

SKRIPSI

**PELAKSANAAN TIMBANG TERIMA PASIEN DENGAN DOKUMENTASI
KEPERAWATAN METODE SOAP**

(Studi Korelasi Di Ruang Mawar RSUD Kabupaten Jombang)



**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA
JOMBANG
2017**

PELAKSANAAN TIMBANG TERIMA PASIEN DENGAN
DOKUMENTASI KEPERAWATAN METODE SOAP

(Studi Korelasi Di Ruang Mawar RSUD Kabupaten Jombang)

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi S1
Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang



USNUL AFIFAH FAUZIAH

13.321.0123

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA**

JOMBANG

2017

PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : USNUL AFIFAH FAUZIAH

NIM : 133210123

Jenjang : Sarjana

Program Studi : Keperawatan

menyatakan bahwa naskah skripsi ini secara keseluruhan adalah hasil penelitian/karya saya sendiri, kecuali pada bagian-bagian yang dirujuk dari sumbernya.

Jombang, 16 Juni 2017

Saya yang menyatakan,



USNUL AFIFAH FAUZIAH
NIM : 133210123



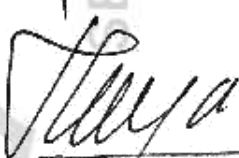
PERSETUJUAN SKRIPSI

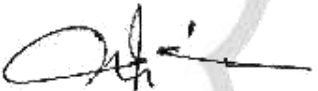
Judul : PELAKSANAAN TIMBANG TERIMA PASIEN
DENGAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN
METODE SOAP (Studi Korelasi Di Ruang Mawar
RSUD Kabupaten Jombang).

Nama Mahasiswa : Usnul Afifah Fauziah
NIM : 13.321.0123

TELAH DISETUJUI KOMISI PEMBIMBING

PADA TANGGAL



Arif Wijaya, S.Kp., M.Kep.
Pembimbing Utama


Siti Rokhani, S.ST., M.Kes.
Pembimbing Anggota

Ketua STIKES ICME

Ketua Program Studi


H. Bambang Tutuko, SH., S.Kep.,Ns., MH.


Inayatur Rosyidah, S.Kep.,Ns., M.Kep.


LEMBAR PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :


Nama Mahasiswa : Usnul Afifah Fauziah
NIM : 13.321.0123
Program Studi : S1 Keperawatan
Judul : PELAKSANAAN TIMBANG TERIMA PASIEN
DENGAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN
METODE SOAP (Studi Korelasi Di Ruang Mawar
RSUD Kabupaten Jombang).

Telah berhasil dipertahankan dan diuji dihadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan pada Program Studi S1 keperawatan.

Komisi Dewan Penguji

Ketua Dewan Penguji : Dr. Hariyono, S.Kep.,Ns., M.Kep. ()

Penguji I : Arif Wijaya, S.Kp., M.Kep. ()

Penguji II : Siti Rokhani, S.ST., M.Kes. ()

Ditetapkan di : Jombang

Pada tanggal : Mei 2017

RIWAYAT HIDUP

Penulis bernama Usnul Afifah Fauziah, dilahirkan di Kotabaru tepatnya di daerah Kalimantan Selatan pada tanggal 20 Agustus 1995. Penulis merupakan putri pertama dari tiga bersaudara, dari bapak Sumarlan dan ibu Noor Jennah. Memiliki dua adik perempuan bernama Mouliena Dyah Lestari dan Dessy Zellisa Trividia.

Pendidikan yang ditempuh oleh penulis dimulai dari Taman Kanak-Kanak Tunas Kelapa di Kotabaru kecamatan Pulau Laut Utara. Tahun 2007 penulis lulus dari SDN Batuah 2 Kotabaru, tahun 2010 penulis lulus dari MTsN 1 Kotabaru dan pada tahun 2013 lulus dari MAN Kotabaru, Kalimantan Selatan. Sekarang peneliti menjalankan studi, menjadi mahasiswa S1 keperawatan STIKES ICME Jombang.

Demikian riwayat hidup ini dibuat dengan sebenarnya.



MOTTO

“Tundukkan pandanganmu kawan, mari satukan tekad untuk sebuah tujuan. Semoga perjalanan ini menjadi sebuah pelajaran berharga tentang indahnyanya perjuangan, kesabaran, dan kebersamaan.”

(Penulis)

“Life is choice, wherever you trying go away from your hard life, you cant run away from that fact, if you want took your dream, because.. If you don't take risk, you cant create your own future.”

(Hidup itu pilihan, kemanapun kamu pergi di kehidupan keras ini, kamu takkan bisa lari dari kenyataan itu, jika kamu ingin menggapai mimpimu, karena.. Bila kau tak berani mengambil resiko, kau takkan mampu menciptakan masa depanmu sendiri).

(Mits Lucker)

“The way of life will always have a plan at each of its goals. Dare to do things that are considered proud. Do not give up. Keep walking”

(Jalan hidup akan selalu memiliki rencana masing-masing. Beranikan diri untuk melakukan hal yang dianggap membanggakan. Jangan menyerah. Teruslah melangkah).

(Penulis)

PERSEMBAHAN

Seiring dengan do'a dan puji syukur aku persembahkan skripsi ini untuk:

1. **Allah SWT**, Engkau yang selalu memberi kemudahan pada setiap langkah, juga memberikan petunjuk untuk menjawab semua kegundahanku, memberikan kesabaran untukku, tangisku dalam sujudku memberikan motivasi agar bisa bangkit kembali untuk menyelesaikan tugas ini, semua tidak lepas dari ridhomu ya Allah. Dan tak lupa sholawat dan salam selalu terlimpahkan kehadiran Nabi besar ku Muhammad SAW.
2. **Mama dan Abah Tercinta**. Tidak ada kata yang bisa ananda ucapkan selain beribu-ribu kata “Terima Kasih” karena telah mendoakan Ananda walau memang jarak kita sangat jauh tetapi lewat telpon engkau tetap memberikan support dan kasih sayang. Kesabaran dalam do'a mu menjadi kunci suksesnya Ananda di kemudian hari. Tidak ada do'a yang terkabulkan selain do'a dari orangtua yang tulus ikhlas. Sayang banar lawan pian Bah ma.
3. **Adik-adikku sayang**. Mouliena Dyah Lestari dan Dessy Zellisa Trividia. Malaikat kecilku sumber senyum dan juga teman berantem. Terimakasih atas canda tawa dan kekacauan kita selama ini. Hanya karya kecil ini yang dapat kakak persembahkan. Maaf kakak belum bisa menjadi panutan seutuhnya, tapi kakak akan selalu berusaha menjadi yang terbaik untukmu. Jadilah seorang yang bisa membanggakan, berbakti, bermanfaat dan menjadi yang terbaik.
4. **Seluruh keluarga besarku**. Terima kasih untuk dukungannya selama ini. Lantunan Doa-doa yang selama ini dipanjatkan untukku yang telah membuatku mampu hingga menghantarkanku sampai tahap ini.
5. Teman-teman seperjuangan, tidak bisa disebutkan satu persatu. Terdepan dan terpenting anak kos KOREA Terimakasih atas segala bantuan, dukungan dan kebersamaannya selama ini yang tidak akan pernah terlupakan. Semoga kita bisa berkumpul bersama saling bercanda ria dan semoga ilmu kita menjadi berkah dan berguna.

KATA PENGANTAR

Puji syukur peneliti panjatkan kepada Allah SWT karena berkat rahmat dan hidayah-Nya akhirnya dapat menyelesaikan penyusunan skripsi yang berjudul “Pelaksanaan Timbang Terima Pasien Dengan Dokumentasi Keperawatan Metode SOAP (Di Ruang Mawar RSUD Kabupaten Jombang)”. Skripsi ini ditulis sebagai persyaratan kelulusan demi menempuh Program Studi S1 Keperawatan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang.

Penyusunan skripsi ini tidak terlepas dari bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, peneliti mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada : H. Bambang Tutuko, SH, S.Kep. MH. selaku ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang. Inayatur Rosidah, S.Kep.,Ns., M.Kep. selaku Kaprodi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Insan Cendekia Medika Jombang. Arif Wijaya, S.Kp, M.Kep selaku Pembimbing I dan Siti Rokhani, S.ST., M.Kes. selaku Pembimbing II yang telah banyak memberikan pengarahan dan bimbingan sehingga skripsi ini dapat diselesaikan. Seluruh dosen, staf dan karyawan program Studi S1 Keperawatan STIKES ICME Jombang yang telah memberikan ilmu pengetahuan dan bimbingan selama mengikuti pendidikan di STIKES ICME Jombang. Semua pihak yang telah memberikan kontribusi dalam penyusunan skripsi ini.

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini masih kurang dari kesempurnaan, oleh karena itu peneliti sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan skripsi ini.

Akhir kata peneliti berharap semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi kita semua.

Jombang, Mei 2017

Peneliti

ABSTRAK

PELAKSANAAN TIMBANG TERIMA PASIEN DENGAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN METODE SOAP

(Studi Korelasi Di Ruang Mawar RSUD Kabupaten Jombang)

Oleh : Usnul Afifah Fauziah

Dokumentasi keperawatan metode SOAP adalah unsur penting dalam pelayanan keperawatan dimana ada tuntutan tanggung jawab yang tinggi pada setiap tindakan yang akan memberikan perbaikan status kesehatan pasien dan meningkatkan mutu pelayanan keperawatan. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan pelaksanaan timbang terima pasien dengan dokumentasi keperawatan metode SOAP di ruang mawar RSUD Kabupaten Jombang.

Desain penelitian menggunakan analitik korelasional dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi penelitian ini adalah semua perawat diruang mawar RSUD Jombang dengan jumlah perawat 32 orang perawat. Sampel penelitian ini sebagian perawat dengan jumlah 30 orang perawat. Teknik sampling yang digunakan adalah *purposive sampling*. Variabel independen pelaksanaan timbang terima pasien dan dokumentasi keperawatan metode SOAP yaitu variabel dependen. Instrumen berupa kuesioner dan observasi. Uji statistik menggunakan *Spearman Rho*.

Hasil penelitian diketahui bahwa pelaksanaan timbang terima pasien dalam kategori baik sebesar 86,7%, cukup sebesar 13,3%, sedangkan dokumentasi keperawatan metode SOAP dalam kategori baik sebesar 73,3%, dan kategori cukup sebesar 26,7%. Berdasarkan uji statistik di peroleh nilai $p = 0,018$, $p < \alpha$, (α : 0,05), artinya H1 diterima.

Kesimpulan pada penelitian ini ada hubungan pelaksanaan timbang terima pasien dengan dokumentasi keperawatan metode SOAP di Ruang Mawar RSUD Kabupaten Jombang.

Kata kunci: Dokumentasi SOAP, Timbang Terima, Pelaksanaan.

ABSTRACT

IMPLEMENTATION OF PATIENTS HANDOVER WITH SOAP METHOD NURSING DOCUMENTATION (Study of Correlation in Mawar Room RSUD District Jombang).

By : Usnul Affah Fauziah

Nursing documentation method SOAP is an important element in nursing services. Where there is a high degree of responsibility for any action that will improve the patient's health status and improve the quality of nursing care. The purpose of this study was to determine the relationship of implementation of patient handover with SOAP method nursing documentation in the Mawar room of RSUD District Jombang.

The research design used analytical correlation approach with cross sectional. The research's population were all nurses in the Mawar room of RSUD Jombang. With the number of nurses were 32 nurses. The samples of this research were nurse with 30 nurses. The sampling technique used was Purpusive Sampling. Independent variable was the implementation of patient handover and the SOAP method nursing documentation was the dependen variable. The instruments was in the form of questionnaire and observation. Statistical test used Spearman Rho.

The research results was that the implementation of patients handover in the good category of 86,7%. Enough was 13,3%. While the SOAP method nursing documentation in good category was 73,3%. And enough category of 26,7%. Based on the statistical test was obtained value of $\rho = 0,018, < , (:0,05)$, it meant that's H1 was accepted.

The conclusion in this research there was a relationship of the implementation of patients handover with SOAP method nursing documentation in the MAWAR room of RSUD District Jombang.

Keywords : SOAP documentation, Handover, Implementation.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	
HALAMAN JUDUL DALAM	i
PERNYATAAN KEASLIAN	ii
PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI	iii
SURAT PERNYATAAN	iv
LEMBAR PERSETUJUAN	v
LEMBAR PENGESAHAN	vi
RIWAYAT HIDUP	vii
MOTTO	viii
PERSEMBAHAN	ix
KATA PENGANTAR	x
ABSTRAK	xi
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xvi
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR LAMPIRAN	xviii
DAFTAR LAMBANG DAN SINGKATAN	xix
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penelitian.....	3
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Konsep Dokumentasi Keperawatan.....	5
2.1.1 Definisi Dokumentasi Keperawatan	5
2.1.2 Tujuan Dokumentasi Keperawatan.....	5
2.1.3 Manfaat Dokumentasi Keperawatan.....	6
2.1.4 Standar Dokumentasi Keperawatan.....	8
2.1.5 Jenis-jenis Pencatatan/Dokumentasi	9
2.1.6 Penulisan Catatan SOAPIER.....	11

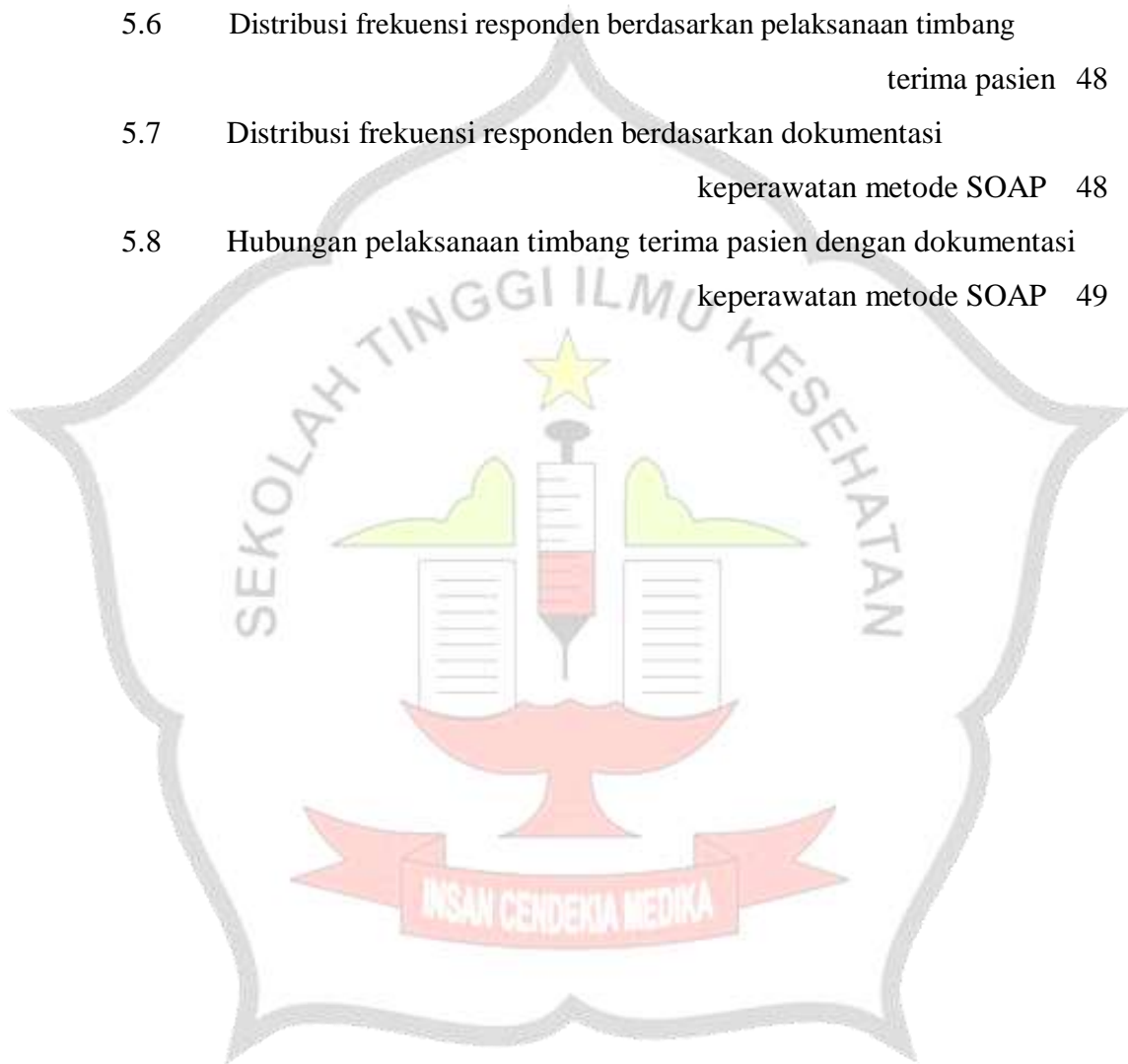
2.1.7	Prinsip-Prinsip Dokumentasi Keperawatan.....	13
2.1.8	Aturan Dalam Dokumentasi Efektif	15
2.1.9	Pelaksanaan Dokumentasi Keperawatan	16
2.1.10	Faktor yang mempengaruhi Pendokumentasi Keperawatan.....	19
2.2	Konsep Timbang Terima.....	22
2.2.1	Definisi Timbang Terima	22
2.2.2	Tujuan Timbang Terima.....	22
2.2.3	Manfaat Timbang Terima	23
2.2.4	Bentuk Timbang Terima	23
2.2.5	Prosedur Timbang Terima	24
2.2.6	Faktor-faktor yang mempengaruhi Timbang Terima	26
2.2.7	Hal-hal Yang Perlu Diperhatikan Dalam Timbang Terima	27
2.2.8	Skema Timbang Terima	28
2.2.9	Evaluasi dalam Timbang Terima.....	28
2.3	Hubungan Pelaksanaan Timbang Terima dengan Dokumentasi Keperawatan	29
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL		
3.1	Kerangka Konseptual.....	30
3.2	Hipotesis	31
BAB 4 METODE PENELITIAN		
4.1	Desain penelitian.....	32
4.2	Waktu dan tempat penelitian.....	32
4.3	Populasi, sampel dan sampling	33
4.4	Kerangka Kerja	35
4.5	Identifikasi Variabel.....	36
4.6	Definisi Operasional.....	36
4.7	Pengumpulan dan Analisa Data.....	37
4.8	Etika Penelitian	43
4.9	Keterbatasan Penelitian	44
BAB 5 HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN		
5.1	Hasil penelitian	45
5.1.1	Gambaran tempat penelitian	45

5.1.2	Data umum.....	46
5.1.3	Data khusus.....	48
5.2	Pembahasan	50
5.2.1	Pelaksanaan timbang terima pasien.....	50
5.2.2	Dokumentasi keperawatan metode SOAP	54
5.2.3	Hubungan pelaksanaan timbang terima pasien dengan dokumentasi keperawatan metode SOAP	56
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN		
6.1	Kesimpulan.....	58
6.2	Saran.....	58
DAFTAR PUSTAKA.....		60
LAMPIRAN		



DAFTAR TABEL

4.1	Definisi operasional.....	36
5.1	Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur.....	46
5.2	Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin	46
5.3	Distribusi frekuensi responden berdasarkan pendidikan	47
5.4	Distribusi frekuensi responden berdasarkan lama bekerja	47
5.5	Distribusi frekuensi responden berdasarkan status pegawai.....	47
5.6	Distribusi frekuensi responden berdasarkan pelaksanaan timbang terima pasien	48
5.7	Distribusi frekuensi responden berdasarkan dokumentasi keperawatan metode SOAP	48
5.8	Hubungan pelaksanaan timbang terima pasien dengan dokumentasi keperawatan metode SOAP	49



