16 (53,3)	46,7)
Dokumentasi implementasi keperawatan				
12.	Kerjasama dalam tindakan keperawatan	3,27 ± 0,83	15 (50)	15 (50)
13.	Syarat tindakan keperawatan	3,03 ± 0,77	9 (30)	70)
Dokumentasi evaluasi keperawatan				
14.	Syarat evaluasi keperawatan	2,10 ± 1,09	11 (36,7)	19 (63,3)
15.	Dasar evaluasi keperawatan	2,43 ± 0,63	11 (36,7)	19 (63,3)
16.	Tujuan evaluasi keperawatan	2,87 ± 1,20	19 (63,3)	11 (36,7)

Tabel 3 menunjukkan bahwa responden paling banyak berada diatas *mean* pada indikator konsep dokumentasi keperawatan yaitu definisi dokumentasi keperawatan sebanyak 22 perawat (73,33%), sedangkan jumlah responden paling banyak berada diatas *mean* pada indikator paling rendah yaitu sebanyak 6 perawat pada indikator dokumentasi pengkajian keperawatan mengenai sumber data pengkajian keperawatan (20%).

Distribusi keakuratan untuk masing-masing *item* instrumen *D-catch* dapat dilihat pada Tabel 4.

Tabel 4. Distribusi frekuensi keakuratan dokumentasi keperawatan pada bulan Mei s.d. Juli 2018 (n = 70)

Item	Skala	Nilai Keakuratan			
		1	2	3	4
		f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Struktur dokumentasi keperawatan	1 – 4	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	60 (100,0)
Data admisi (kuantitas)	1 – 4	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	60 (100,0)
Data admisi (Kualitas)	1 – 4	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	60 (100,0)
Diagnosis Keperawatan (Kuantitas)	1 – 4	7 (11,6)	46 (76,7)	7 (11,7)	0 (0,0)
Diagnosis Keperawatan (Kualitas)	1 – 4	0 (0,0)	3 (5,0)	6 (10,0)	51 (85,0)
Intervensi keperawatan (kuantitas)	1 – 4	0 (0,0)	1 (1,7)	20 (77,1)	39 (65,0)
Intervensi keperawatan (kualitas)	1 – 4	0 (0,0)	0 (0,0)	21 (35,0)	39 (65,0)
Evaluasi perkembangan dan hasil (kuantitas)	1 – 4	0 (0,0)	0 (0,0)	19 (31,7)	41 (68,3)
Evaluasi perkembangan dan hasil (kualitas)	1 – 4	0 (0,0)	0 (0,0)	26 (43,3)	34 (56,7)
Keterbacaan dokumentasi keperawatan	1 – 4	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,67)	59 (98,3)

Berdasarkan Tabel 4 dapat diketahui bahwa nilai keakuratan tertinggi dokumentasi keperawatan yaitu pada struktur dokumentasi dan data admisi kriteria kuantitas, sebanyak 100% mendapatkan skor 4 yang berarti seluruhnya terstruktur sesuai proses keperawatan. Nilai keakuratan dokumentasi keperawatan yang terendah yaitu pada diagnosis keperawatan kriteria kuantitas, sebanyak 76,7% mendapatkan skor 2 (tidak lengkap) ditinjau dari adanya masalah dan tanda gejala yang mengacu pada potensi intervensi namun tidak disertai dengan etiologi atau terdapat masalah dan etiologi namun tidak tercatat tanda dan gejala serta tidak mengacu pada intervensi. Hasil analisis distribusi frekuensi keakuratan dokumentasi keperawatan didapatkan nilai *mean* dan standar deviasi $32,32 \pm 1,583$, sehingga dikategorikan sebagai berikut: Akurat: $x \geq 32,32$; Kurang akurat: $x < 32,32$. Distribusi keakuratan dokumentasi keperawatan berdasarkan *mean* dapat dilihat pada Tabel 5.

Tabel 5. Distribusi frekuensi keakuratan dokumentasi keperawatan pada bulan Mei s.d. Juni 2018 (n=30)

Variabel	Kategori	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Keakuratan Dokumentasi Keperawatan	Akurat	18	60
	Kurang Akurat	12	40

Berdasarkan Tabel 5 diketahui bahwa lebih dari setengah responden telah melakukan dokumentasi keperawatan secara akurat yaitu sebanyak 18 (60%) responden. Hasil uji korelasi Somers'd pengetahuan dengan keakuratan dokumentasi keperawatan disajikan pada Tabel 6.