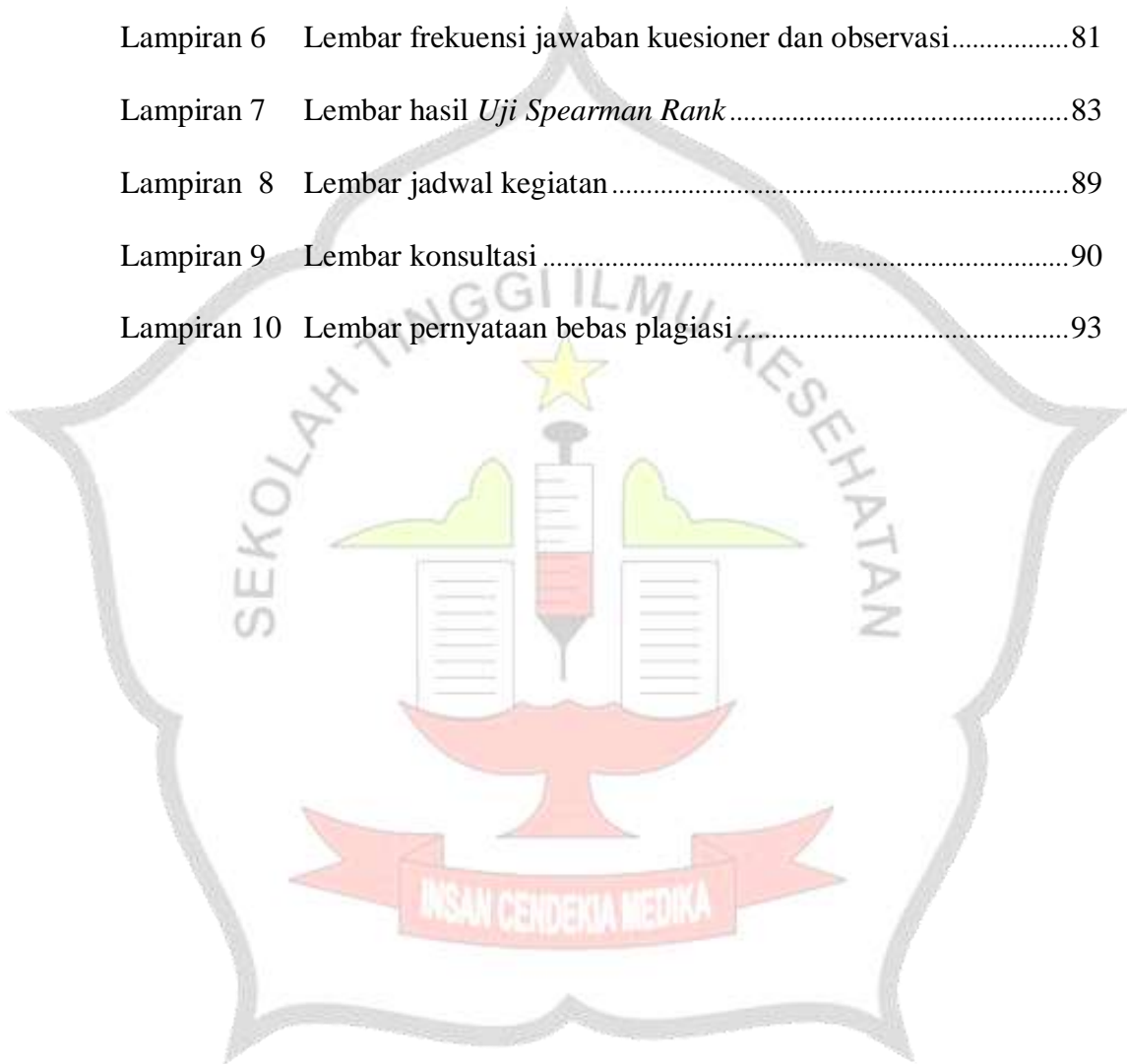
DAFTAR GAMBAR

2.1	Skema timbang terima	28
3.1	Kerangka konseptual.....	30
4.4	Kerangka kerja	35



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Surat izin penelitian	62
Lampiran 2	Lembar permohonan menjadi responden	65
Lampiran 3	Lembar uji validitas dan reliabilitas	67
Lampiran 4	Lembar kisi-kisi kuesioner dan observasi	73
Lampiran 5	Lembar Tabulasi	78
Lampiran 6	Lembar frekuensi jawaban kuesioner dan observasi	81
Lampiran 7	Lembar hasil <i>Uji Spearman Rank</i>	83
Lampiran 8	Lembar jadwal kegiatan	89
Lampiran 9	Lembar konsultasi	90
Lampiran 10	Lembar pernyataan bebas plagiasi	93



DAFTAR LAMBANG

1. H1: hipotesis alternative
2. %: prosentase

DAFTAR SINGKATAN

STIKes : Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan

ICME : Insan Cendekia Medika

RSUD : Rumah Sakit Umum Daerah



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Dokumentasi keperawatan metode SOAP adalah unsur penting dalam pelayanan keperawatan dimana ada tuntutan tanggung jawab yang tinggi pada setiap tindakan yang akan memberikan perbaikan status kesehatan pasien dan meningkatkan mutu pelayanan keperawatan (Nursalam, 2012). Alat komunikasi antarperawat dan tim medis lainnya melalui handover (serah terima) yang dilakukan perawat secara rutin berisi informasi tentang kondisi pasien, perencanaan keperawatan, pengobatan dan lainnya sehingga harus dicatat dengan benar dalam penelitian (D.F.A, Suryani, & Maria, 2014).

Nursalam (2012) disfungsi komunikasi pada saat serah terima/serah terima yang dilakukan antarperawat akan berefek pada dokumentasi keperawatan seperti kesalahan dalam perencanaan tindakan. Hasil penelitian Tamara, Mulyadi, & Malara (2015) di Rumah Sakit Umum Pusat Prof. Dr. R.D Kandau Manado didapatkan data awal dokumentasi keperawatan tidak lengkap berjumlah 98,6% pada bulan september 2014. Hasil wawancara yang dilakukan Sugianti (2015) 30 perawat Rawat Inap RSI Kendal, didapatkan 27% kurang pengetahuan, kurang komponen dokumentasi 100%, pengesahan dokumentasi 87%. Sedangkan dari hasil penelitian Winarti (2015) di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta menunjukkan dokumentasi keperawatan belum sepenuhnya terisi pada tahun 2014 didapatkan kolom diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi tidak terisi lengkap pada lembar monitoring, penyebabnya antara lain : perawat kurang memahami pentingnya fungsi dari pendokumentasian keperawatan, malas dan

tidak berpengaruh pada penghasilan jika penulisan dokumentasi lengkap. Dari penelitian sebelumnya di RSUD Jombang (2016) didapatkan hasil data tanpa persiapan timbang terima tanpa persiapan rata-rata 36%, dalam pelaksanaan timbang terima diperlukan persiapan khusus dengan rata-rata 67,5%, melaksanakan timbang terima hanya 93,7% responden menjawab kadang-kadang dikutip dari penelitian (Hidayaturrehman, 2016).

Timbang terima adalah salah satu kegiatan yang aman bagi perawat dengan menyampaikan informasi penting, sampai saat ini masih ada kesalahan pelaksanaan timbang terima yang mengakibatkan penurunan kesehatan pada pasien seperti prosedur yang dijalankan tidak sesuai standar serta kurangnya komunikasi pada saat timbang terima dikutip dari penelitian (Manopo, 2013). Kelengkapan dokumentasi keperawatan sangat dibutuhkan untuk menunjang kesehatan pasien terhadap tindakan yang dilakukan oleh perawat, berdasarkan penelitian tentang gambaran faktor kinerja perawat dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan menunjukkan bahwa kualitas dokumentasi dipengaruhi oleh : pengetahuan, persepsi, motivasi, beban kerja, kondisi kerja, pedoman dokumentasi, format dokumentasi, supervisi, reward dan punishment dikutip dari penelitian (Putra, 2016).

Dilaporkan oleh World Health Organizatin (2007) terdapat 11% dari 25.000-30.000 kasus pada tahun 1995-2006 terdapat kesalahan akibat komunikasi pada saat serah terima pasien. 889 kejadian malpraktek ditemukan 32% diakibatkan kesalahan komunikasi dalam timbang terima pasien sehingga menimbulkan kesalahan dalam pemberian obat yang berpengaruh pada kesehatan pasien (Kesrianti, 2012). Ada beberapa faktor yang mempengaruhi timbang terima

yaitu faktor penghambat diantaranya: hambatan komunikasi, ketersediaan sumber daya, faktor lingkungan, efektifitas waktu, pendidikan. (Agustin, Wijaya , & Habibi, 2014).

Untuk meningkatkan kualitas pelayanan dalam hal kelengkapan dokumentasi keperawatan yaitu meningkatkan frekuensi pengawasan dan penilaian, meningkatkan pelatihan secara berkala, meningkatkan strategi pengelolaan sumber daya manusia (Siswanto *et al*, 2013). Untuk meningkatkan kualitas pelayanan dalam keperawatan peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Pelaksanaan Timbang Terima Pasien dengan Dokumentasi Keperawatan Metode SOAP di Ruang Mawar RSUD Kabupaten Jombang”.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan pelaksanaan timbang terima pasien dengan dokumentasi keperawatan metode SOAP di Ruang Mawar RSUD Kabupaten Jombang?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Menganalisis hubungan pelaksanaan timbang terima pasien dengan dokumentasi keperawatan metode SOAP di Ruang Mawar RSUD Kabupaten Jombang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi pelaksanaan timbang terima pasien di Ruang Mawar RSUD Kabupaten Jombang.

2. Mengidentifikasi dokumentasi keperawatan metode SOAP di Ruang Mawar RSUD Kabupaten Jombang.
3. Menganalisis hubungan pelaksanaan timbang terima pasien dengan dokumentasi keperawatan metode SOAP di Ruang Mawar RSUD Kabupaten Jombang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Teoritis

Penelitian ini secara teori dapat memberikan pengetahuan ilmu keperawatan khususnya keperawatan manajemen terkait dengan pelaksanaan timbang terima pasien dan dokumentasi keperawatan metode SOAP.

1.4.2 Praktis

1. Bagi Tenaga Perawat

Meningkatkan mutu pelayanan dalam bidang perawat khususnya pada pelaksanaan timbang terima dan mengetahui pentingnya dalam dokumentasi keperawatan.

2. Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan dan memperoleh informasi khususnya dalam timbang terima dan mengaplikasikan pelayanan dokumentasi keperawatan dengan benar.

3. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai acuan dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan pada pasien.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dokumentasi Keperawatan

2.1.1 Definisi Dokumentasi keperawatan

Menurut Nursalam (2012) Dokumentasi merupakan catatan otentik dalam penerapan manajemen asuhan keperawatan professional, perawat professional diharapkan dapat menghadapi tuntutan tanggung jawab dan tanggung gugat terhadap segala tindakan yang dilaksanakan. Kesadaran masyarakat terhadap hukum semakin meningkat sehingga dokumentasi yang lengkap dan jelas sangat dibutuhkan. (Potter & perry, 2009) mengajarkan dan menggunakan proses keperawatan bahwa “observasi penting dalam pengkajian salah satu isi dokumentasi keperawatan, bukan untuk membantu mengumpulkan berbagai informasi atau fakta, tetapi untuk membantu keamanan hidup dan meningkatkan kesehatan dan kenyamanan.

2.1.2 Tujuan Dokumentasi Keperawatan

Menurut Nursalam (2013) Tujuan utama dokumentasi adalah sebagai dokumen rahasia yang mencatat semua pelayanan keperawatan klien, dokumentasi keperawatan dapat diartikan sebagai suatu bisnis dan hukum yang mempunyai banyak manfaat dan penggunaan. Tujuan utama dari pendokumentasian adalah :

1. Mengidentifikasi status kesehatan klien dalam rangka mendokumentasikan kebutuhan klien
2. Dokumentasi untuk penelitian, keuangan hukum, dan etika. Hal ini juga menyediakan :

- a. Bukti kualitas asuhan keperawatan
- b. Bukti legal dokumentasi sebagai pertanggungjawaban kepada klien
- c. Informasi terhadap perlindungan individu
- d. Bukti aplikasi standar praktik keperawatan
- e. Sumber informasi statistic untuk standard an riset keperawatan
- f. Pengurangan biaya informasi
- g. Sumber informasi untuk data yang harus dimasukkan
- h. Komunikasi konsep risiko asuhan keperawatan
- i. Informasi untuk peserta didik keperawatan
- j. Persepsi hak klien
- k. Dokumentasi untuk tenaga professional, tanggung jawab etik, dan menjaga kerahasiaan informasi klien
- l. Suatu data keuangan sesuai
- m. Data perencanaan pelayanan kesehatan di masa yang akan datang.

Menurut Nursalam (2013) manfaat dokumentasi keperawatan antara lain :

1. Hukum

Semua catatan informasi tentang klien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum. Bila terjadi sesuatu masalah (*miscounduct*) yang berhubungan dengan profesi keperawatan, dimana perawat sebagai pemberi jasa dank lien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi dapat dipergunakan sewaktu-waktu. Dokumentasi tersebut dapat dipergunakan sebagai barang bukti di pengadilan. Oleh karena itu data-data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas, objektif, dan ditandatangani oleh tenaga kesehatan (perawat),

tanggal, dan perlu dihindari adanya penulisan yang dapat menimbulkan interpretasi yang salah.

2. Kualitas pelayanan

Pendokumentasian data klien yang lengkap dan akurat akan member kemudahan bagi perawat dalam membantu menyelesaikan masalah klien. Dan untuk mengetahui sejauh mana masalah klien dapat teratasi dan seberapa jauh masalah dapat diidentifikasi dan dimonitor melalui dokumentasi yang akurat. Hal ini akan membantu meningkatkan kualitas (mutu) pelayanan keperawatan.

3. Komunikasi

Dokumentasi keadaan klien merupakan alat “perekam” terhadap masalah yang berkaitan dengan klien. Perawat atau profesi kesehatan lain dapat melihat dokumentasi yang ada dan sebagai alat komunikasi yang dijadikan pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan.

4. Keuangan

Dokumentasi dapat bernilai keuangan. Semua asuhan keperawatan yang belum, sedangkan telah diberikan didokumentasikan dengan lengkap dan dapat dipergunakan sebagai acuan atau pertimbangan dalam biaya keperawatan bagi klien.

5. Pendidikan

Dokumentasi mempunyai nilai pendidikan\, karena isinya menyangkut kronologis dari kegiatan asuhan keperawatan yang dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pembelajaran bagi peserta didik atau profesi keperawatan.

6. Penelitian

Dokumentasi keperawatan mempunyai nilai penelitian. Data yang terdapat didalamnya mengandung informasi yang dapat dijadikan sebagai bahan atau objek riset dan pengembangan profesi keperawatan.

7. Akreditasi

Melalui dokumentasi keperawatan akan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Dengan demikian dapat diambil kesimpulan mengenai tingkat keberhasilan pemberian asuhan keperawatan yang diberikan guna pembinaan dan pengembangan lebih lanjut. Hal ini selain bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan, juga bagi individu perawat dalam mencapai tingkat kepangkatan yang lebih tinggi.

2.1.4 Standar Dokumentasi Keperawatan

Menurut Mastini (2013) standar dokumentasi adalah suatu pernyataan tentang kualitas dan *kuantitas* dokumentasi yang dipertimbangkan secara adekuat dalam suara tertentu. Dengan adanya standar bahwa adanya standar suatu ukuran terhadap kualitas dokumentasi keperawatan. Perawat memerlukan suatu standar dokumentasi untuk memperkuat pola pencatatan dan sebagai petunjuk atau pedoman praktik pendokumentasian dalam memberikan tindakan keperawatan. Fakta tentang kemampuan perawat dalam pendokumentasian ditunjukkan pada ketrampilan penulisan penulisan sesuai dengan standar dokumentasi yang *konsisten*, pola yang *efektif*, dan akurat. Yang dimaksud *efektif* dan akurat yaitu : pendokumentasian ditetapkan ditetapkan oleh profesi atau pemerintahan dengan menggunakan pedoman-pedoman yang berlaku, standar profesi keperawatan

ditulis dalam kedalam catatan kesehatan, peraturan tentang praktik keperawatan dapat dilihat pada catatan pelayanan kesehatan dan pedoman harus diikuti secara *konsisten*.

2.1.5 Jenis-Jenis Pencatatan/Dokumentasi

Ada dua jenis pencatatan menurut Handayaniingsih (2009) :

1. Catatan klien secara tradisional

Catatan klien secara tradisional merupakan catatan yang berorientasi pada sumber dimana setiap sumber mempunyai catatan sendiri. Sumber bisa didapat dari perawat, dokter, atau tim kesehatan lainnya. Catatan perawat terpisah dari catatan dokter dan catatan perkembangan. Biasanya catatan ditulis dalam bentuk naratif. Sistem dokumentasi yang berorientasi pada sumber yang ditulis secara terpisah-pisah sulit menghubungkan keadaan yang benar sesuai perkembangan pasien. Catatan tradisional umumnya mempunyai enam bagian, yaitu: catatan khusus, lembar catatan dokter, lembar riwayat medic, lembar identitas, catatan keperawatan, dan laporan khus lainnya.

2. Catatan berorientasi pada masalah

Pencatatan yang berorientasi pada masalah berfokus pada masalah yang sedang dialami klien. System ini pertama kali diperkenalkan oleh dr. Lawrence Weed dari USA, dimana dikembangkan satu sistem pencatatan dan pelaporan dengan dengan penekanan pada klien tentang segala permasalahannya. Secara menyeluruh sistem ini dikenal dengan nama "*Problem Oriented Record*". Problem Oriented Record (POR) merupakan suatu alat yang efektif untuk membantu tim kesehatan mengidentifikasi masalah-masalah klien, merencanakan terapi, diagnosa, penyuluhan, serta mengevaluasi dan mengkaji perkembangan

klien, POR adalah suatu konsep, maka disarankan untuk membuat suatu format yang baku. Tiap pelayanan dapat menerapkan konsep ini dan menyesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi setempat.

Komponen dasar POR terdiri dari empat bagian, yaitu:

a. *Data Dasar*, identifikasi, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan sebelumnya. Riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik, laboratorium, dan lain-lain, data dasar diperlukan tergantung dari unit atau jenis asuhan yang akan diberikan, misalnya: data dasar unit kebidanan akan berbeda dengan unit bedah.

b. *Daftar Masalah*; masalah klien didapat dari hasil kajian. Pencatatan dasar masalah dapat berupa gejala-gejala, atau hasil laboratorium yang abnormal, masalah psikologis, atau masalah sosial. Masalah yang ada atau mungkin banyak sehingga perlu diatur menurut prioritas masalah dengan member nomor, tanggal pencatatan, serta menyebutkan masalahnya. Daftar memberikan keutungan bagi perawat sebagai perencana keperawatan.

c. *Daftar awal rencana asuhan keperawatan*

Rencana asuhan keperawatan ditulis oleh perawat yang menyusun daftar masalah. Dokter menulis instruksi medis sedangkan perawat menulis instruksi keperawatan atau rencana asuhan keperawatan.

1. Diagnostik. Dokter mengidentifikasi apa pengkajian diagnostik yang perlu dilakukan terlebih dahulu. Menetapkan prioritas untuk mencegah duplikasi intervensi dan memindah pemenuhan kebutuhan kebutuhan pasien. Koordinasi pemeriksaan untuk menegakkan diagnostik sangat penting.

2. Usulan terapi. Dokter menginstruksikan terapi khusus berdasarkan masalah. Termasuk pengobatan, kegiatan yang tidak boleh dilakukan, diet, penanganan secara khusus, dan observasi yang harus dilakukan. Jika masalah awal diagnosis keperawatan, perawat dapat menyusun urutan usulan intervensi asuhan keperawatan.
3. Pendidikan pasien. Diidentifikasi kebutuhan pendidikan pasien bertujuan jangka panjang. Tim kesehatan mengidentifikasi jenis informasi atau keterampilan yang diperlukan oleh pasien untuk beradaptasi terhadap masalah yang berkaitan dengan kesehatannya.

d. *Catatan perkembangan klien*

Catatan perkembangan (progress notes) berisikan perkembangan/kemajuan dari tiap-tiap masalah kesehatan klien yang telah dilakukan intervensi dan disusun oleh semua perawat yang terlibat dengan menambah catatan perkembangan pada lembar yang sama. Beberapa acuan catatan perkembangan dapat digunakan, antara lain :

SOAP (*Subjective, Objective, Analysis/Assesment, Plan*)

SOAPIER (*SOAP ditambah Intervention, Evaluation, dan Revise*)

PIE (*Problem-Intervention-Evaluation*)

1. Rujuk pada daftar masalah sebelum menuliskan data SOAP
2. Beri tanda setiap catatan SOAP dengan nomor secara berurutan
3. Pemisahan catatan SOAP harus ditulis untuk setiap masalah
4. Masukkan data yang relevan saja terhadap masalah yang spesifik
5. Masalah yang belum pasti harus didaftar di catatan sementara

6. Tuliskan data subjek apa adanya
7. Jika terjadi kebingungan dalam pengkajian keperawatan, gunakan diagnosis keperawatan atau uraian (*paraphrase*) sebagai kesimpulan status kesehatan klien.
8. Catatan SOAP menyediakan data tentang keadaan fisik, status pendidikan pasien, dan status mental pasien
9. Jika tidak ada masalah yang luar biasa, tetapi peraturan mengharuskan memasukkan dalam pendokumentasian, tuliskan catatan perkembangan tentang masalah pasien ketika pertama kali masuk
10. Jika hanya SOAP:

Umumnya digunakan untuk pengkajian

awal Cara penulisan :

S : Data Subjektif

Berisi tentang data dari klien (segala bentuk pernyataan atau keluhan klien) diperoleh dari anamnesa yang merupakan ungkapan langsung.

O : Data Objektif

Data yang diperoleh dari hasil observasi melalui pemeriksaan umum, fisik, obstetric, penunjang (laboratorium,USG, dll)

A : Analisis

Kesimpulan berdasarkan dari data S dan O, meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, serta perlunya tindakan segera.

P : Planning

Rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis, termasuk asuhan mandiri, kolaborasi, tes diagnosis atau laboratorium, serta konseling.

Evaluasi respons pasien terhadap intervensi didokumentasikan untuk mendukung data. Gunakan A (*asesment*) tidak hanya untuk mencatat analisis dan pengkajian, tetapi juga evaluasi respons klien terhadap intervensi.

11. Istilah P dapat dinyatakan sebagai standar asuhan keperawatan

(Nursalam, 2013)

Menurut Putra, Rejeki, & Kristina, (2016) petunjuk cara pendokumentasian yang benar :

1. Jangan menghapus menggunakan *tipe-x* atau mencatat tulisan yang salah, ketika mencatat yang benar menggunakan garis pada tulisan yang salah, kata salah lalu di paraf kemudian tulis catatan yang benar.
2. Jangan menulis komentar yang bersifat mengkritik klien maupun tenaga kesehatan lain. Karena bisa menunjukkan perilaku yang tidak profesional atau asuhan keperawatan yang tidak bermutu.
3. Koreksi semua kesalahan sesegera mungkin karena kesalahan menulis diikuti kesalahan tindakan.
4. Catatan harus akurat, teliti dan reliabel, pastikan apa yang ditulis adalah fakta, jangan berspekulatif atau menulis perkiraan saja.
5. Jangan biarkan bagian kosong pada akhir catatan perawat, karena dapat menambahkan informasi yang tidak benar pada bagian yang kosong tadi,

untuk itu buat garis horizontal sepanjang area yang kosong dan bubuhkan tanda tangan dibawahnya.

6. Semua catatan harus dapat dibaca dan ditulis dengan tinta dan menggunakan bahasa yang jelas.
7. Jika perawat mengatakan sesuatu instruksi, catat bahwa perawat sedang mengklarifikasikan, karena jika perawat melakukan tindakan diluar batas kewenangannya dapat dituntut.
8. Tulis hanya untuk diri sendiri karena perawat bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas informasi yang ditulisnya.
9. Hindari penggunaan tulisan yang bersifat umum (kurang spesifik), karena informasi yang spesifik tentang kondisi klien atas kasus bisa secara tidak sengaja terhapus jika informasi terlalu umum. Oleh karena itu tulisan harus lengkap, singkat, padat dan obyektif.
10. Pastikan urutan kejadian dicatat dengan benar dan ditandatangani setiap selesai menulis dokumentasi. Dengan demikian dokumentasi keperawatan harus obyektif, komprehensif, akurat dan menggambarkan keadaan klien serta apa yang terjadi pada dirinya.
11. Agar mudah dibaca, sebaiknya menggunakan tinta warna biru atau hitam.
Menurut *American Nurses Association* (ANA) dalam melakukan asuhan dokumentasi keperawatan, perawat harus mengingat beberapa hal antara lain :
 1. Tulisan jelas atau dicetak rapi, catatan harus dapat dibaca.
 2. Gunakan tinta permanen. (ketepatan warna tinta bergantung pada kebijakan rumah sakit).

3. Untuk setiap entri, identifikasi waktu dan tanggal. Bubuhi tanda tangan lengkap anda, serta cantumkan nama dan jabatan anda.
4. Gambarkan kaitan antara perawatan yang diberikan dan respon pasien terhadap perawatan.
5. Tulis secara objektif gambaran temuan (misalnya perilaku) dan lakukan observasi terhadap perilaku.
6. Tulis entri secara berurutan dan sesuai kronologis tanpa melewati garis atau tidak ada garis yang kosong.
7. Tulis entri sesegera mungkin setelah pemberian perawatan.
8. Tulis secara factual dan spesifik.
9. Kutip penjelasan dari pasien (keluarga atau pemberi perawatan) jika diindikasikan.
10. Gunakan nama pasien (misal, Tn. Andi)
11. Dokumentasikan keluhan atau kebutuhan pasien dan pemecahan masalahnya.
12. Buat secara lengkap akurat dan menyeluruh.
13. Tulis apa yang anda katakan, gunakan singkatan yang disetujui institusi.
14. Catat hanya perawatan yang anda berikan.
15. Untuk mengoreksi kesalahan, lakukan hal berikut ini: buat sebuah garis pada entri yang salah, jelaskan kesalahan tersebut secara singkat (misal, tanggal salah), bubuhi tanda tangan, tanggal dan waktu.

2.1.8 Aturan Dalam Dokumentasi Efektif

Menurut Wahid, Suprpto, (2012) untuk membuat dokumentasi yang efektif terdapat aturan-aturan :

1. *Simplicity* (kesederhanaan)

Dalam pendokumentasian digunakan kata-kata yang sederhana, mudah dibaca, dimengerti, hindari isitilah yang dibuat-buat.

2. *Concervatism* (akurat)

Didasari oleh informasi dari data yang dikumpulkan.

3. Kesabaran

Sabar dalam membuat dokumentasi keperawatan dengan meluangkan waktu untuk memeriksa kebenaran data.

4. *Precision* (ketepatan)

a. Sebagai syarat yang sangat diperlukan

b. Menggunakan teknologi tinggi

5. *Irrefutability* (jelas dan objektif)

Data dan sumber harus jelas, tidak mengada-ada dan berdasarkan pengkajian terhadap klien.

Menurut Nursalam (2013) menyebutkan Instrumen studi dokumentasi penerapan standar asuhan keperawatan di RS meliputi :

1. Pengkajian keperawatan
2. Diagnosis Keperawatan
3. Perencanaan Keperawatan
4. Intervensi/implementasi keperawatan
5. Evaluasi keperawatan
6. Dokumentasi

Penjabaran masing-masing meliputi :

1. Pengkajian keperawatan

- a. Pengumpulan data dilakukan secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan.
- b. Pengelompokan data, kriteria :
 - a) Data biologis, yaitu hasil observasi tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik melalui IPPA (inspeksi, perkusi, palpasi, auskultasi) serta pemeriksaan diagnostik/penunjang (laboratorium dan foto rontgen).
 - b) Data psikologis, sosial, spiritual melalui wawancara dan observasi.
 - c) Format pengkajian data awal menggunakan model ROS (*review of system*) yang meliputi data demografi pasien, riwayat keperawatan, observasi dan pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang/diagnostik.
- c. Diagnosis keperawatan
 - a) Status kesehatan dibandingkan dengan norma untuk menentukan kesenjangan.
 - b) Siagnosis keperawatan dihubungkan dengan penyebab kesenjangan dan pemenuhan pasien.
 - c) Siagnosis keperawatan dibuat sesuai dengan wewenang perawat
 - d) Komponen diagnosis terdiri dari Masalah (P), Penyebab (E), dan Tanda atau Gejala (S) atau terdiri atas Masalah dan Penyebab (PE).
 - e) Melakukan pengkajian ulang dan merevisi diagnosis berdasarkan data terbaru.
- d. Intervensi/Perencanaan keperawatan
Perawat membuat rencana asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan status kesehatan.

Kriteria :

- a) Perencanaan terdiri atas penetapan prioritas masalah, tujuan, dan rencana asuhan keperawatan.
- b) Bekerja sama dengan klien dalam menyusun rencana asuhan keperawatan..
- c) Perencanaan bersifat individual sesuai dengan kondisi atau kebutuhan klien.
- d) Mendokumentasikan rencana asuhan keperawatan.

e. Implementasi keperawatan

Perawat mengimplementasikan intervensi yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan.

- a) Bekerja sama dengan klien dalam pelaksanaan implementasi asuhan keperawatan
- b) Mengolaborasi asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah kesehatan klien.
- c) Melakukan asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah kesehatan klien.
- d) Melakukan supervise terhadap tenaga pelaksana keperawatan di bawah tanggung jawabnya.
- e) Menjadi koordinator pelayanan dan advokasi terhadap klien untuk mencapai tujuan kesehatan.
- f) Menginformasikan kepada klien tentang kesehatannya dan fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan yang dapat dimanfaatkan olehnya.
- g) Memberikan pendidikan kesehatan pada klien dan keluarga mengenai konsep, keterampilan asuhan diri, serta membantu klien memodifikasi lingkungan yang akan digunakannya.

h) Mengkaji ulang dan merevisi implementasi asuhan keperawatan berdasarkan respons klien.

f. Evaluasi

Perawat mengevaluasi kemajuan (respons) klien terhadap asuhan keperawatan dalam pencapaian tujuan dan merevisi data dasar serta perencanaan.

Kriteria :

- a) Menyusun perencanaan evaluasi hasil dari implementasi secara komprehensif, tepat waktu, dan terus-menerus.
 - b) Menggunakan data dasar dan respons klien dalam mengukur perkembangan ke arah pencapaian tujuan.
 - c) Memvalidasi dan menganalisis data baru dengan rekan sejawat dan klien.
 - d) Bekerja sama dengan klien dan keluarga untuk memodifikasi rencana asuhan keperawatan.
 - e) Mendokumentasikan hasil evaluasi dan memodifikasi perencanaan.
- g. Dokumentasi

Perawat mendokumentasikan hasil yang telah atau belum dicapai pada rekam medis (*medical records*). Penggunaan istilah yang tepat perlu ditekankan pada penulisannya untuk menghindari salah persepsi dan ketidakjelasan dalam menyusun asuhan keperawatan lebih lanjut. (Nursalam, 2013).

2.1.10 Faktor yang mempengaruhi pendokumentasi keperawatan

Menurut Iyer & Camp (2004) Faktor sosial yang memengaruhi dokumentasi keperawatan adalah berbagai perubahan sosial telah memengaruhi industri kesehatan. perubahan tersebut antara lain meningkatkan kesadaran konsumen,

meningkatnya keakuratan pasien yang dihospitalisasi, dan meningkatnya penekanan pada hasil pelayanan kesehatan.

Berdasarkan penelitian (Putra, Rejeki, & Kristina, 2016) tentang gambaran faktor kinerja perawat dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan menunjukkan bahwa pengetahuan, motivasi, peranan rekan kerja dan fasilitas dalam pelaksanaan asuhan keperawatan memiliki pengaruh terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan.

Kualitas dokumentasi keperawatan dipengaruhi beberapa faktor berikut :

1. Pengetahuan

Kurangnya tingkat pengetahuan mengenai konsep dan dasar-dasar dokumentasi keperawatan karena latar belakang pendidikan dan pengalaman berbeda-beda, sehingga tidak ada keseragaman dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan.

2. Persepsi

Seorang perawat dalam melakukan setiap tindakan, sangat dipengaruhi oleh bagaimana persepsi perawat itu sendiri. Ketika perawat mempersepsikan dokumentasi keperawatan bukan sebagai tanggung jawabnya, maka perawat akan melakukan dokumentasi keperawatan tidak sesuai dengan standar.

3. Motivasi

Perawat yang mempunyai motivasi, tidak hanya sekedar melakukan dokumentasi keperawatan namun perawat dapat mengetahui serta memahami apa yang perawat catat dalam dokumentasi keperawatan, sehingga dapat membuat dokumentasi keperawatan yang berkualitas.

4. Beban kerja

Semakin tinggi beban kerja perawat, maka semakin rendah kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan. Banyaknya lembar format yang harus diisi untuk mencatat data dan intervensi keperawatan pada pasien membuat perawat terbebani.

5. Kondisi kerja

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

6. Pedoman dokumentasi

Penulisan dokumentasi keperawatan yang tidak mengacu pada pedoman yang sudah ditetapkan dapat mengakibatkan dokumentasi keperawatan tidak lengkap dan akurat.

7. Format dokumentasi keperawatan

Lembar format keperawatan yang tidak lengkap, panjang dan tidak fokus dapat menyebabkan dokumentasi keperawatan tidak lengkap.

8. Supervisi

Supervisi dapat meningkatkan motivasi dan rasa tanggung jawab perawat dalam mencatat tindakan yang telah dilakukan dan respon pasien.

9. *Reward* dan *punishment*

Bentuk *reward* baik lisan maupun berbentuk jasa pelayanan akan sangat memotivasi perawat dalam melakukan dokumentasi keperawatan, sedangkan *punishment* diberikan pada perawat yang tidak rajin dalam melengkapi

dokumentasi keperawatan. Hal tersebut diatas sangat mempengaruhi kualitas dokumentasi keperawatan.

2.2 Konsep Timbang Terima

2.2.1 Definisi Timbang Terima

Agustin, Wijaya , & Habibi, (2014) timbang terima adalah proses transfer atau perpindahan informasi penting untuk asuhan keperawatan pasien secara holistic dan aman yang bertujuan agar pelayanan yang diberikan oleh setiap perawat saling berkesinambungan.

Overan merupakan teknik atau cara untuk menyampaikan dan menerima sesuatu (laporan) yang berkaitan dengan keadaan pasien. Overan pasien harus dilakukan seefektif mungkin dengan menjelaskan secara singkat, jelas dan lengkap tentang tindakan mandiri perawat, tindakan kolaboratif yang sudah dan yang belum dilakukan serta perkembangan pasien saat itu. Informasi yang disampaikan harus akurat sehingga kesinambungan asuhan keperawatan dapat berjalan dengan sempurna. Overran dilakukan oleh perawat primer keperawatan kepada perawat primer (penanggung jawab) dinas sore atau dinas malam secara tertulis dan lisan (Nursalam, 2012).

2.2.2 Tujuan Timbang Terima

Menurut Australian Health Care and Hospitals Association/ AHHA (2009) tujuan timbang terima adalah untuk mengidentifikasi, mengembangkan dan meningkatkan timbang terima klinis dalam berbagai pengaturan kesehatan.

Menurut Nursalam (2012) tujuan dilaksanakan timbang terima adalah :

1. Mengomunikasikan keadaan pasien dan menyampaikan informasi yang penting.

2. Menyampaikan kondisi dan keadaan pasien (data fokus).
3. Menyampaikan hal yang sudah/belum dilakukan dalam asuhan keperawatan kepada pasien.
4. Menyampaikan hal yang penting yang harus ditindak lanjuti oleh perawat dinas berikutnya.
5. Menyusun rencana kerja untuk dinas berikutnya.

1. Bagi perawat

- a. Meningkatkan kemampuan komunikasi antar perawat.
- b. Menjalin hubungan kerjasama dan bertanggung jawab antar perawat.
- c. Pelaksanaan asuhan keperawatan terhadap pasien yang berkesinambungan.
- d. Perawat dapat mengikuti perkembangan pasien secara paripurna.

2. Bagi Pasien

Klien dapat menyampaikan masalah secara langsung bila ada yang belum terungkap.

(Nursalam, 2012).

Pelayanan keperawatan merupakan pelayanan yang kompleks sehingga aktivitas timbang terima dalam pelayanan memiliki berbagai bentuk atau tipe yang saling berhubungan dengan tujuan pelayanan yang akan diberikan pada pasien selama dalam perawatan. Beberapa bentuk atau tipe timbang terima antara lain :

1. *On call responsibility* yang merupakan timbang terima dalam bentuk pertanggung jawaban atas informasi melalui telepon/informasi lisan.

2. *Critical report* yaitu bentuk pencatatan atas informasi hasil pemeriksaan penunjang, seperti catatan laboratorium.
3. *Hospital to community handover* yaitu bentuk timbang terima dari fasilitas pelayanan rumah sakit ke rumah/fasilitas pelayanan kesehatan di masyarakat. Perpindahan pasien pada tingkat perawatan, merupakan suatu bentuk timbang terima yang ditujukan pada perpindahan pasien dari perawatan kritikal ke perawatan medical.
4. *Nursing shift* merupakan bentuk timbang terima yang berhubungan dengan pergantian shift dalam pelayanan keperawatan seperti pergantian dari dinas pagi ke dinas sore.
5. *Other transition in care* yang merupakan perpindahan dalam kegiatan pelayanan yang bersifat sementara seperti ke pemeriksaan radiologi, fisiotherapy atau ruang operasi dikutip dari penelitian (Hidayatullah, 2016).

1. Persiapan

- a. Operan (Handover) dilaksanakan setiap pergantian shift/operan.
- b. Prinsip operan, terutama pada semua pasien baru masuk dan pasien yang dilakukan operan khususnya pasien yang memiliki permasalahan yang belum/dapat teratasi serta yang membutuhkan observasi lebih lanjut.
- c. PP menyampaikan operan pada PP berikutnya mengenai hal yang perlu disampaikan dalam operan antara lain :
 - a) Jumlah pasien.
 - b) Identitas pasien dan diagnosa medis.