Tabel 6. Hubungan pengetahuan perawat dengan keakuratan dokumentasi keperawatan pada bulan Mei s.d. Juli 2018 (n=30)

Pengetahuan	Tingkat Keakuratan				Total	p value	
	Kurang akurat		Akurat				
	f	%	f	%			
Kurang baik	4	13,3	10	33,3	14	46,7	0,218
Baik	8	26,7	8	26,7	16	53,3	
Total	18	60,0	12	40,0	30	100,0	

Berdasarkan hasil analisis pada Tabel 6 didapatkan 4 orang (13,33%) perawat yang memiliki pengetahuan kurang baik dan dokumentasi keperawatan kurang akurat di RSUP Dr. Sardjito. Berdasarkan hasil analisis juga menunjukkan 10 orang perawat (33,3%) yang melakukan dokumentasi secara akurat namun memiliki tingkat pengetahuan yang kurang baik. Berdasarkan hasil analisis juga didapatkan proporsi yang sama antara perawat yang memiliki pengetahuan baik dan melakukan dokumentasi secara akurat dengan perawat yang memiliki pengetahuan baik namun melakukan dokumentasi secara tidak akurat masing-masing adalah 8 orang perawat (26,7%). Berdasarkan uji statistik dengan menggunakan uji korelasi Somers'd menunjukkan nilai p sebesar 0,218 ($>0,05$).

PEMBAHASAN

Pada penelitian ini ditemukan bahwa responden memiliki pengetahuan yang baik tentang dokumentasi keperawatan. Berdasarkan analisis pengetahuan dalam penelitian ini, diketahui bahwa jumlah responden paling banyak yang berada di atas *mean* terdapat pada indikator konsep keperawatan mengenai definisi dokumentasi keperawatan. Sementara jumlah responden paling banyak berada di bawah *mean* terdapat pada indikator dokumentasi pengkajian keperawatan mengenai sumber data pengkajian keperawatan.

Hal ini sejalan dengan penelitian Wulandini *et al.*¹³ bahwa hasil penelitiannya mengenai faktor-faktor yang berhubungan dengan pendokumentasian keperawatan diketahui distribusi pengetahuan mengenai pendokumentasian pengkajian adalah yang paling kurang. Sejalan dengan penelitian Nuryani & Hariyati¹⁴ bahwa pengetahuan perawat di ruang rawat inap Mawar, Melati dan Jantung RS.H kurang baik mengenai dokumentasi asuhan keperawatan di mana perawat kurang mengetahui data yang harus ada dalam dokumentasi keperawatan. Penelitian Mastini⁸ juga menyebutkan bahwa kurang dari setengah responden yang dapat menjawab benar mengenai sumber data dokumentasi keperawatan.

Kurangnya pengetahuan perawat mengenai dokumentasi keperawatan dikatakan Wulandini *et al.*¹³ dapat terjadi karena kurangnya pelatihan mengenai dokumentasi keperawatan atau tidak adanya penyegaran pembinaan mengenai pendokumentasian keperawatan. Berdasarkan data yang diperoleh diketahui bahwa selama tiga tahun terakhir hanya dua responden yang menuliskan pernah melakukan pelatihan atau pembinaan terkait dokumentasi keperawatan. Pelatihan merupakan suatu fungsi manajemen yang perlu dilakukan secara terus-menerus dalam peningkatan dokumentasi keperawatan.¹⁵

Pada penelitian ini menemukan bahwa sebagian besar responden melakukan dokumentasi keperawatan secara akurat. Hal ini sejalan dengan penelitian Paans *et al.*⁵ yang mana dokumentasi keperawatan harus dilakukan secara akurat karena dapat memengaruhi kualitas perawatan. Persentase tertinggi dalam indikator penilaian keakuratan dokumentasi keperawatan adalah pada struktur dokumentasi keperawatan dan laporan data masuk baik secara kuantitatif maupun kualitatif. Analisis penelitian menunjukkan bahwa seluruh

dokumentasi keperawatan memiliki skor 4 yang artinya terstruktur sesuai proses keperawatan dengan ditinjau dari identitas pribadi, *form* pengkajian dan data masuk, adanya diagnosis keperawatan, adanya intervensi keperawatan, laporan kemajuan dan evaluasi hasil. Hasil ini sejalan dengan penelitian Tuinman *et al.*¹⁶ menunjukkan bahwa lebih dari setengah dokumentasi terstruktur sesuai dengan proses keperawatan (skor 4). Seluruh dokumentasi laporan data masuk secara kuantitatif memiliki skor 4 dengan ditinjau dari data masuk yang mendeskripsikan identitas pribadi secara detail, terdapat alasan masuk dan kondisi kesehatan. Dokumentasi laporan data masuk yang dinilai secara kualitatif juga ternilai seluruhnya memiliki skor 4 karena catatan dibuat secara jelas, benar secara bahasa, dan terdiri dari informasi yang sesuai dengan kebutuhan pasien. Hal ini sejalan dengan penelitian Tuinman *et al.*¹⁶ di mana hasil penelitian menunjukkan bahwa lebih dari setengah laporan data masuk pada dokumentasi keperawatan memiliki skor 4 dan hampir setengah responden lainnya memiliki skor 3, namun tidak sejalan pada laporan data masuk secara kualitatif dimana pada penelitian Tuinman *et al.*¹⁶ menunjukkan hampir setengah laporan data masuk dokumentasi keperawatan memiliki skor 2.