- c) Data (keluhan/subjektif dan objektif).
- d) Masalah keperawatan yang masih muncul. Intervensi keperawatan yang sudah dan belum dilaksanakan (secara umum).
- e) Intervensi kolaborasi dan independen.
- f) Rencana umum dan persiapan yang perlu dilakukan (persiapan operasi, pemeriksaan penunjang, dan lain-lain).

2. Pelaksanaan

- a. Kedua kelompok dinas sudah siap (shif jaga).
- b. Kelompok yang akan bertugas menyiapkan buku catatan.
- c. Kepala ruangan membuka acara operan.
- d. Perawat yang melakukan acara operan dapat melakukan klarifikasi.
- e. Tanya jawab dan melakukan validasi terhadap hal-hal yang telah di operkan dan berhak menanyakan mengenai di hal-hal yang kurang jelas.
- f. Kepala ruangan atau PP menanyakan kebutuhan dasar pasien.
- g. Penyampaian yang jelas, singkat dan padat.
- h. Perawat yang melaksanakan operan mengkaji secara penuh terhadap masalah keperawatan, kebutuhan dan tindakan yang telah/belum dilaksanakan serta hal-hal penting lainnya selama masa perawatan.
- i. Hal-hal yang sifatnya khusus dan memerlukan perincian yang matang sebaiknya dicatat secara khusus untuk kemudian diserahkan kepada petugas berikutnya.
- j. Lama operan untuk tiap pasien tidak lebih dari lima menit kecuali pada kondisi khusus dan memerlukan keterangan yang rumit.

3. Post Timbang Terima (handover)

- a. Diskusi.
- b. Pelaporan untuk operan dituliskan secara langsung pada format operan yang ditanda tangani oleh pp yang jaga saat itu dan pp yang jaga berikutnya diketahui oleh Kepala Ruang.
- c. Pelaporan untuk operan dituliskan secara langsung pada format operan yang ditanda tangani oleh pp yang jaga saat itu dan pp yang jaga berikutnya diketahui oleh Kepala Ruang.
- d. Ditutup oleh Karu.

(Nursalam, 2012).

2.2.6 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Timbang Terima

Faktor penghambat terdiri dari delapan elemen utama yaitu :

1. Hambatan komunikasi
2. Masalah yang berhubungan dengan standar
3. Ketersediaan sumber daya
4. Faktor lingkungan
5. Efektifitas waktu
6. Kesulitan yang berhubungan dengan kompleksitas keadaan pasien
7. Pendidikan dan pelatihan yang kurang serta faktor individu

Sedangkan faktor pendukung pendukung terdiri dari tujuh elemen utama yaitu :

1. Ketrampilan komunikasi
2. Strategi/standar timbang terima
3. Penggunaan teknologi

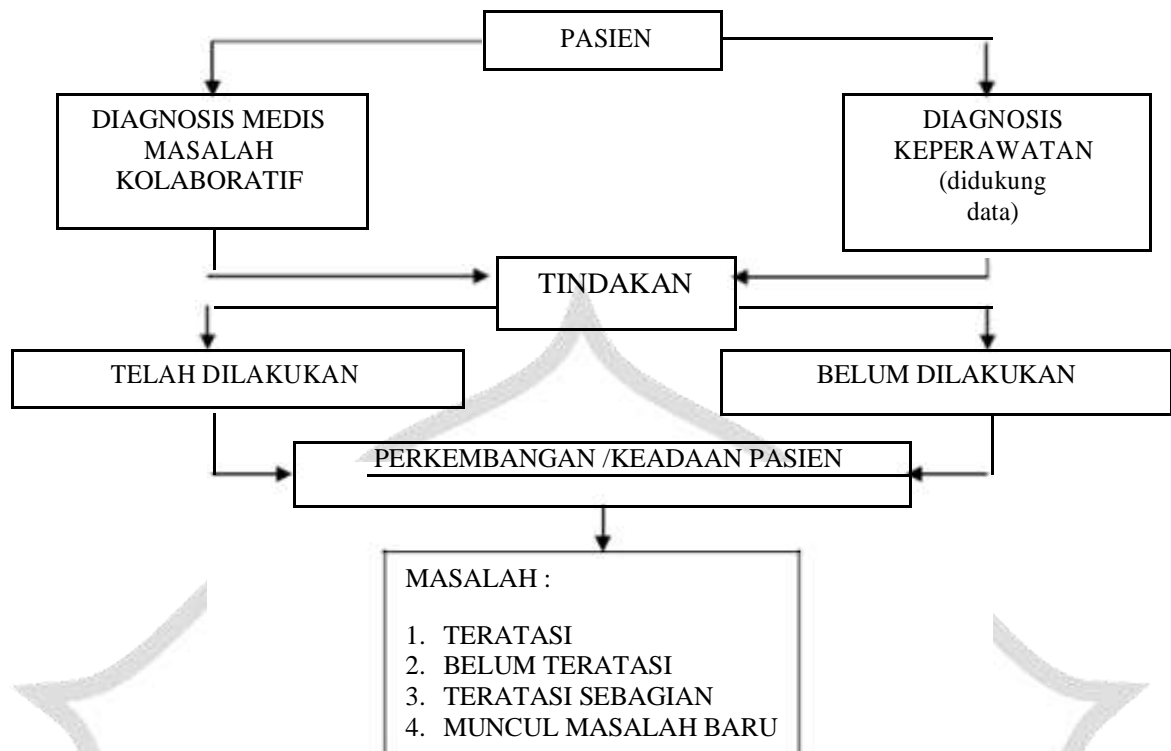
4. Dukungan lingkungan
5. Pendidikan dan pelatihan
6. Keterlibatan staf serta kepemimpinan

(Agustin, Wijaya, & Habibi 2014)

2.2.7 Hal-hal Yang Perlu Diperhatikan Dalam Timbang Terima

1. Dilaksanakan tepat waktu pergantian shif.
 2. Dipimpin oleh kepala ruangan atau pergantian jawab pasien (PP).
 3. Diikuti oleh semua perawat yang telah dan yang akan dinas.
 4. Informasi yang disampaikan harus akurat, singkat, sistematis, dan menggambarkan kondisi pasien saat ini serta menjaga kerahasiaan pasien.
 5. Operan (*handover*) harus berorientasi pada permasalahan pasien.
 6. Pada saat operan di kamar pasien, menggunakan volume suara yang cukup sehingga pasien di sebelahnya tidak mendengar sesuatu yang rahasia bagi pasien. Sesuatu yang dianggap rahasia sebaiknya tidak dibicarakan secara langsung didekat pasien.
 7. Sesuatu yang mungkin membuat pasien terkejut dan syok sebaiknya dibicarakan di *nurse station*.
- (Nursalam, 2012).

2.2.8 Skema Timbang Terima



Gambar 2.1 : Skema timbang terima

(Nursalam, 2012).

2.2.9 Evaluasi dalam Timbang Terima

1. Struktur (*Input*).

Pada operan, sarana dan prasarana yang menunjang telah tersedia antara lain : catatan operan, status pasien dan kelompok shif operan. Kepala ruang selalu memimpin kegiatan operan yang dilakukan pada pergantian shif yaitu malam ke pagi, pagi ke sore. Kegiatan operan pada shif sore ke malam dipimpin oleh perawat primer yang bertugas saat itu.

2. Proses.

Proses operan dipimpin oleh kepala ruang dan dilaksanakan oleh seluruh perawat yang bertugas maupun yang akan mengganti shif. Perawat primer mengoperkan ke perawat primer berikutnya yang akan mengganti shif. Operan

pertama kali dilakukan di *nurse station* kemudian ke ruang perawatan pasien dan kembali lagi ke *nurse station*. Isi operan mencakup jumlah pasien, diagnosis keperawatan, intervensi yang belum/sudah dilakukan. Setiap pasien tidak lebih dari lima menit saat klarifikasi ke pasien.

3. Hasil.

Operan dapat dilaksanakan setiap pergantian shif. Setiap perawat dapat mengetahui perkembangan pasien. Komunikasi antar perawat berjalan dengan baik.

(Nursalam, 2012).

2.3 Hubungan Pelaksanaan Timbang Terima dengan Dokumentasi Keperawatan

Komunikasi yang dilakukan perawat secara rutin yaitu kegiatan timbang terima pasien saat pertukaran shif dinas sore atau dinas malam, tapi kenyataannya banyak perawat yang tidak menerapkan timbang terima sesuai dengan prosedur. Hal ini akan berefek pada kesalahan dalam pendokumentasian yang akan mengakibatkan menurunnya kesehatan pada pasien yang tak terduga (*Nursing Journal of STIKes Insan Cendekia Medika Jombang*, 2014).

Dokumentasi merupakan catatan otentik dalam penerapan manajemen asuhan keperawatan professional dan tanggung jawab penuh terhadap segala tindakan yang dilakukan, salah satu kegiatan pendokumentasian adalah keterampilan berkomunikasi (Nursalam, 2012).

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual

Kerangka konsep penelitian adalah suatu uraian dan visualisasi hubungan atau kaitan antara konsep satu terhadap konsep lainnya, atau antara variabel yang satu dengan variabel yang lain dari masalah yang ingin di teliti (Notoadmodjo, 2010).

Faktor-faktor penghambat timbang terima :

1. Hambatan komunikasi
2. Masalah yang berhubungan dengan standar
3. Ketersediaan sumber daya
4. Faktor lingkungan
5. Efektifitas waktu
6. Kesulitan yang berhubungan dengan kompleksitas keadaan pasien
7. Pendidikan dan pelatihan yang kurang serta faktor individu

Pelaksanaan Timbang Terima Pasien

1. Persiapan timbang terima
2. Pelaksanaan timbang terima
3. Post timbang terima

Faktor-faktor pendokumentasian :


1. Pengetahuan
2. Persepsi
3. Motivasi
4. Beban kerja
5. Kondisi kerja
6. Pedoman dokumentasi
7. Format dokumentasi
8. Supervisi
9. Reward dan punishment

Dokumentasi Keperawatan Metode SOAP

1. *Subjective*
2. *Objective*
3. *Analysis/Assessment*
4. *Planning*

Keterangan :

 : Di teliti

 : Tidak diteliti

Gambar 3.1 Kerangka konseptual pelaksanaan timbang terima pasien dengan dokumentasi keperawatan metode SOAP



Penjelasan Kerangka Konseptual

Timbang terima/operan merupakan teknik atau cara untuk menyampaikan dan menerima sesuatu (laporan) yang berkaitan dengan keadaan pasien. Faktor-faktor penghambat timbang terima antara lain : hambatan komunikasi, masalah yang berhubungan dengan standar, ketersediaan sumber daya, faktor lingkungan, efektifitas waktu, kesulitan yang berhubungan dengan kompleksitas keadaan pasien, pendidikan dan pelatihan yang kurang serta faktor individu.

Dokumentasi merupakan catatan otentik dalam penerapan manajemen asuhan keperawatan professional, perawat professional diharapkan dapat menghadapi tuntutan tanggung jawab dan tanggung gugat terhadap segala tindakan yang dilaksanakan. Pendokumentasian keperawatan juga dipengaruhi beberapa faktor yaitu pengetahuan, persepsi, motivasi, beban kerja, kondisi kerja, pedoman dokumentasi, format dokumentasi, supervisi, reward dan punishment.

3.2 Hipotesis

Hipotesis adalah suatu hasil penelitian pada hakikatnya adalah suatu jawaban atas pertanyaan penelitian yang telah dirumuskan dalam perencanaan penelitian (Notoatmodjo, 2010).

Hipotesis dalam penelitian ini adalah :

H1 : Ada hubungan pelaksanaan timbang terima pasien dengan dokumentasi keperawatan metode SOAP.

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Desain Penelitian

Desain penelitian merupakan petunjuk peneliti dalam perencanaan dan pelaksanaan penelitian untuk mencapai suatu tujuan atau menjawab suatu pertanyaan (Nursalam, 2013). Penelitian ini menggunakan desain penelitian analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian analitik adalah jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran atau observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat (Hidayat, 2009). Penelitian ini dimaksudkan untuk menganalisis hubungan pelaksanaan timbang terima pasien dengan dokumentasi keperawatan metode SOAP dalam waktu yang sama.

4.2 Waktu dan Tempat Penelitian

4.2.1 Waktu Penelitian

Waktu penelitian ini dimulai dari penyusunan proposal sampai penyusunan laporan skripsi pada bulan Februari-Juni 2017.

4.2.2 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Ruang Mawar Rumah Sakit Umum Daerah Jombang karena Rumah sakit sudah lulus akreditasi B dan rumah sakit ini non pendidikan. Timbang terima telah dilaksanakan di ruang itu dalam menyampaikan laporan keadaan pasien dan askepnnya menggunakan SOAP.

4.3 Populasi, Sampel dan Sampling

4.3.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan subyek penelitian (Arikunto, 2010). Sedangkan menurut Nursalam, populasi adalah setiap subjek (misal manusia, pasien) yang memenuhi kriteria yang telah ditetapkan (Nursalam, 2013). Pada penelitian ini populasinya adalah semua perawat di ruang Mawar RSUD Jombang dengan jumlah perawat 32 orang perawat.

4.3.2 Sampel

Sampel terdiri dari bagian populasi terjangkau yang dapat dipergunakan sebagai subyek penelitian (Nursalam, 2013). Pada penelitian ini sampelnya adalah sebagian perawat di ruang Mawar RSUD jombang dengan jumlah 30 orang perawat. Untuk menghindari penyimpangan sampel ditentukan kriteria inklusi dan eksklusi.

1. Kriteria Inklusi

Adalah kriteria yang dapat diambil sebagai sampel penelitian (Notoatmodjo, 2010). Kriteria inklusi penelitian ini :

- a. Perawat bersedia menjadi responden
- b. Perawat yang masuk jam kerja pada saat penelitian

2. Kriteria Eksklusi

Adalah kriteria objek populasi yang tidak dapat diambil sebagai sampel penelitian (Notoatmodjo, 2010). Kriteria eksklusi penelitian ini :

- a. Perawat yang sedang masa tugas/ijin belajar dan sedang dalam masa cuti (cuti hamil, cuti melahirkan, cuti menikah, cuti sakit)
- b. Tidak menjabat sebagai kepala ruangan.

c. Tidak menjabat sebagai wakil kepala ruangan.

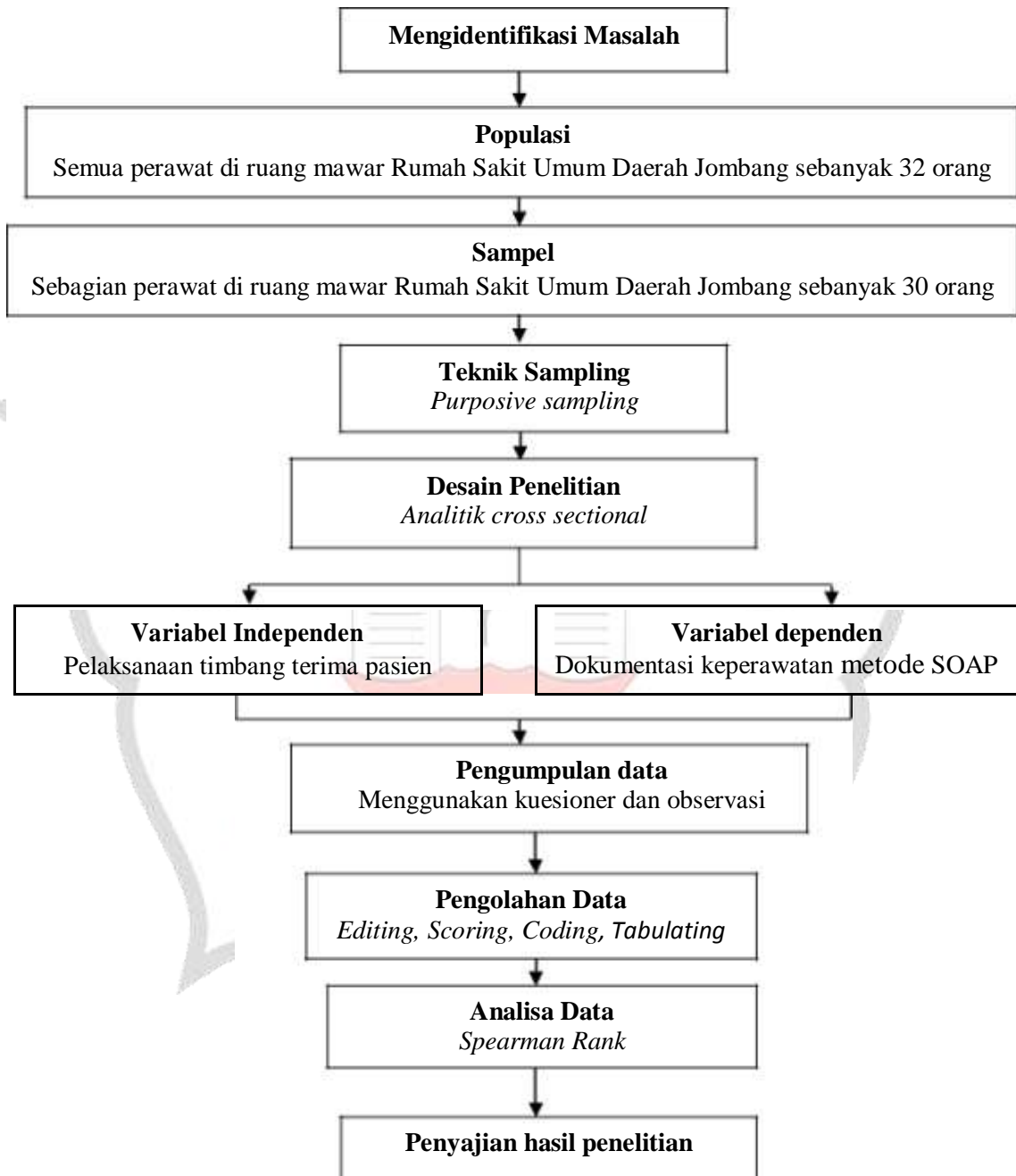
4.3.3 Sampling

Sampling penelitian adalah proses menyeleksi populasi yang dapat mewakili populasi yang ada (Nursalam, 2013). Teknik sampling, yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Purposive sampling*. *Purposive sampling* adalah teknik pengambilan sampel di dasarkan pada suatu pertimbangan tertentu yang dibuat oleh peneliti sendiri, berdasarkan ciri atau sifat-sifat populasi yang sudah diketahui sebelumnya. (Notoatmodjo, 2012).



4.4 Kerangka Kerja (*Frame Work*)

Frame work adalah pentahapan atau langkah–langkah dalam aktivitas ilmiah yang dilakukan dalam melakukan penelitian (kegiatan sejak awal–akhir penelitian) (Nursalam, 2013).



Gambar 4.1 : Kerangka kerja hubungan pelaksanaan timbang terima pasien dengan dokumentasi keperawatan metode SOAP di Ruang Mawar RSUD Jombang

4.5 Identifikasi Variabel

Variabel adalah sesuatu yang digunakan sebagai ciri, sifat, atau ukuran yang dimiliki atau didapatkan oleh satuan penelitian tentang suatu konsep pengertian tertentu (Notoatmodjo, 2010).

1. Variabel *independent* (bebas)

Variabel bebas adalah stimulus aktivitas yang dimanipulasi oleh penelitian untuk menciptakan suatu dampak (Nursalam, 2013). Variabel independent pada penelitian ini adalah pelaksanaan timbang terima pasien.

2. Variabel *Dependent* (terikat)

Variabel dependent adalah variabel yang dipengaruhi oleh variabel bebas (Notoatmodjo, 2010). Variabel dependent dalam penelitian ini adalah dokumentasi keperawatan metode SOAP.

4.6 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari sesuatu yang didefinisikan tersebut. Karakteristik yang dapat diamati artinya memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu obyek atau fenomena yang kemungkinan dapat diulangi lagi oleh orang lain (Nursalam, 2013).

Tabel 4.2. Definisi operasional hubungan pelaksanaan timbang terima pasien dengan dokumentasi keperawatan SOAP

Variabel	Definisi Operasional	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Variabel independent	Suatu cara dalam menyampaikan dan menerima sesuatu (laporan) yang berkaitan dengan keadaan pasien	Pelaksanaan timbang terima : 1. Persiapan timbang terima 2. Pelaksanaan timbang terima 3. Post timbang terima	K U E S I O N E R	O R D I N A L	Jumlah soal : 15 dengan menggunakan skor likert : Tidak : 1 Jarang : 2 Kadang : 3 Sering : 4 Selalu : 5
Variabel dependent	Catatan otentik dalam penerapan manajemen asuhan keperawatan SOAP	Dokumentasi keperawatan SOAP : 1. <i>Subjective</i> 2. <i>Objective</i> 3. <i>Analysis/Assesment</i> 4. <i>Planning</i>	C H E C K L I S T	O R D I N A L	Jumlah komponen 11 dengan menggunakan skor guttman: AYA : 1 TIDAK : 0 Kriteria : Baik (76-100%) Cukup (56-75%) Kurang (<56%) (Arikunto, 2010)

4.7 Pengumpulan dan Analisa Data

4.7.1 Bahan penelitian

Pada penelitian ini bahan peneliti menggunakan bahan penelitian kuesioner, boudpoint.

4.7.2 Instrumen Penelitian

Untuk membuat data yang relevan dengan tujuan penelitian, maka peneliti menggunakan instrumen pengumpulan data berupa angket atau kuesioner. Kuesioner yaitu suatu cara pengumpulan data atau suatu penelitian mengenai

suatu masalah dengan menyediakan pertanyaan kepada sejumlah obyek (Notoatmodjo, 2010).

Kuesioner dalam pengukuran pelaksanaan timbang terima yang terdiri dari 15 pertanyaan dengan jenis skala likert dan dokumentasi keperawatan metode SOAP menggunakan observasi terdiri dari 11 komponen dengan jenis skala guttman. Sebelum kuesioner digunakan dalam penelitian, telah terlebih dahulu dilakukan uji coba. Instrumen yang baik harus memenuhi dua persyaratan penting yaitu valid dan reliabel (Arikunto, 2010).

4.7.3 Uji Instrumen penelitian

1. Uji Validitas

Pengujian yang pertama dilakukan adalah pengujian validitas kuesioner. Uji validitas digunakan untuk mengukur sah atau valid tidaknya suatu kuesioner. Instrumen dalam penelitian ini menggunakan kuesioner untuk variabel independen dan lembar observasi untuk variabel dependen dilakukan uji validitas dan uji reabilitas

a. Analisa univariat

Yaitu analisis yang bertujuan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik dari setiap variabel penelitian (Notoatmodjo, 2010). Terdapat dua data yaitu data umum dan data khusus. Data umum dari penelitian ini adalah umur, jenis kelamin, pendidikan, dan lama kerja. Sedangkan data khusus dari penelitian ini adalah variabel independent dan dependent. Variabel *independent* pada penelitian ini adalah pelaksanaan timbang terima pasien dan variabel

dependen adalah dokumentasi keperawatan metode SOAP. Adapun penyajian data berupa rerata, standar deviasi, nilai ekpetasi maksimal dan minimal.

b. Analisis bivariat

Analisis yang dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berhubungan atau berkorelasi (Notoatmodjo, 2010). Analisi bivariat dalam penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan pelaksanaan timbang terima pasien dengan dokumentasi keperawatan metode SOAP.

Untuk mengetahui hubungan antara kedua variabel apakah signifikansi atau tidak dengan kemaknaan 0,05 dengan menggunakan uji *Sperman Rank* dengan software SPSS, jika nilai signifikansi $<0,05$ maka terdapat korelasi antara Pelaksanaan Timbang Terima Pasien dengan Dokumentasi Keperawatan Metode SOAP Di Ruang Mawar RSUD Jombang, sebaliknya jika nilai signifikansi $>0,05$ maka tidak terdapat korelasi Pelaksanaan Timbang Terima Pasien dengan Dokumentasi Keperawatan Metode SOAP Di Ruang Mawar RSUD Jombang.

4.7.4 Pengolahan Data

Menurut Hidayat (2009) setelah angket dari responden terkumpul, selanjutnya dilakukan pengolahan data dengan cara sebagai berikut:

1. *Editing*

Editing adalah upaya untuk memeriksa kembali kebenaran data yang diperoleh atau dikumpulkan. *Editing* dapat dilakukan pada tahap pengumpulan data atau setelah data terkumpul.

2. *Coding*

Coding merupakan kegiatan pemberian kode *numeric* (angka) terhadap data yang terdiri atas beberapa kategori. Pemberian kode ini sangat penting bila

pengolahan dan analisis data menggunakan komputer. Biasanya dalam pemberian kode dibuat juga daftar kode dan artinya dalam satu buku (*code book*) untuk memudahkan kembali melihat dan arti suatu kode dari suatu variabel.

a. Data umum

a) Umur

21-24 tahun : U1

25-29 tahun : U2

30 tahun : U3

b) Jenis kelamin

Laki-laki: L

Perempuan : P

c) Pendidikan

S1 Keperawatan : P1

D3 Keperawatan : P2

d) Lama bekerja di RSUD Jombang

<1 tahun : L1

1-5 tahun : L2

6-10 tahun : L3

>10 tahun : L4

e) Status pegawai

PNS : G1

Honor : G2

b. Data khusus

a) Pelaksanaan timbang terima pasien

Baik : kode 3

Cukup : kode 2

Kurang : kode 1

b) Dokumentasi keperawatan metode SOAP

Baik : kode 3

Cukup : kode 2

Kurang : kode 1

3. *Scoring*

Adalah memberikan penilaian terhadap item-item yang perlu diberi penilaian atau skor.

Penelitian ini peneliti menggunakan skor likert dan skor guttman, untuk pernyataan pelaksanaan timbang terima pasien menggunakan skor likert (Tidak: 1, jarang: 2, kadang: 3, sering: 4, selalu: 5), sedangkan untuk komponen dokumentasi keperawatan metode SOAP menggunakan skor guttman (YA: 1, TIDAK: 0). Membuat tabel data sesuai dengan tujuan penelitian atau yang diinginkan oleh peneliti (Notoatmodjo, 2012).

4. *Tabulating*

Tabulating adalah mengelompokkan data ke dalam satu tabel tertentu menurut sifat-sifat yang dimiliki. Pada data ini dianggap bahwa data telah diproses sehingga harus segera disusun dalam pola format yang telah dirancang. Adapun penyajian data berupa persentase dengan sistematika penulisan menurut Arikunto (2010) sebagai berikut :

- a. Seluruhnya : 100%
- b. Hampir seluruhnya : 76%-99%
- c. Sebagian besar : 51%-75%
- d. Setengahnya : 50%
- e. Hampir setengahnya : 26%-49%
- f. Sebagian kecil : 1%-25%
- g. Tidak satupun : 0%

Dalam melakukan penelitian, prosedur yang ditetapkan adalah sebagai berikut :

1. Mengurus surat penelitian ke STIKES ICME Jombang.
2. Setelah mendapatkan rekomendasi atau ijin dari Diklat RSUD Jombang peneliti berkoordinasi dengan kepala ruangan untuk pengambilan data.
3. Sebelum melakukan penelitian peneliti menjelaskan mengenai tujuan penelitian, manfaat penelitian dan penelitian yang dilakukan tidak akan menimbulkan dampak buruk bagi responden, serta cara pengisian kuesioner
4. Setelah responden jelas mengenai informasi penelitian dan bersedia untuk menjadi subjek penelitian responden diminta untuk mengisi *informed consent* atau lembar persetujuan.
5. Setelah responden mengisi *informed consent* responden diminta untuk mengisi kuesioner.
6. Peneliti mendampingi responden secara langsung sehingga apabila responden kurang jelas dengan maksud pertanyaan yang ada di dalam kuesioner, responden dapat langsung bertanya kepada peneliti.

7. Setelah responden selesai mengisi kuesioner peneliti memeriksa kembali kelengkapan jawaban dari responden, apabila ada jawaban yang kurang lengkap peneliti meminta responden untuk melengkapinya kembali.
8. Peneliti mengumpulkan semua kuesioner dari responden untuk diolah dan dianalisis.

4.8 Etika Penelitian

4.8.1 *Informed Consent*

Informed Consent merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden. *Informed Consent* tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan *Informed Consent* adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian, mengetahui dampaknya.

4.8.2 *Anonimity* (tanpa nama)

Masalah etika merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama. Responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

4.8.3 *Confidentiality* (kerahasiaan)

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaan oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil riset (Hidayat, 2010).

4.9 Keterbatasan Penelitian

4.9.1 Keterbatasan responden

Pengambilan data dilakukan di rumah sakit yang menyebabkan adanya kemungkinan responden merasa takut dalam mengungkapkan kejujurannya yang akan berdampak buruk pada pekerjaannya. Mengatasi hal tersebut peneliti selalu menjelaskan kepada responden bahwa responden tidak usah mencantumkan nama pada kuesioner. Dan juga pada lembar kuesioner yang diberikan oleh peneliti tidak menuntut kemungkinan responden mengisi jawaban yang berdampak baik untuk rumah sakit juga ruangan. dan untuk observasi dilakukan oleh peneliti sendiri sehingga kemungkinan kecil kesalahan sedikit dalam pengambilan data.

4.9.2 Keterbatasan data

Pengumpulan data menggunakan kuesioner mempunyai dampak yang sangat subjektif sehingga kebenaran data tergantung dari kejujuran responden untuk mengisi kuesioner. Selain itu juga terjadi kesalahpahaman responden tentang pernyataan pada kuesioner. Untuk mengatasi hal tersebut peneliti memberikan kesempatan bagi responden untuk bertanya jika kurang faham dalam pernyataan kuesioner.

4.9.3 Keterbatasan Waktu

Responden merupakan perawat yang sedang melaksanakan tugas di ruangan, hal ini menyebabkan waktu yang sedikit dibatasi oleh karena itu peneliti sedikit kesulitan untuk melakukan pendekatan dengan responden. Untuk mengatasi hal tersebut perlu melakukan bina hubungan saling percaya saat bertemu responden.

BAB 5

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan hasil dari penelitian tentang hubungan pelaksanaan timbang terima pasien dengan dokumentasi keperawatan metode SOAP yang dilaksanakan di ruang mawar RSUD Kabupaten Jombang. Penelitian ini dilaksanakan dimulai pada tanggal 08-14 April 2017 dengan jumlah 30 responden diperoleh dari ruang mawar RSUD Kabupaten Jombang. Untuk memudahkan pemahaman dan juga interpretasi dibedakan berdasarkan data umum dan data khusus. Data umum meliputi karakteristik responden berdasarkan umur, jenis kelamin, pendidikan, lama bekerja, dan status pegawai. Data khusus meliputi tentang pelaksanaan timbang terima pasien, dokumentasi keperawatan metode SOAP, dan hubungan pelaksanaan timbang terima pasien dengan dokumentasi keperawatan metode SOAP. Hasil penelitian yang diperoleh selanjutnya akan dibahas dan disesuaikan dengan tujuan dan landasan teori.

5.1 Hasil penelitian

5.1.1 Gambaran tempat penelitian

RSUD Kabupaten Jombang terletak di tengah kota di Jalan KH. Wahid Hasyim No. 52, Kepanjen. RSUD Kabupaten Jombang merupakan rumah sakit daerah berkapasitas bed/tempat tidur 246 buah dan 45 tempat tidur berkelas VIP keatas. Mempunyai IRNA yang merupakan kelas I, kelas II, kelas III, dan kelas VIP. Perawat dibagi dalam 3 *shift* yaitu kelompok *shift* pagi pukul 07.00-14.00, kelompok *shift* sore 14.00-20.00, kelompok *shift* malam pukul 20.00-07.00. Untuk sistem pengarsifan di ruang mawar pada setiap pergantian shift antarperawat sudah dilakukan timbang terima pasien. Pada penyampaian hasil pelaporannya

dalam bentuk dokumentasi keperawatan metode SOAP yang ditulis petugas jaga saat itu begitupun selanjutnya.

5.1.2 Data Umum

Hasil penelitian distribusi responden berdasarkan karakteristik responden meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, lama bekerja, dan status kepegawaian. Hasil analisis univariat akan diuraikan sebagai berikut :

1. Karakteristik responden berdasarkan umur

Tabel 5.1 Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur diruang Mawar RSUD Kabupaten Jombang 2017.

No	Umur	Frekuensi	Persentase (%)
1	21-24 tahun	10	33,3
2	25-29 tahun	14	46,7
3	≥30 tahun	6	20,0
Total		30	100.0

Sumber: Data primer tahun 2017

Berdasarkan tabel 5.1 diketahui bahwa hampir setengahnya responden berumur 25-29 tahun sebanyak 14 responden (46,7%).

2. Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin

Tabel 5.2 Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin diruang Mawar RSUD Kabupaten Jombang 2017.

No	Jenis kelamin	Frekuensi	Persentase (%)
1	Laki-laki	9	30,0
2	Perempuan	21	70,0
Total		30	100.0

Sumber: Data primer tahun 2017

Berdasarkan tabel 5.2 diketahui bahwa sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 21 responden (70%).

3. Karakteristik responden berdasarkan pendidikan

Tabel 5.3 Distribusi frekuensi responden berdasarkan pendidikan diruang Mawar RSUD Kabupaten Jombang 2017.

No	Pendidikan	Frekuensi	Persentase (%)
1	S1 Keperawatan	5	16,7
2	D3 Keperawatan	25	83,3
Total		30	100,0

Sumber: Data primer tahun 2017

Berdasarkan tabel 5.3 diketahui bahwa hampir seluruhnya responden berpendidikan D3 Keperawatan sebanyak 25 responden (83,3%).

4. Karakteristik responden berdasarkan lama bekerja

Tabel 5.4 Distribusi frekuensi responden berdasarkan lama bekerja diruang Mawar RSUD Kabupaten Jombang 2017.

No	Lama bekerja	Frekuensi	Persentase (%)
1	< 1 tahun	7	23,3
2	1-5 tahun	15	50,0
3	6-10 tahun	5	16,7
4	>10 tahun	3	10,0
Total		30	100,0

Sumber: Data primer tahun 2017

Berdasarkan tabel 5.4 diketahui bahwa setengahnya responden lama bekerja 1-5 tahun sebanyak 15 responden (50%), sebagian kecil responden lama bekerja 6-10 tahun sebanyak 5 responden (16,7%).

5. Karakteristik responden berdasarkan status pegawai

Tabel 5.5 Distribusi frekuensi responden berdasarkan status pegawai diruang Mawar RSUD Kabupaten Jombang 2017.

No	Status pegawai	Frekuensi	Persentase (%)
1	PNS	8	26,7
2	Honor	22	73,3
Total		30	100,0

Sumber: Data primer tahun 2017

Berdasarkan tabel 5.5 diketahui bahwa sebagian besar responden berstatus pegawai honor sebanyak 22 responden (73,3%).

5.1.3 Data khusus

1. Pelaksanaan timbang terima pasien

Tabel 5.6 Distribusi frekuensi responden berdasarkan pelaksanaan timbang terima pasien diruang Mawar RSUD Kabupaten Jombang 2017.

No	Kriteria	Frekuensi	Persentase (%)
1	Kurang	0	0
2	Cukup	4	13,3
3	Baik	26	86,7
Total		30	100.0

Sumber: Data primer tahun 2017

Berdasarkan tabel 5.6 diketahui bahwa hampir seluruhnya responden pelaksanaan timbang terima pasien baik sebanyak 26 responden (86,7%).

2. Dokumentasi keperawatan metode SOAP

Tabel 5.7 Distribusi frekuensi responden berdasarkan dokumentasi keperawatan metode SOAP diruang Mawar RSUD Kabupaten Jombang 2017.

No	Kriteria	Frekuensi	Persentase (%)
1	Kurang	0	0
2	Cukup	8	26,7
3	Baik	22	73,3
Total		30	100.0

Sumber: Data primer tahun 2017

Berdasarkan tabel 5.7 diketahui bahwa sebagian besar responden dokumentasi keperawatan SOAP baik sebanyak 22 responden (73,3%).

3. Hubungan pelaksanaan timbang terima pasien dengan dokumentasi keperawatan SOAP

Tabel 5.8 Hubungan pelaksanaan timbang terima pasien dengan dokumentasi keperawatan metode SOAP diruang Mawar RSUD Kabupaten Jombang 2017.

		Dokumentasi keperawatan metode SOAP			Total	
		Baik	Cukup	Kurang		
Pelaksanaan timbang terima pasien	Baik	N	21	5	0	26
		%	80,8	19,2	0	100,0
	Cukup	N	1	3	0	4
		%	25,0	75,0	0	100,0
	Kurang	N	0	0	0	0
		%	0	0	0	0
Total	N	22	8	0	30	
	%	73,3	26,7	0	100,0	
Nilai	ρ	0,018				

Tabel 5.8 dari tabulasi silang antara pelaksanaan timbang terima pasien dengan dokumentasi keperawatan metode SOAP didapatkan bahwa pelaksanaan timbang terima pasien baik dengan dokumentasi keperawatan metode SOAP cukup 5 responden (19,2%) dan baik 21 responden (80,8%). pelaksanaan timbang terima pasien dengan dokumentasi keperawatan metode SOAP cukup yaitu 3 responden (75,0%) dan baik 1 responden (25,0%). Sedangkan pelaksanaan timbang terima pasien dengan dokumentasi keperawatan metode SOAP kurang tidak ada. Hasil uji spearman rank antara variabel pelaksanaan timbang terima pasien dengan dokumentasi keperawatan metode SOAP di ruang Mawar RSUD Kabupaten Jombang didapatkan nilai $\rho = 0,018$. Hasil tersebut lebih kecil dari taraf signifikan yang digunakan yaitu $\alpha = 0,05$, dengan kata lain H1 diterima atau ada hubungan pelaksanaan timbang terima pasien dengan dokumentasi keperawatan metode SOAP di ruang Mawar RSUD Kabupaten Jombang.

5.2 Pembahasan

5.2.1 Pelaksanaan timbang terima pasien

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 5.6 didapatkan bahwa dari 30 responden hampir seluruhnya pelaksanaan timbang terima pasien yang baik yaitu sebanyak 26 responden (86,7%) dan sisanya sebanyak 4 (13,3%) responden yang cukup. Tidak ada responden yang pelaksanaan timbang terima pasien kurang.

Dari hasil data penelitian dapat diperoleh pelaksanaan timbang terima pasien dipengaruhi oleh beberapa faktor antara lain pendidikan, umur, dan lama kerja. Berdasarkan hasil tersebut menunjukkan bahwa hampir seluruhnya pendidikan responden adalah D3 yaitu sejumlah 25 responden dengan persentase 83,3% sedangkan S1 berjumlah 5 responden dengan persentase 16,7%.