Item penilaian yang paling menunjukkan ketidakakuratan tertinggi pada penelitian ini adalah laporan diagnosis keperawatan secara kuantitatif. Lebih dari setengah dokumentasi keperawatan memiliki skor 2 dinilai dengan kriteria kuantitas di mana diketahui laporan diagnosis keperawatan yang tergambar tidak jelas mengenai etiologi atau tanda dan gejala. Hal ini sejalan dengan penelitian Tuinman *et al.*¹⁶ bahwa studi yang dilakukan menunjukkan kurang akuratnya dokumentasi keperawatan terutama dalam diagnosis keperawatan serta laporan kemajuan dan hasil. Hal ini sejalan dengan penelitian Yanti & Warsito¹⁵ sebesar 89,6% dokumentasi tidak dirumuskan berdasarkan *problem, etiology, dan symptom*. Penelitian Mastini⁸ juga menunjukkan bahwa kelengkapan pengisian dokumentasi keperawatan yang memiliki persentase terkecil adalah perumusan diagnosis keperawatan.

Berdasarkan standar pelaksanaan dokumentasi terintegrasi RSUP Dr. Sardjito, kolom masalah dalam dokumentasi keperawatan terdiri dari keluhan pasien, gejala, tanda dan risiko yang perlu diatasi yang ditemukan dalam pengkajian awal maupun lanjutan sesuai kondisi pasien. Menurut instrumen A Depkes diketahui bahwa diagnosis keperawatan yang dicatat oleh perawat dikatakan lengkap apabila diagnosis keperawatan berdasarkan masalah yang telah diturunkan, mencerminkan *problem etiology/problem etiology symptom*, dan merumuskan diagnosis keperawatan aktual/potensial.⁶ Berdasarkan Tuinman *et al.*,¹⁶ deskripsi etiologi dan/ atau tanda dan gejala masalah yang sering tidak muncul dapat mengarah pada pemilihan intervensi yang tidak efektif dan tidak tepat yang mana hal ini dapat merugikan pasien.

Kualitas perawatan klien bergantung pada kemampuan pemberi perawatan dalam melakukan komunikasi satu sama lain, salah satu sarana komunikasi yaitu melalui dokumentasi keperawatan yang dilakukan secara benar dan jelas sehingga dapat dipertanggungjawabkan untuk peningkatan mutu pelayanan keperawatan serta perbaikan status kesehatan.

Pancaningrum dalam Prakosa *et al.*¹⁷ mengatakan bahwa dokumentasi keperawatan yang kurang akurat sulit untuk membuktikan tindakan yang telah dilakukan perawat telah dilakukan dengan benar.

Hampir setengah responden penelitian masih melakukan dokumentasi secara tidak akurat. Hal ini dapat terjadi karena kurangnya pemahaman perawat mengenai dokumentasi keperawatan di mana perawat lebih memprioritaskan tindakan langsung dan kurangnya tenaga keperawatan serta faktor waktu yang dibutuhkan untuk melakukan dokumentasi keperawatan.¹⁸ Kurangnya kesadaran perawat terhadap standar dokumentasi keperawatan dapat dikarenakan perawat memiliki tanggung jawab di luar ranah keperawatan, sistem pencatatan yang diharuskan dianggap terlalu sulit dan memerlukan banyak waktu dan perawat lebih banyak mengerjakan pekerjaan koordinasi serta limpahan wewenang.¹⁹ Lembar dokumentasi terlalu banyak yang harus diisi untuk mencatat data dan intervensi keperawatan membuat perawat merasa terbebani, tidak adanya sistem *reward and punishment* yang jelas dan kurang tegasnya sikap pimpinan mengenai pelaksanaan pencatatan asuhan keperawatan juga merupakan faktor yang mempengaruhi ketidakakuratan dokumentasi keperawatan.¹⁷ Brian, Gugerty *et al.*, dalam Fatmawati²⁰ menjelaskan bahwa perawat seringkali merasa pendokumentasi keperawatan merupakan suatu rutinitas sehingga menyebabkan kejenuhan.