Menurut Mubarak (2007) pendidikan ada faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang, karena pendidikan adalah bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain terhadap suatu hal agar dapat memahami. Semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin mudah mereka menerima informasi, dan semakin banyak pula pengetahuan yang didapat.

Sedangkan menurut Notoatmodjo (2007) pendidikan sangat berperan penting dalam menentukan kualitas hidup seseorang yang akan memperoleh pengetahuan dan mengaplikasikannya, semakin tinggi pendidikan maka akan semakin berkualitas dari hal yang belum tahu menjadi tahu.

Peneliti berasumsi bahwa pendidikan juga mempengaruhi terhadap pelaksanaan tugas. Dengan pendidikan hampir seluruhnya D3 keperawatan maka sikap responden dalam pelaksanaan tugas berpengaruh.

Untuk itu, pelaksanaan timbang terima pasien dapat dipengaruhi oleh pendidikan responden. Peneliti juga setuju dengan teori Mubarak, yang dapat disimpulkan semakin tinggi pendidikan semakin mudah mereka menerima informasi. Dengan semakin banyak responden yang berpendidikan D3 keperawatan semakin kurangnya dalam pelaksanaan tindakan untuk mensejahterakan pasien di rumah sakit.

Berdasarkan pada hasil data didapatkan bahwa hampir setengahnya umur responden adalah 25-29 tahun sejumlah 14 responden dengan persentase 46,7%. Menurut Mubarak (2007) seseorang dengan bertambahnya umur akan terjadi perubahan pada aspek psikis dan psikologis. Pertumbuhan fisik secara garis besar ada empat kategori perubahan, yaitu perubahan ukuran, perubahan proporsi, hilangnya ciri-ciri lama dan timbulnya ciri-ciri baru, ini terjadi akibat pematangan fungsi organ.

Pada aspek psikologi dan mental taraf berfikir seseorang semakin matang dan dewasa. Sedangkan menurut Notoatmodjo 2003, umur mempengaruhi terhadap daya tangkap dan juga pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikir, sehingga sikap pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik.

Peneliti berasumsi bahwa dari data yang sudah didapat menunjukkan bahwa hampir setengahnya umur responden di RSUD Kabupaten Jombang adalah 25-29 tahun (46,7%). Dari data tersebut peneliti setuju dengan teori Mubarak dan Notoatmodjo yang menyatakan semakin besar umur seseorang maka akan semakin besar pula pengaruh terhadap tindakan yang dilakukan oleh responden.

Untuk itu peneliti bersependapat bahwa umur juga dapat mempengaruhi pelaksanaan timbang terima pasien. Karena meningkatnya umur akan mempengaruhi tindakan yang dilakukan responden dalam memberikan pendapatnya tentang cara pelaksanaan timbang terima yang baik dan sesuai dengan prosedur.

Berdasarkan pada hasil data menunjukkan bahwa setengahnya lama kerja responden yang paling banyak adalah 1-5 tahun sejumlah 15 responden dengan persentase 50,0%. Menurut Notoatmodjo (2007) pengalaman adalah suatu kejadian yang dialami oleh seseorang dalam berinteraksi dengan lingkungan. Pengalaman bekerja akan dapat mengembangkan kemampuan dalam bidang kerjanya.

Peneliti berasumsi dari teori Notoatmodjo menyimpulkan bahwa dari pengalaman responden bekerja akan berpengaruh terhadap pelaksanaan timbang terima pasien yang dilaksanakan oleh responden. Terkait dengan seberapa lama bekerja maka akan semakin menambah wawasan dan pengalaman responden yang akan mempengaruhi tindakan yang dilakukan responden.

Dalam hal ini peneliti setuju dengan teori Notoatmodjo pada dasarnya lama kerja juga akan berpengaruh terhadap pelaksanaan timbang terima pasien karena semakin lama kerja akan semakin baik dalam pelaksanaan timbang terima pasien yang dilakukan oleh responden. Baik atau tidaknya pelaksanaan timbang terima pasien akan menentukan seberapa jauh responden memahami pentingnya timbang terima dari pengalaman responden yang didapat selama bekerja.

Teori Riesenberg (2010) mengemukakan bahwa faktor penghambat mempengaruhi terlaksananya timbang terima pasien secara efektif seperti hambatan komunikasi responden yaitu ketidakpahaman responden terhadap informasi yang harus disampaikan kepada perawat yang akan berjaga selanjutnya.

Peneliti berasumsi bahwa faktor penghambat juga dapat mempengaruhi pelaksanaan timbang terima pasien yang masih kurang baik dalam pelaksanaan yang dilakukan oleh responden. Hal ini bisa disebabkan oleh beberapa faktor penghambat seperti hambatan komunikasi, masalah yang berhubungan dengan standar, ketersediaan sumber daya, faktor lingkungan, efektifitas waktu. Apabila faktor pendukung lebih ditingkatkan lagi maka timbang terima pasien dapat dilaksanakan dan berjalan dengan baik. Akan sangat baik apabila dilaksanakannya pelatihan responden supaya lebih memahami lagi pentingnya pelaksanaan timbang terima pasien.

Faktor-faktor yang sudah dijelaskan tadi, masih ada beberapa pelaksanaan timbang terima pasien yang masih kurang. Karena hampir seluruhnya pelaksanaan timbang terima pasien baik didapatkan 26 responden dengan persentase 86,7%, tetapi tidak seluruhnya pelaksanaan timbang terima pasien baik.

Namun demikian peneliti masih melihat adanya nilai yang masih menjawab kurang baik. Hal ini bisa dilihat dari hasil kuesioner yang digunakan oleh peneliti didapatkan ada beberapa pernyataan yang nilainya masih cukup. Dari beberapa pernyataan diantaranya pada kelompok yang akan bertugas menyiapkan buku catatan 14 responden masih ada yang menjawab kadang. Untuk pernyataan kepala ruangan atau PP menanyakan kebutuhan dasar pasien 15 responden masih ada yang menjawab kadang. Pada pelaporan untuk operan dituliskan secara langsung

pada format operan dan diketahui kepala ruangan 1 responden ada menjawab jarang. Dan pernyataan melaksanakan diskusi setelah pelaksanaan timbang terima 15 responden masih ada yang menjawab kadang-kadang.

Dari pernyataan-pernyataan tersebut peneliti berasumsi masih banyak sebagian responden masih belum memahami pentingnya dalam pelaksanaan timbang terima pasien, dipengaruhi seperti lama kerja, pendidikan dan umur responden.

5.2.2 Dokumentasi Keperawatan Metode SOAP

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 5.7 data pendokumentasian menunjukkan sebanyak 8 (26,7%) responden memiliki kriteria cukup, dan 22 (73,3%) responden memiliki kriteria baik dalam pendokumentasian keperawatan SOAP. Dari hasil data penelitian dapat diperoleh kualitas dokumentasi keperawatan metode SOAP dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu pengetahuan, persepsi, supervisi, *reward* dan *punishment*.

Berdasarkan data yang didapat bahwa hampir setengahnya dokumentasi keperawatan metode SOAP berkriteria cukup berjumlah 8 responden dengan persentase (26,7%). Menurut teori Notoatmodjo (2013) kurangnya tingkat pengetahuan mengenai konsep dan dasar-dasar dokumentasi keperawatan karena latar belakang pendidikan dan pengalaman berbeda-beda, sehingga tidak ada keseragaman dalam pendokumentasi.

Peneliti berasumsi bahwa pengetahuan mempengaruhi terhadap pendokumentasian. Peneliti juga setuju dengan teori Notoatmodjo, yang dapat disimpulkan semakin tinggi pengetahuan akan semakin menambah ilmu dalam melakukan dokumentasi keperawatan metode SOAP.

Berdasarkan data yang didapat bahwa sebagian besar dokumentasi keperawatan metode SOAP berkriteria baik berjumlah 22 responden dengan persentase (73,3%). Menurut Putra (2016) persepsi seseorang akan mempengaruhi terhadap pendokumentasian karena seorang perawat dalam melakukan setiap tindakan sangat dipengaruhi oleh bagaimana persepsi perawat itu sendiri, ketika perawat mempersepsikan dokumentasi keperawatan bukan sebagai tanggung jawabnya maka akan melakukan dokumentasi keperawatan tidak sesuai dengan standar. Dalam hal ini peneliti setuju dengan pendapat Putra pada dasarnya persepsi juga akan berpengaruh terhadap dokumentasi keperawatan metode SOAP standar atau tidaknya tergantung pada persepsi seseorang.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa hampir setengahnya dokumentasi keperawatan metode SOAP dengan kriteria cukup ada 8 responden (26,7%). Menurut teori Notoatmodjo (2010) menyimpulkan bahwa supervisi akan berpengaruh terhadap pendokumentasian yang dilaksanakan oleh responden. Karena supervisi dapat meningkatkan dan rasa tanggung jawab perawat dalam mencatat tindakan yang dilakukan. Dalam hal ini peneliti berasumsi sebaliknya jika supervisi tidak dilakukan maka akan berdampak pada dokumentasi keperawatan metode SOAP yang akan mengurangi rasa tanggung jawab perawat dalam pelaksanaan tugas yang seharusnya menjadi tanggung jawab mereka sebagai perawat.

Dari faktor-faktor yang sudah dijelaskan tadi, masih ada beberapa pendokumentasian yang masih kurang. Karena sebagian besar dokumentasi keperawatan metode SOAP berkriteria baik didapatkan 22 responden dengan persentase 73,3%, tetapi tidak seluruhnya dokumentasi keperawatan metode

SOAP berkriteria baik. Hal ini bisa dilihat dari hasil komponen observasi yang dilihat oleh peneliti didapatkan ada beberapa komponen yang nilainya masih cukup diantaranya : Perawat menuliskan hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium, Rontgen, dll) 18 responden tidak menuliskan. Perawat menuliskan riwayat alergi, riwayat pembedahan 6 responden tidak menuliskan. Perawat menuliskan pemasangan alat dan invasive (infuse dan alat bantu kateter dll), serta pemberian obat dan cairan 6 responden tidak menuliskan. Perawat menuliskan tentang tindakan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan atau dimodifikasi 2 responden tidak menuliskan.

Peneliti berasumsi bahwa dari data yang sudah didapat menunjukkan bahwa sebagian besar responden dalam dokumentasi keperawatan metode SOAP ada 22 (73,3%) responden dengan kriteria baik. Dari data tersebut peneliti setuju dengan teori Nursalam yang menyatakan *Reward* dan *Punishment* juga mempengaruhi dalam pendokumentasian, bentuk *Reward* baik lisan maupun berbentuk jasa pelayanan akan sangat memotivasi perawat dalam melakukan dokumentasi keperawatan, sedangkan *Punishment* diberikan pada perawat yang tidak rajin dalam melengkapi dokumentasi keperawatan. Hal tersebut sangat mempengaruhi kualitas dokumentasi keperawatan metode SOAP.

5.2.3 Hubungan pelaksanaan timbang terima pasien dengan dokumentasi keperawatan metode SOAP

Tabulasi silang pada tabel 5.8 antara pelaksanaan timbang terima pasien dengan dokumentasi keperawatan metode SOAP, didapatkan bahwa pelaksanaan timbang terima pasien cukup dengan dokumentasi keperawatan metode SOAP cukup yaitu 3 responden (75,0%) dan baik 1 responden (25,0%). Sedangkan

pelaksanaan timbang terima pasien baik dengan dokumentasi keperawatan metode SOAP cukup yaitu 5 responden (19,2%) dan baik 21 responden (80,8%).

Berdasarkan hasil uji *spearman rank* antara variabel pelaksanaan timbang terima pasien dengan dokumentasi keperawatan metode SOAP di ruang Mawar RSUD Kabupaten Jombang didapatkan nilai $\rho = 0,018$. Hasil tersebut lebih kecil dari taraf signifikan yang digunakan yaitu $\alpha = 0,05$, dengan kata lain H_1 diterima atau ada hubungan pelaksanaan timbang terima pasien dengan dokumentasi keperawatan metode SOAP di ruang Mawar RSUD Kabupaten Jombang.

Pelaksanaan timbang terima didefinisikan sebagai alat komunikasi antarperawat secara rutin dilaksanakan pada saat pergantian *shift*/operan berisi informasi penting tentang pasien didokumentasikan dalam bentuk SOAP yang akan memberikan informasi yang jelas dalam pemenuhan kebutuhan pasien.

Menurut peneliti, pelaksanaan timbang terima pasien sangat penting dalam mensejahterakan kesehatan pada pasien, karena dengan adanya pelaksanaan timbang terima pasien dan juga dokumentasi keperawatan metode SOAP yang baik dapat memberikan perbaikan status kesehatan pasien dan meningkatkan mutu pelayanan keperawatan. Namun tidak semua perawat memiliki frekuensi yang baik, hal ini dipengaruhi oleh faktor pendidikan, lama bekerja, umur, pengetahuan, persepsi, supervisi, *reward* dan *punishment*.

Untuk mengantisipasi pelaksanaan timbang terima pasien dan juga dokumentasi keperawatan tidak terjadi kesalahan dan juga selalu baik. Pada ruangan Mawar sudah dilakukan supervisi yang artinya pengawasan dengan jadwal tidak menentu. Dan juga perawat dilaksanakan pelatihan yang mendukung dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

Bab ini membahas tentang kesimpulan yang menjawab tujuan penelitian dan saran sesuai dengan kesimpulan

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian di ruang Mawar RSUD Kabupaten Jombang dapat dirumuskan kesimpulan sebagai berikut :

1. Pelaksanaan timbang terima pasien di ruang Mawar RSUD Kabupaten Jombang hampir seluruhnya adalah baik.
2. Dokumentasi keperawatan metode SOAP di ruang Mawar RSUD Kabupaten Jombang sebagian besar adalah baik.
3. Ada hubungan pelaksanaan timbang terima pasien dengan dokumentasi keperawatan metode SOAP di ruang Mawar RSUD Kabupaten Jombang.

6.2 Saran

1. Bagi Rumah Sakit

Bisa dijadikan sebagai acuan dalam upaya meningkatkan pelayanan kesehatan pada pasien terutama dalam meningkatkan standar komunikasi SBAR di dalam ruangan yang digunakan oleh perawat dan juga tenaga medis lainnya.

2. Bagi tenaga perawat

Bisa memberikan pemahaman lebih kepada perawat di ruang Mawar mengenai pelaksanaan timbang terima pasien yang ditekankan dalam menyiapkan buku catatan dan juga melaksanakan diskusi setelah *handover* secara rutin pada saat pergantian shif, untuk dokumentasi

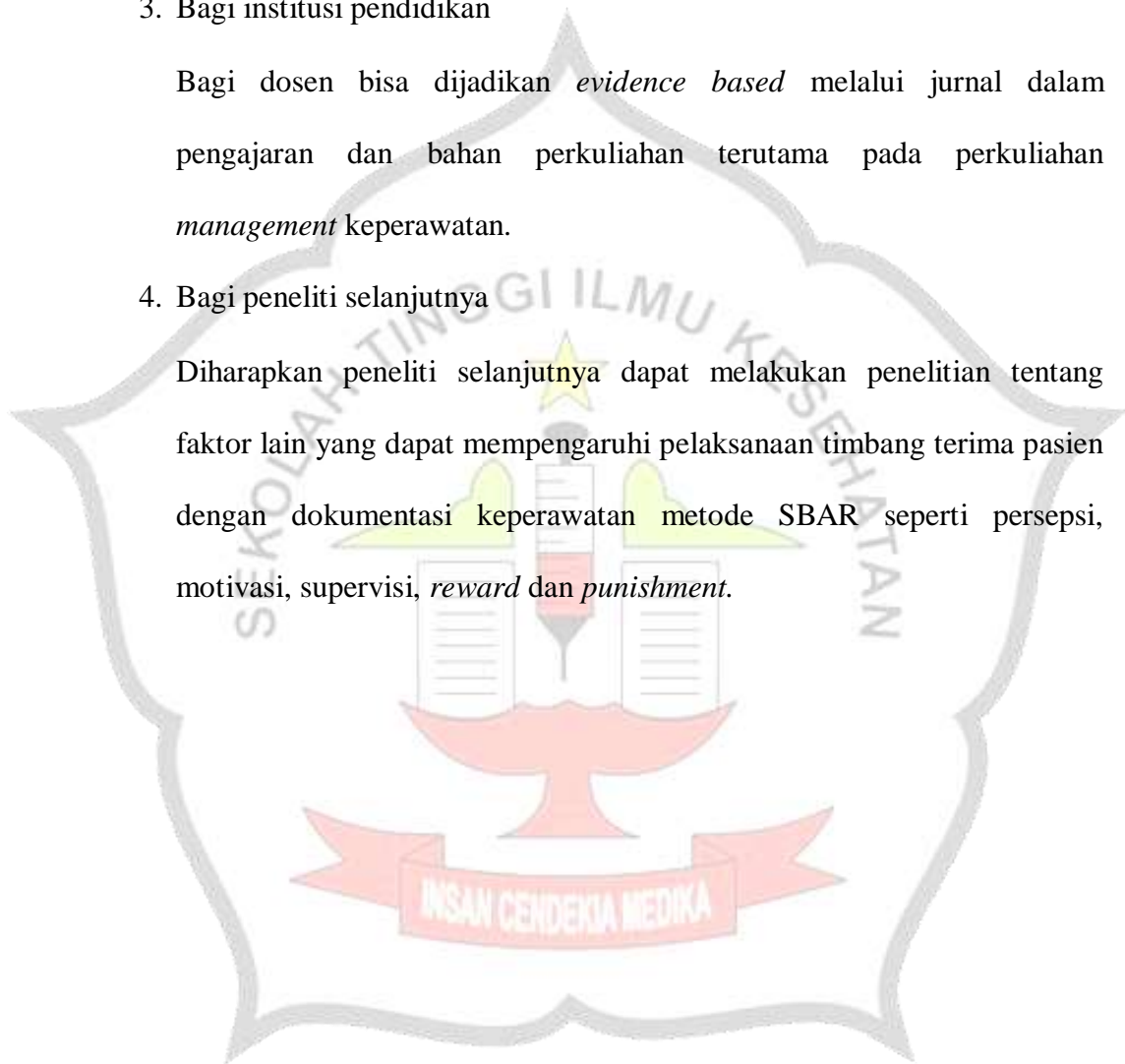
keperawatan metode SOAP lebih dicermati lagi saat pendokumentasian dalam menuliskan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang lainnya, sehingga perawat dapat mengetahui pentingnya dalam pendokumentasian dan meminimalisis kesalahan dalam tindakan keperawatan.

3. Bagi institusi pendidikan

Bagi dosen bisa dijadikan *evidence based* melalui jurnal dalam pengajaran dan bahan perkuliahan terutama pada perkuliahan *management* keperawatan.

4. Bagi peneliti selanjutnya

Diharapkan peneliti selanjutnya dapat melakukan penelitian tentang faktor lain yang dapat mempengaruhi pelaksanaan timbang terima pasien dengan dokumentasi keperawatan metode SBAR seperti persepsi, motivasi, supervisi, *reward* dan *punishment*.



DAFTAR PUSTAKA

- Agustin, Viera., Wijaya, Arif., & Habibi Y.Y., 2014, '*Nurse Knowledge With Acceptance Weigh Implementation*', Nursing Journal of STIKes Insan Cendekia Medika Jombang, vol.08 no.002, h.2.
- D.F.A, Lestari., Suryani., & Maria M.W., 2014, '*Pengaruh Operan dengan Metode SBAR Terhadap Pendokumentasian Implementasi dan Evaluasi Asuhan Keperawatan*', Jurnal Ilmu Keperawatan dan Kebidanan.
- Handayaningsih., 2009, *Dokumentasi Keperawatan DAR : Panduan, Konsep, dan Aplikasi*, 2rd edn., Mitra Cendikia Press, Jogjakarta, hh.13-15.
- Hidayaturrehman., 2016, *Hubungan Sikap Perawat dengan Pelaksanaan Timbang Terima Di Ruang Kencono Wungu RSUD Dr. Wahidin Sudiro Husodo Mojokerto*, Skripsi Skep., STIKes Insan Cendekia Medika Jombang, h.65-66.
- Iyer, Patricia W., Camp, Nancy H., (3rd edn.) 2004, *Nursing documentation : a nursing process approach*, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta h.3.
- Kesrianti, A.M., Noor, N.B., Maidin, Alimin., 2012, *Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Komunikasi Pada Saat Handover Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Universitas Hasanuddin*, Makassar, hh.3-4.
- Manopo, Quiteria., Marasmis, Frangky R.R., Sinolungan, Jehosua S.V., 2013, *Hubungan Antara Penerapan Timbang Terima Pasien dengan Keselamatan Pasien oleh Perawat Pelaksanaan Di RSUD GMIM Kalooran Amurang*, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sam Ratulangi, Manado h.1-2.
- Mastini, I GST.A.A. Putri., 2013, *Hubungan Pengetahuan, Sikap, dan Beban Kerja dengan Kelengkapan Pendokumentasi Asuhan Keperawatan IRNA Dirumah Sakit Umum Pusat Sanglah Denpasar*, tesis Mkes, Universitas Udayana, Denpasar, hh.41-42.
- Mubarak, Wahid Iqbal., dkk., 2007, *Promosi Kesehatan Sebuah Pengantar Proses Belajar Mengajar dalam Pendidikan*. Yogyakarta : Graha Ilmu.
- Nursalam, 2012, *Manajemen Keperawatan : Aplikasi dalam Praktek Keperawatan Profesional*, 3rd edn., Salemba Medika, Jakarta.
- Noyumala, 2013, *Hubungan Komitmen Perawat Dengan Perilaku Caring Profesional Perawat Melalui Pelaksanaan Patient Safety*, Universitas Hasanudin, Surakarta.

- Notoatmodjo, Soekidjo., 2010, *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : PT Rinerka Cipta.
- Nursalam., 2013, *Proses dan Dokumentasi Keperawatan : Konsep dan Praktik*, 3rd edn., Salemba Medika, Jakarta.
- Nursalam., 2014, *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan.*, Salemba Medika, Jakarta.
- Putra, A.A., Rejeki, Sri., Kristina, T.N., 2016, *Hubungan Persepsi Perawat Tentang Karakteristik Pekerjaan dengan Kepatuhan Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan*, tesis Mkes, Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro, Semarang, h.3.
- Potter PA. & Perry AG., 2009, *Buku Ajar Fundamental Keperawatan; 7rd edn.*, Salemba Medika, Jakarta, h.81.
- Riesenberg, A. L., Leitzsch, J., & Cunningham, M., 2010, *Nursing handoffs : A systemic review of the literature : surpisingly little is known about what constitutes best practice. American Journal of Nursing*.
- Suarli.S & Bahtiar Yanyan . 2010 . *Manajemen Keperawatan dengan Pendekatan Praktis*. Jakarta Erlangga
- Siswanto, L.M. Harmain., Hariyanti, Rr. Tutik Sri., Sukihananto., 2013, '*Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan*', *Jurnal Keperawatan Indonesia*, vol.16 no.2 hh.77-84.
- Sugianti, Sri., 2015, '*Hubungan Pengetahuan Perawat dalam Pelaksanaan Dokumentasi Keperawatan dengan Pelaksanaannya Dirawat Inap*'. *Jurnal Keperawatan*, vol.8 no.2 hh.109-125.
- Tamara, R.S., Mulyadi., Malara, Reginus., 2015, *Hubungan Beban Kerja dengan Pendokumentasi Asuhan Keperawatan di Instalasi Gawat Darurat Medik RSUP Prof. Dr. Kandau Manado*, *ejurnal Keperawatan*, vol.3 no.3 h.2.
- Wahid, Abd., Suprpto, Imam., 2012, *Dokumentasi Proses Keperawatan*, 1rd edn., Nuha Medika, Yogyakarta, hh.6-7.
- Winarti Winda., 2015, *Hubungan Beban Kerja Perawat dengan Pelaksanaan dan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di ICU RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta*, *Skep Ners Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Aisyiah*, Yogyakarta, h.2.

YAYASAN SAMODRA ILMU CENDEKIA
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
"INSAN CENDEKIA MEDIKA"



Website : www.stikesicme-jbg.ac.id

SK. MENDIKNAS NO.141/D/O/2005

No. : 102/KTI-S1KEP/K31/073127/III/2017
 Lamp. : -
 Perihal : Penelitian

Jombang, 08 Maret 2017

Kepada :

Yth. Direktur RSUD Jombang
 di
 Jombang

Dengan hormat,

Dalam rangka kegiatan penyusunan Skripsi yang menjadi prasyarat wajib mahasiswa kami untuk menyelesaikan studi di Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan "Insan Cendekia Medika" Jombang, maka sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat bantuan Bapak/Ibu untuk memberikan ijin melakukan kepada mahasiswa kami atas nama :

Nama Lengkap : **USNUL AFIFAH FAUZIAH**
 NIM : 13 321 0123
 Semester : VIII
 Judul Penelitian : *Hubungan Pelaksanaan Timbang Terima Pasien dengan Dokumentasi Keperawatan*

Untuk mendapatkan data guna melengkapi penyusunan Skripsi sebagaimana tersebut diatas.

Demikian atas perhatian, bantuan dan kerjasamanya disampaikan terima kasih.

Ketua,

H. Bambang Tutuko, SH., S.Kep. Ns., MH
NIK: 01.06.054

Tembusan

- Kadiklat RSUD Jombang



RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN JOMBANG
BAKORDIKLAT

Jl. KH. Wahid Hasyim No. 52 Jombang TELP. (0321) 865716 – 863502
 Website : www.rsudjombang.com ; E-mail: rsudjombang@yahoo.co.id

FAX (0321) 879316
 Kode Pos : 61411

SURAT KETERANGAN

Nomor : 076/BAKORDIKLAT/IV/2017

Yang bertanda tangan di bawah ini Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Jombang, menerangkan bahwa :

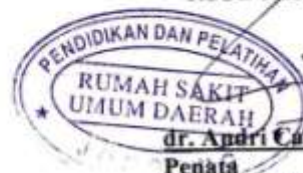
Nama : Usnul Afifah Fauziah
 NIM : 13 321 0123
 Program Studi : S1 Keperawatan
 Institusi : Stikes ICME Jombang

Telah melaksanakan Penelitian di Paviliun Mawar Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Jombang untuk Penyusunan Skripsi dengan judul "*Hubungan Pelaksanaan Timbang Terima Pasien dengan Dokumentasi Keperawatan Soap*" pada tanggal 08 Maret 2017 s/d 15 April 2017

Demikian surat keterangan ini agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jombang, 25 April 2017

Ketua Badan Koordinasi Diklat
 RSUD Kabupaten Jombang



dr. Antri Catur Jatmiko, Sp. KK

Penata

NIP. 19701104 200212 1 002



**PERPUSTAKAAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
INSAN CENDEKIA MEDIKA JOMBANG**

Kampus C : Jl. Kemuning No. 57 Candimulyo Jombang Telp. 0321-8165446

LEMBAR PERNYATAAN

Dengan ini Perpustakaan STIKes Insan Cendekia Medika Jombang menerangkan bahwa Mahasiswa dengan Identitas sebagai berikut :

Nama : Usnul Afifah Fauziah
 NIM : 13.321.0123
 Prodi : S1 Keperawatan
 Judul : Hubungan timbang terima pasien dengan pelaksanaan dokumentasi keperawatan

Telah diperiksa dan diteliti bahwa pengajuan judul KTI /Skripsi di atas cukup variatif, tidak ada dalam Software SliMS dan Data Inventaris di Perpustakaan. Demikian surat pernyataan ini dibuat untuk dapat dijadikan referensi kepada Dosen pembimbing dalam mengerjakan LTA /Skripsi.

Jombang, *senin, 30 Februari* 2017

Mengetahui,
Ka. Perpustakaan

Dwi Nuriana, S.Kom., M.IP

Lampiran 2

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada :

Yth. Calon Responden

Dengan Hormat.

Saya yang bertanda tangan dibawah ini adalah mahasiswa Program Studi S1 Keperawatan STIKES Insan Cendekia Medika Jombang:

Nama : USNUL AFIFAH FAUZIAH

NIM :13.321.0123

Saat ini sedang mengadakan penelitian dengan judul : Pelaksanaan Timbang Terima Pasien dengan Dokumentasi Keperawatan Metode SOAP di Ruang Mawar RSUD Jombang.

Penelitian ini tidak berbahaya dan tidak merugikan anda sebagai responden kerahasiaan semua informasi yang telah diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian saja.

Jika anda tidak bersedia menjadi responden maka, diperbolehkan untuk tidak berpartisipasi dalam penelitian ini dan apabila selama pengambilan data terdapat hal-hal yang tidak diinginkan, maka anda berhak mengundurkan diri.

Apabila anda menyetujui, maka saya mohon kesediaan untuk menandatangani lembar persetujuan untuk melaksanakan penelitian saya. Atas perhatian dan kerjasamanya, saya mengucapkan banyak terimakasih.

Jombang, April 2017

Hormat saya

Usnul Afifah Fauziah

LEMBAR PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN

Judul : Pelaksanaan Timbang Terima Pasien dengan Dokumentasi Keperawatan
Metode SOAP di Ruang Mawar RSUD Kabupaten Jombang.

Peneliti : Usnul Afifah Fauziah

Peneliti ini sudah menjelaskan tentang penelitian yang sedang dilaksanakan oleh peneliti, saya diminta untuk bersedia diteliti. Saya mengerti, bahwa resiko yang terjadi kecil. Apabila ada proses penelitian dapat menimbulkan respon emosional yang tidak nyaman, maka peneliti akan menghentikan dan akan memberi dukungan. Saya berhak mengundurkan diri dari penelitian tanpa adanya sanksi atau kehilangan hak.

Saya mengerti bahwa catatan ini akan dirahasiakan dan dijamin selegal mungkin. Semua berkas yang mencantumkan semua identitas dan semua jawaban yang saya berikan hanya digunakan untuk keperluan pengolahan data. Bila sudah tidak digunakan akan dimusnahkan dan hanya peneliti yang mengetahui kerahasiaan data.

Demikian secara sukarela dan tidak ada paksaan dari pihak manapun, saya bersedia berperan dalam penelitian ini.

Jombang, April 2017

Responden

()

Lampiran 3

TABULASI DATA
VALIDITAS DAN RELIABILITAS PELAKSANAAN
TIMBANG TERIMA PASIEN

Resp.	PERNYATAAN															Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
1	5	4	5	4	4	4	4	4	4	5	3	4	5	3	4	62
2	2	2	2	3	5	2	5	1	1	3	2	2	2	2	2	36
3	2	2	2	2	2	1	3	2	1	1	2	2	2	1	2	27
4	4	5	3	5	4	5	5	4	2	3	4	5	3	3	3	58
5	2	2	2	3	2	3	2	2	1	1	2	2	1	1	3	29
6	3	2	1	3	3	2	3	3	1	2	2	3	2	2	2	34
7	3	2	4	5	3	2	4	5	5	3	3	5	3	3	3	53
8	2	2	4	3	2	2	5	4	3	3	2	4	2	3	2	43
9	4	4	4	4	5	4	5	5	3	3	3	5	5	4	5	63
10	2	2	2	2	2	1	3	3	1	2	2	3	2	3	3	33

INSAN CENDEKIA MEDIKA

UJI VALIDITAS

Correlations

[DataSet0]

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	Total
P1 Pearson Correlation	1	,845**	,620	,695*	,591	,793**	,358	,627	,561	,740*	,785**	,676*	,883**	,571	,701*	,872**
Sig. (2-tailed)		,002	,056	,026	,072	,006	,310	,053	,092	,014	,007	,032	,001	,084	,024	,001
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P2 Pearson Correlation	,845**	1	,499	,642*	,592	,909**	,496	,494	,299	,555	,881**	,642*	,724*	,542	,646*	,804**
Sig. (2-tailed)	,002		,142	,045	,071	,000	,145	,146	,402	,096	,001	,045	,018	,105	,044	,005
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P3 Pearson Correlation	,620	,499	1	,594	,295	,486	,541	,730*	,889**	,780**	,550	,714*	,755*	,666*	,599	,826**
Sig. (2-tailed)	,056	,142		,070	,408	,154	,106	,017	,001	,008	,100	,020	,012	,035	,067	,003
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P4 Pearson Correlation	,695*	,642*	,594	1	,521	,735*	,507	,680*	,714*	,581	,877**	,814**	,556	,532	,457	,826**
Sig. (2-tailed)	,026	,045	,070		,122	,015	,135	,030	,020	,078	,001	,004	,095	,114	,184	,003
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P5 Pearson Correlation	,591	,592	,295	,521	1	,589	,673*	,162	,220	,601	,511	,356	,649*	,465	,473	,636*
Sig. (2-tailed)	,072	,071	,408	,122		,073	,033	,654	,540	,066	,131	,313	,042	,176	,168	,048
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P6 Pearson Correlation	,793**	,909**	,486	,735*	,589	1	,419	,443	,324	,519	,815**	,584	,603	,423	,629	,766**
Sig. (2-tailed)	,006	,000	,154	,015	,073		,228	,200	,362	,124	,004	,077	,065	,223	,051	,010
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P7 Pearson Correlation	,358	,496	,541	,507	,673*	,419	1	,400	,424	,654*	,500	,597	,506	,675*	,193	,662*
Sig. (2-tailed)	,310	,145	,106	,135	,033	,228		,252	,222	,040	,141	,069	,136	,032	,593	,037
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P8 Pearson Correlation	,627	,494	,730*	,680*	,162	,443	,400	1	,811**	,510	,646*	,949**	,677*	,812**	,610	,805**
Sig. (2-tailed)	,053	,146	,017	,030	,654	,200	,252		,004	,132	,044	,000	,032	,004	,061	,005
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P9 Pearson Correlation	,561	,299	,889**	,714*	,220	,324	,424	,811**	1	,693*	,532	,771**	,653*	,620	,469	,766**
Sig. (2-tailed)	,092	,402	,001	,020	,540	,362	,222	,004		,026	,113	,009	,041	,056	,171	,010
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P10 Pearson Correlation	,740*	,555	,780**	,581	,601	,519	,654*	,510	,693*	1	,535	,597	,764*	,682*	,438	,813**
Sig. (2-tailed)	,014	,096	,008	,078	,066	,124	,040	,132	,026		,111	,069	,010	,030	,206	,004
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P11 Pearson Correlation	,785**	,881**	,550	,877**	,511	,815**	,500	,646*	,532	,535	1	,805**	,646*	,566	,553	,842**
Sig. (2-tailed)	,007	,001	,100	,001	,131	,004	,141	,044	,113	,111		,005	,044	,088	,097	,002
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P12 Pearson Correlation	,676*	,642*	,714*	,814**	,356	,584	,597	,949**	,771**	,597	,805**	1	,687*	,856**	,572	,888**
Sig. (2-tailed)	,032	,045	,020	,004	,313	,077	,069	,000	,009	,069	,005		,028	,002	,084	,001
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P13 Pearson Correlation	,883**	,724*	,755*	,556	,649*	,603	,506	,677*	,653*	,764*	,646*	,687*	1	,727*	,810**	,893**
Sig. (2-tailed)	,001	,018	,012	,095	,042	,065	,136	,032	,041	,010	,044	,028		,017	,004	,001
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P14 Pearson Correlation	,571	,542	,666*	,532	,465	,423	,675*	,812**	,620	,682*	,566	,856**	,727*	1	,632*	,817**
Sig. (2-tailed)	,084	,105	,035	,114	,176	,223	,032	,004	,056	,030	,088	,002	,017		,050	,004
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
P15 Pearson Correlation	,701*	,646*	,599	,457	,473	,629	,193	,610	,469	,438	,553	,572	,810**	,632*	1	,733*
Sig. (2-tailed)	,024	,044	,067	,184	,168	,051	,593	,061	,171	,206	,097	,084	,004	,050		,016
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Total Pearson Correlation	,872**	,804**	,826**	,826**	,636*	,766**	,662*	,805**	,766**	,813**	,842**	,888**	,893**	,817**	,733*	1
Sig. (2-tailed)	,001	,005	,003	,003	,048	,010	,037	,005	,010	,004	,002	,001	,001	,004	,016	
N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Uji signifikansi dilakukan dengan membandingkan nilai r hitung dengan r tabel. Pada uji reliabilitas dan validitas dalam penelitian ini jumlah sampel (n) = 10 maka r tabel = 0,632 (r tabel pada n = 10 dengan uji dua sisi).