Pada penelitian ini ditemukan tidak ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan keakuratan dokumentasi keperawatan di Ruang Kartika RSUP Dr. Sardjito. Hal ini sejalan dengan penelitian Herdiansyah⁷ mengenai hubungan antara pengetahuan dan sikap perawat terhadap kepatuhan dokumentasi asuhan keperawatan bahwa tidak ada hubungan antara pengetahuan dengan kepatuhan perawat dalam melakukan dokumentasi keperawatan.

Berdasarkan analisis data dapat menunjukkan bahwa perawat yang memiliki pengetahuan yang baik belum tentu melakukan dokumentasi keperawatan secara akurat, begitu juga sebaliknya perawat yang memiliki pengetahuan kurang baik belum tentu melakukan dokumentasi secara tidak akurat. Pengetahuan yang sama tidak bisa mendorong individu untuk berperilaku sama dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan. Penyebab dokumentasi asuhan keperawatan kurang baik adalah pemahaman perawat dan prioritas perawat lebih kepada tindakan langsung. Pengaruh yang signifikan juga dijelaskan pada faktor waktu yang dibutuhkan untuk melakukan pendokumentasian.^{19,21}

Pada penelitian Herdiansyah⁷ dijelaskan bahwa kepatuhan perawat dalam melakukan dokumentasi keperawatan bukan hanya dibentuk oleh pengetahuan saja, namun juga dapat dibentuk oleh faktor lain. Menurut teori perilaku yang dikembangkan oleh Lawrence Green disebutkan bahwa perilaku dapat disebabkan oleh faktor perilaku dan *non* perilaku. Faktor perilaku yaitu faktor predisposisi, faktor pendukung, dan faktor penguat. Faktor predisposisi selain pengetahuan adalah kepercayaan, sikap, keyakinan, maupun nilai.²² Faktor yang dapat berhubungan lainnya terhadap dokumentasi keperawatan adalah motivasi, ketrampilan, dan psikologis perawat di mana hal tersebut tidak diteliti dalam penelitian ini.²³ Perawat dalam

melakukan suatu perilaku dapat dipengaruhi oleh determinan perilaku, di mana selain faktor internal yaitu karakteristik perawat seperti jenis kelamin, usia, pendidikan dan pengetahuan juga dapat dipengaruhi oleh faktor eksternal yaitu lingkungan fisik, tersedia atau tidaknya fasilitas dan sarana, budaya, politik, ekonomi atau bahkan sosial. Faktor kepemimpinan di mana adanya kualitas dalam pemberian dorongan, arahan serta dukungan oleh manajer atau ketua juga dapat dikaitkan. Faktor tim juga berperan dalam dukungan yang diberikan sesama rekan tim serta faktor sistem seperti sistem kerja, fasilitas kerja, infrastruktur atau bahkan kultur kinerja organisasi. Faktor lainnya yaitu konstekstual/ situasional di mana adanya tekanan dan perubahan lingkungan baik eksternal maupun internal.²⁰ Kelemahan pada penelitian ini yaitu saat pengisian kuesioner pengetahuan, responden meminta untuk kuesionernya ditinggal karena sedang sangat sibuk dan tidak berkenan untuk ditunggu. Hal ini memungkinkan adanya interaksi antar responden seperti saling bertukar informasi sehingga hal ini dapat memunculkan bias pada hasil penelitian.

KESIMPULAN DAN SARAN

Tidak adanya hubungan antara pengetahuan dengan keakuratan dokumentasi keperawatan di ruang Kartika RSUP Dr. Sardjito. Perawat yang memiliki pengetahuan yang baik belum tentu melakukan dokumentasi keperawatan secara akurat, begitu juga sebaliknya perawat yang memiliki pengetahuan kurang baik belum tentu melakukan dokumentasi secara tidak akurat.

Perlu diadakan pelatihan atau pembinaan secara rutin terkait pendokumentasian keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan khususnya di RSUP Dr. Sardjito. Perawat diharapkan melakukan dokumentasi keperawatan sesuai dengan Standar Asuhan Keperawatan yang ada. Peneliti selanjutnya dapat melakukan identifikasi terhadap faktor-faktor lain yang dapat memengaruhi keakuratan dokumentasi keperawatan dengan menggunakan sampel yang lebih merata sehingga dapat mewakili seluruh perawat di RSUP Dr. Sardjito.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada seluruh pihak yang telah membantu selama proses pengambilan data pada penelitian.

DAFTAR PUSTAKA

1. Cheevakasemsook A, Chapman Y, Francis K, Davies C. The study of nursing documentation complexities. *Int J Nurs Pract.* 2006;12(6):366–74.
2. Alkouri OA, Alkhatib AJ, Kawafah M. Importance And Implementation Of Nursing Documentation: Review Study. *Eur Sci J [Internet].* 2016;12(3):101–6. Available from: <http://eujournal.org/index.php/esj/article/view/6955/6671>
3. Asmadi. *Konsep Dasar Keperawatan.* Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC; 2008.
4. Tran DT, Johnson M. Classifying nursing errors in clinical management within an Australian hospital. *Int Counc Nurses.* 2010;57:454–62.
5. Paans W, Sermeus W, Nieweg R, Schans C van der. D-Catch instrument: Development and psychometric testing of a measurement instrument for nursing documentation in hospitals. *J Adv Nurs.* 2010;66(6):1388–400.
6. Pribadi A. Analisis Pengaruh Faktor Pengetahuan, Motivasi, dan Persepsi Perawat tentang Supervisi Kepala

- Ruang Terhadap Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Keler Provinsi Jawa Tengah di Jepara. Universitas Diponegoro; 2009.
7. Herdiansyah. Hubungan antara Pengetahuan dan Sikap Perawat Terhadap Kepatuhan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di RSUD Muntlan Ruang Rawat Inap Kabupaten Magelang. Universitas Gadjah Mada; 2011.
 8. Mastini IGAAP. Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Beban Kerja dengan Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan IRNA di Rumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar. Universitas Udayana; 2013.
 9. Martini. Hubungan Karakteristik Perawat, Sikap, beban kerja, Ketersediaan Fasilitas Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Rawat Inap BPRSUD Kota Salatiga. Universitas Diponegoro; 2007.
 10. Hallgren KA. Computing Inter-Rater Reliability for Observational Data: An Overview and Tutorial. *Tutor Quant Methods Psychol* [Internet]. 2012;8(1):23–34. Available from: <http://www.tqmp.org/RegularArticles/vol08-1/p023>
 11. Hallgren, K. A. Computing Inter-Rater Reliability for Observational Data: An Overview and Tutorial. *Tutorials in Quantitative Methods for Psychology*, (2012). 8(1), 23–34. <https://doi.org/10.20982/tqmp.08.1.p023>
 12. Landis J., Koch G. The Measurement of Observer Agreement for Categorical Data. *Biometrics*. 1977;33(1):159-174.
 13. Dahlan MS. *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*. Edisi Ketu. Salemba Medika;
 14. Wulandini P, Krianto T, Priwahyuni Y. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Jiwa. 2016;12(2):131–42.
 15. Nuryani D, Hariyati TS. Pengetahuan dan Sikap Perawat terhadap Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit H. 2014;
 16. Yanti RI, Warsito BE. Hubungan Karakteristik Perawat, Motivasi, dan Supervisi dengan kualitas Dokumentasi proses asuhan Keperawatan. *J Manaj Keperawatan*. 2013;1(2):107–14.
 17. Tuinman A, Greef MHG De, Krijnen WP, Paans W, Roodbol PF. Accuracy of documentation in the nursing care plan in long-term institutional care. *Geriatr Nurs (Minneap)* [Internet]. 2017;1–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.04.007>
 18. Prakosa MM, Nursalam, Asmoro CP. Kualitas Dokumentasi Keperawatan dan Beban Kerja Objektif Perawat Berdasarkan Time and Motion Study (TMS). *J INJEC*. 2016;1(2):173–7.
 19. Cahyani, D. Hubungan Beban Kerja Perawat dan Kualitas Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat. 2008
 20. Mangole JE, Rompas S, Ismanto AY. Hubungan Perilaku Perawat dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Cardiovascular and Brain Center RSUD Dr. R. D. Kandou Manado. *E-Journal Keperawatan (e-Kp)*. 2015;3(2).
 21. Fatmawati E, Noor NB, Maidin MA. Gambaran Faktor Kinerja Perawat dalam Mendokumentasikan Askep di RSUD SYEKH YUSUF GOWA [Internet]. *Jurnal Keperawatan*. Universitas Hasanuddin; 2014. Available from: http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/10647/EKA_FATMAWATI_K11110364.pdf?sequence=1
 22. Soeprijadi. Faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat di Rumah Sakit Grhasia Propinsi DIY. 2006.
 23. Ardika RG. Hubungan Antara Pengetahuan Perawat Tentang Rekam Medis Dengan Kelengkapan Pengisian Catatan Keperawatan. Universitas Diponegoro; 2012.