Jika r hitung lebih besar dari r tabel dan nilai positif maka butir pertanyaan atau indikator tersebut dinyatakan valid

Reliability

[DataSet0]

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

	N	%
Valid	10	100,0
Cases Excluded ^a	0	,0
Total	10	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,956	15

Item-Total Statistics

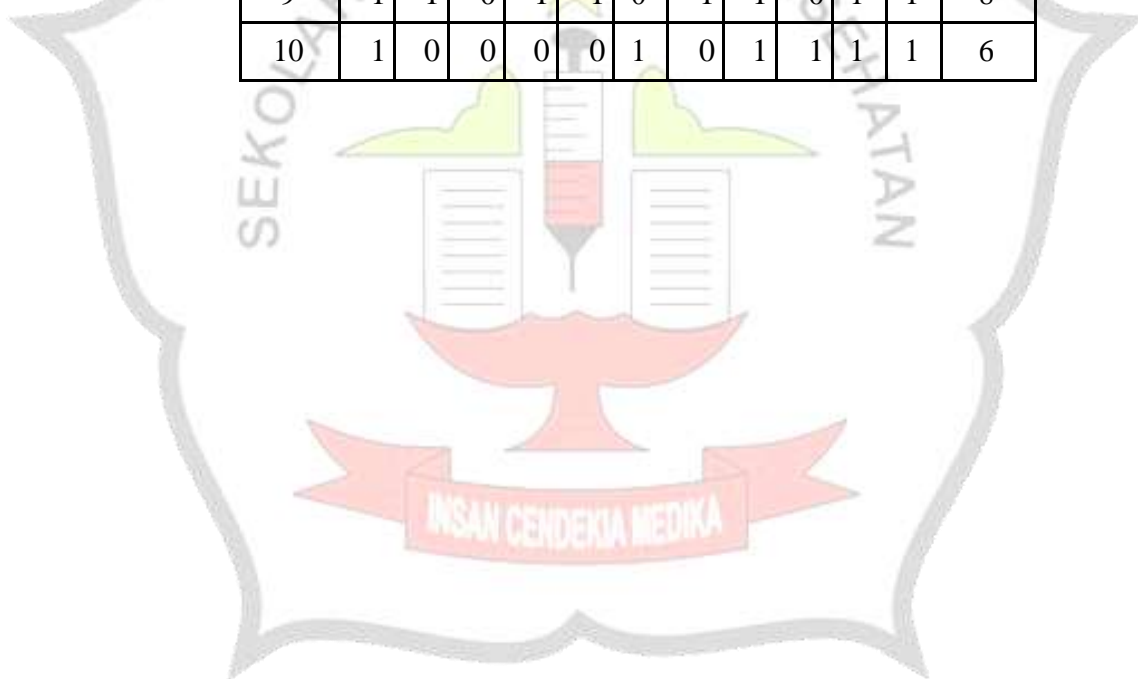
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
P1	40,90	170,100	,851	,951
P2	41,10	170,989	,772	,953
P3	40,90	167,656	,793	,952
P4	40,40	172,044	,799	,952
P5	40,60	175,378	,579	,957
P6	41,20	168,622	,721	,954
P7	39,90	176,544	,615	,956
P8	40,50	167,389	,767	,953
P9	41,60	166,267	,717	,954
P10	41,20	170,400	,782	,952
P11	41,30	179,567	,827	,953
P12	40,30	165,789	,867	,950
P13	41,10	164,100	,871	,950
P14	41,30	174,456	,792	,953
P15	40,90	176,322	,698	,954

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
43,80	195,733	13,990	15

**TABULASI DATA VALIDITAS DAN RELIABILITAS
DOKUMENTASI KEPERAWATAN METODE SOAP**

Resp.	PERTANYAAN											Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	8
2	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	8
3	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	6
4	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	7
5	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	6
6	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	5
7	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	8
8	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	5
9	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	8
10	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	6



UJI VALIDITAS

Correlations

		K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	Total
K1	Pearson Correlation	1	,524	,524	,356	,535	,218	,524	,524	,535	,655*	,655*	,719*
	Sig. (2-tailed)		,120	,120	,312	,111	,545	,120	,120	,111	,040	,040	,019
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
K2	Pearson Correlation	,524	1	,524	,356	,535	,764*	1,000**	,524	,535	,655*	,655*	,829**
	Sig. (2-tailed)	,120		,120	,312	,111	,010	,000	,120	,111	,040	,040	,003
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
K3	Pearson Correlation	,524	,524	1	,802**	,535	,764*	,524	,524	,535	,655*	,655*	,829**
	Sig. (2-tailed)	,120	,120		,005	,111	,010	,120	,120	,111	,040	,040	,003
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
K4	Pearson Correlation	,356	,356	,802**	1	,667*	,612	,356	,356	,667*	,408	,408	,708*
	Sig. (2-tailed)	,312	,312	,005		,035	,060	,312	,312	,035	,242	,242	,022
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
K5	Pearson Correlation	,535	,535	,535	,667*	1	,408	,535	,535	,583	,816**	,408	,780**
	Sig. (2-tailed)	,111	,111	,111	,035		,242	,111	,111	,077	,004	,242	,008
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
K6	Pearson Correlation	,218	,764*	,764*	,612	,408	1	,764*	,218	,408	,500	,500	,717*
	Sig. (2-tailed)	,545	,010	,010	,060	,242		,010	,545	,242	,141	,141	,020
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
K7	Pearson Correlation	,524	1,000**	,524	,356	,535	,764*	1	,524	,535	,655*	,655*	,829**
	Sig. (2-tailed)	,120	,000	,120	,312	,111	,010		,120	,111	,040	,040	,003
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
K8	Pearson Correlation	,524	,524	,524	,356	,535	,218	,524	1	,535	,655*	,655*	,719*
	Sig. (2-tailed)	,120	,120	,120	,312	,111	,545	,120		,111	,040	,040	,019
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
K9	Pearson Correlation	,535	,535	,535	,667*	,583	,408	,535	,535	1	,408	,408	,729*
	Sig. (2-tailed)	,111	,111	,111	,035	,077	,242	,111	,111		,242	,242	,017
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
K10	Pearson Correlation	,655*	,655*	,655*	,408	,816**	,500	,655*	,655*	,408	1	,600	,830**
	Sig. (2-tailed)	,040	,040	,040	,242	,004	,141	,040	,040	,242		,067	,003
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
K11	Pearson Correlation	,655*	,655*	,655*	,408	,408	,500	,655*	,655*	,408	,600	1	,780**
	Sig. (2-tailed)	,040	,040	,040	,242	,242	,141	,040	,040	,242	,067		,008
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
Total	Pearson Correlation	,719*	,829**	,829**	,708*	,780**	,717*	,829**	,719*	,729*	,830**	,780**	1
	Sig. (2-tailed)	,019	,003	,003	,022	,008	,020	,003	,019	,017	,003	,008	
	N	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10

Uji signifikansi dilakukan dengan membandingkan nilai r hitung dengan r tabel. Pada uji reliabilitas dan validitas dalam penelitian ini jumlah sampel (n) = 10 maka r tabel = 0,632 (r tabel pada n = 10 dengan uji dua sisi).

Jika r hitung lebih besar dari r tabel dan nilai positif maka butir pertanyaan atau indikator tersebut dinyatakan valid

Reliability

[DataSet0]

Scale: ALL VARIABLES

Case Processing Summary

	N	%
Valid	10	100,0
Cases Excluded ^a	0	,0
Total	10	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,931	11

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
K1	6,00	14,889	,656	,927
K2	6,00	14,444	,787	,921
K3	6,00	14,444	,787	,921
K4	6,10	14,767	,638	,928
K5	6,30	14,456	,724	,924
K6	5,90	15,211	,662	,927
K7	6,00	14,444	,787	,921
K8	6,00	14,889	,656	,927
K9	6,30	14,678	,663	,927
K10	6,20	14,178	,784	,921
K11	6,20	14,400	,722	,924

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
6,70	17,567	4,191	11

Lampiran 4

KISI-KISI KUESIONER

Kuesioner pelaksanaan timbang terima pasien

No	Parameter	Nomor Soal	Jumlah soal
1	Persiapan timbang terima	1,2,3,14,15	5
2	Pelaksanaan timbang terima	4,5,6,7,8	5
3	Post timbang terima	9,10,11,12,13	5

Dokumentasi keperawatan Metode SOAP

No	Parameter	Komponen	Jumlah komponen
1	<i>Subjective</i>	1,2,3	3
2	<i>Objective</i>	4,5,6,7	4
3	<i>Analysis/Assesment</i>	8	1
4	<i>Planning</i>	9,10,11	3

KUESIONER PENELITIAN

“HUBUNGAN PELAKSANAAN TIMBANG TERIMA PASIEN

DENGAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN METODE SOAP”

Petunjuk Pengisian :

1. Bacalah pernyataan dengan seksama sebelum menjawab.
2. Pilih salah satu alternative jawaban yang menurut saudara paling sesuai dengan tempat kerja saudara, dengan memberikan tanda check (√) pada kotak jawaban yang ada disebelah kanan, dan anda diharapkan untuk mengisi pertanyaan pengetahuan perawat tentang konsep timbang terima dengan memberikan tanda silang yang menurut saudara benar.
3. Jawaban anda akan di jamin kerahasiaannya dan tidak ada hubungannya dengan pangkat/karir anda.

A. Data Umum

Petunjuk pengisian : Berilah tanda check (√) pada kolom jawaban yang telah tersedia.

1. Nama responden (inisial) :
2. Umur anda sekarang
 - a. 21 – 24 tahun
 - b. 25 – 29 tahun
 - c. > 30 tahun
3. Jenis kelamin :
 - a. Laki-laki
 - b. Perempuan
4. Pendidikan
 - a. S1 Keperawatan
 - b. D3 Keperawatan
5. Berapa lama anda bekerja di RSUD Jombang
 - a. < 1 tahun
 - b. 1 – 5 tahun
 - c. 6 – 10 tahun
 - d. > 10 tahun
6. Status kepegawaian anda :
 - a. PNS
 - b. Honor

Kuesioner Pelaksanaan Timbang Terima Pasien

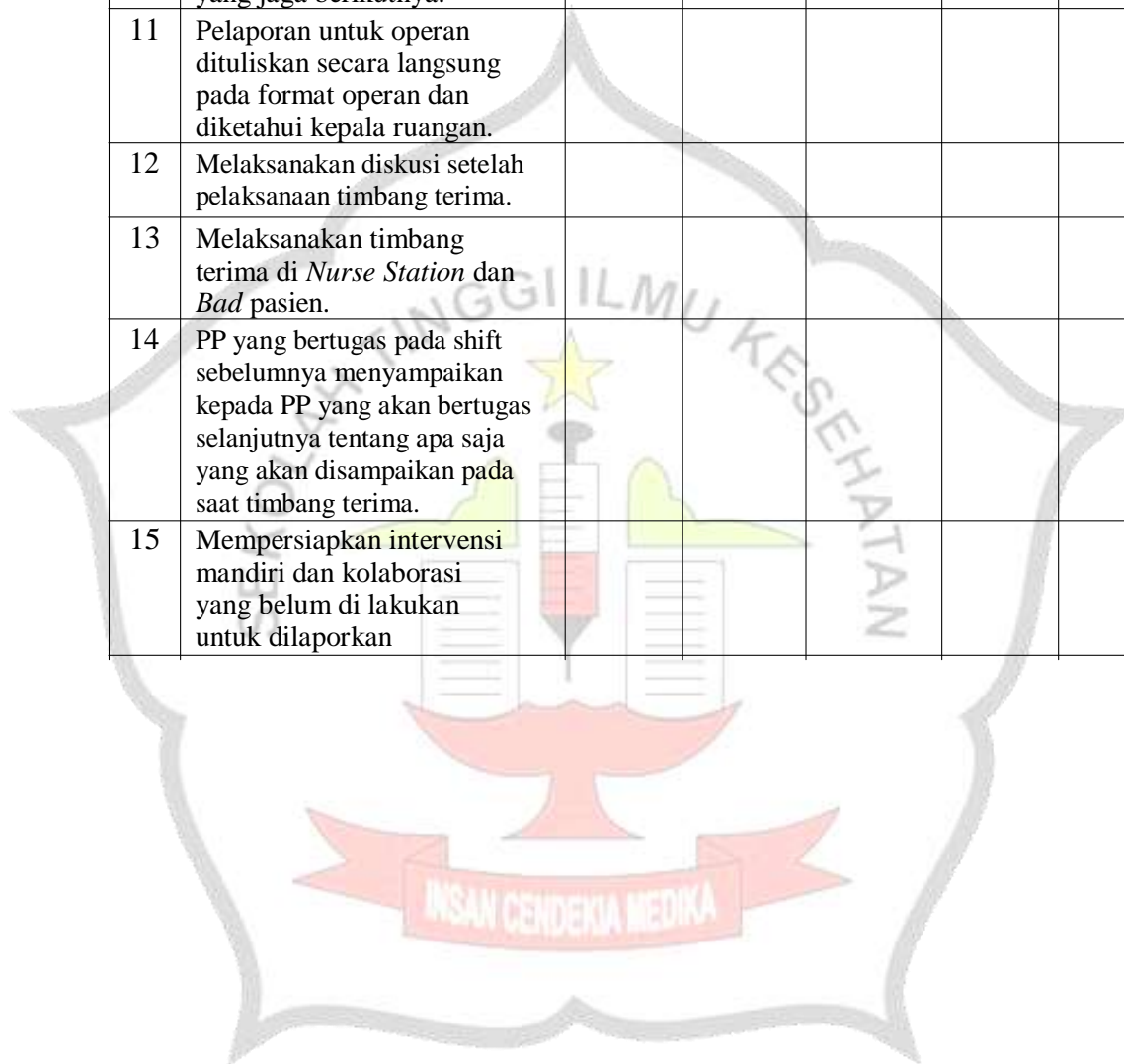
B. Data Khusus

Petunjuk pengisian :

1. Bacalah pernyataan dengan seksama sebelum menjawab.
2. Anda diharapkan menjawab pernyataan pelaksanaan timbang terhadap isi pernyataan tersebut dengan member tanda (√) di kolom yang sesuai pada :
 Tidak : Bila anda tidak melakukan
 Jarang : Bila anda jarang melakukan
 Kadang : Bila anda kadang melakukan
 Selalu : Bila anda selalu melakukan
 Sering : Bila anda sering melakukan
3. Jawaban anda akan di jamin kerahasiaannya dan tidak ada hubungannya dengan pangkat/karir anda.

No	Pernyataan	Tidak	Jarang	Kadang	Sering	Selalu
1	Operan (handover) dilaksanakan setiap pergantian shift/operan.					
2	Mempersiapkan masalah keperawatan yang masih muncul, intervensi keperawatan yang sudah dan belum dilaksanakan (secara umum)					
3	Rencana umum dan persiapan yang perlu dilakukan (persiapan operasi, pemeriksaan penunjang dan dan lain-lain).					
4	Kelompok yang akan bertugas menyiapkan buku catatan.					
5	Perawat yang melakukan acara operan dapat melakukan klarifikasi.					
6	Kepala ruangan atau PP menanyakan kebutuhan dasar pasien.					
7	Mengkaji secara penuh terhadap masalah keperawatan, kebutuhan dan tindakan atau belum dilaksanakan serta hal-hal penting lainnya selama masa perawatan.					
8	Penyampaian yang singkat,					

	padat dan jelas.					
9	Pelaporan untuk operan dituliskan secara langsung pada format operan yang di tanda tangani oleh PP yang jaga ssat itu.					
10	Pelaporan untuk operan dituliskan secara langsung pada format operan yang di tanda tangani oleh PP yang jaga berikutnya.					
11	Pelaporan untuk operan dituliskan secara langsung pada format operan dan diketahui kepala ruangan.					
12	Melaksanakan diskusi setelah pelaksanaan timbang terima.					
13	Melaksanakan timbang terima di <i>Nurse Station</i> dan <i>Bad</i> pasien.					
14	PP yang bertugas pada shift sebelumnya menyampaikan kepada PP yang akan bertugas selanjutnya tentang apa saja yang akan disampaikan pada saat timbang terima.					
15	Mempersiapkan intervensi mandiri dan kolaborasi yang belum di lakukan untuk dilaporkan					



Lembar Observasi : Dokumentasi keperawatan Metode SOAP

No	Komponen Observasi	Ya	Tidak
A	<i>Subjective</i>		
1	Perawat menuliskan keluhan pasien		
2	Perawat menuliskan tanggal pasien masuk ruangan dan hari perawatannya		
3	Perawat menuliskan nama pasien		
B	<i>Objective</i>		
1	Perawat menuliskan tentang hasil pemeriksaan keadaan umum pasien		
2	Perawat menuliskan hasil pemeriksaan fisik pasien (TTV)		
3	Perawat menuliskan hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium, Rontgen, dll)		
4	Perawat menuliskan riwayat alergi, riwayat pembedahan		
C	<i>Analysis/Assesment</i>		
1	Perawat menuliskan masalah keperawatan yang sudah/belum teratasi		
D	<i>Planning</i>		
1	Perawat menuliskan pemasangan alat dan invasive (infuse dan alat bantu kateter dll), serta pemberian obat dan cairan		
2	Perawat menuliskan intervensi/rencana keperawatan yang sudah/belum dilaksanakan		
3	Perawat menuliskan tentang tindakan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan atau dimodifikasi		

Lampiran 5

TABULASI DATA UMUM

Responden	UMUR	JENIS KELAMIN	PENDIDIKAN	LAMA BEKERJA	STATUS PEGAWAI
1	U1	P	P1	L1	G2
2	U2	L	P2	L3	G2
3	U1	L	P2	L1	G2
4	U1	P	P2	L2	G2
5	U3	P	P2	L4	G1
6	U3	P	P2	L4	G1
7	U2	P	P2	L2	G2
8	U1	P	P2	L2	G2
9	U2	P	P2	L2	G1
10	U1	P	P2	L1	G2
11	U2	P	P2	L3	G2
12	U2	L	P2	L1	G2
13	U3	P	P2	L2	G2
14	U2	P	P2	L3	G2
15	U1	P	P2	L1	G2
16	U2	P	P2	L2	G2
17	U2	L	P2	L2	G1
18	U1	P	P2	L1	G2
19	U3	P	P2	L4	G1
20	U2	L	P1	L2	G2
21	U3	L	P1	L3	G1
22	U2	P	P1	L2	G2
23	U2	P	P2	L2	G2
24	U2	L	P2	L2	G1
25	U1	P	P2	L1	G2
26	U2	L	P2	L2	G1
27	U1	L	P2	L2	G2
28	U1	P	P1	L2	G2
29	U3	P	P2	L3	G2
30	U2	P	P2	L2	G2

TABULASI DATA KHUSUS

No. Responden	PELAKSANAAN TIMBANG TERIMA PASIEN															P	Kategori	Kode	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15				Skor maksimal
1	5	5	5	4	4	3	5	5	5	5	3	5	5	5	5	75	92%	Baik	3
2	4	5	5	3	5	5	3	5	5	5	5	3	5	5	5	75	91%	Baik	3
3	5	5	5	3	5	3	3	5	5	5	5	3	5	5	5	75	87%	Baik	3
4	4	5	5	3	3	5	3	5	5	5	5	3	5	5	5	75	88%	Baik	3
5	4	5	5	5	5	3	3	5	5	5	3	5	5	5	5	75	91%	Baik	3
6	4	5	5	5	5	5	3	3	5	5	3	3	5	3	64	75	85%	Baik	3
7	5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	3	3	5	5	69	75	92%	Baik	3
8	4	5	5	3	5	5	5	5	5	5	3	3	5	5	68	75	91%	Baik	3
9	4	5	5	3	3	5	3	5	5	5	5	3	5	5	66	75	88%	Baik	3
10	4	4	4	4	3	5	5	4	4	5	3	5	4	3	61	75	81%	Baik	3
11	4	3	2	2	3	3	3	5	4	4	3	4	5	3	52	75	69%	Cukup	2
12	4	5	5	3	3	3	5	5	5	5	3	5	5	3	64	75	85%	Baik	3
13	5	3	3	5	5	3	3	5	5	5	3	4	5	3	62	75	83%	Baik	3
14	5	5	5	5	3	3	3	5	5	5	3	5	5	3	67	75	89%	Baik	3
15	3	4	5	2	2	3	3	4	5	5	3	5	3	3	55	75	73%	Cukup	2
16	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	74	75	99%	Baik	3
17	5	5	5	1	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	67	75	89%	Baik	3
18	5	5	5	3	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	69	75	92%	Baik	3
19	5	5	5	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	71	75	95%	Baik	3
20	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	3	5	5	5	71	75	95%	Baik	3
21	5	5	5	3	2	2	3	5	5	2	3	5	5	5	60	75	80%	Baik	3
22	4	4	3	3	2	1	4	5	4	5	3	4	5	4	54	75	72%	Cukup	2
23	5	5	5	3	3	3	5	5	5	5	2	5	5	5	66	75	88%	Baik	3
24	5	5	5	4	4	2	3	5	5	5	2	5	5	5	65	75	87%	Baik	3
25	5	5	5	3	3	3	5	5	5	5	2	5	5	5	66	75	88%	Baik	3
26	5	5	5	2	2	3	5	5	5	5	4	5	5	5	66	75	88%	Baik	3
27	5	5	4	4	4	3	4	5	5	5	4	5	5	5	68	75	91%	Baik	3
28	5	5	5	3	3	2	3	5	4	5	3	4	5	5	62	75	83%	Baik	3
29	4	5	5	4	4	5	3	5	4	4	4	4	4	5	64	75	85%	Baik	3
30	4	3	4	3	3	3	4	3	4	5	3	4	4	4	56	75	75%	Cukup	2

TABULASI DATA KHUSUS

No. Responden	DOKUMENTASI KEPERAWATAN METODE SOAP											P	Kategori	Kode		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11				Perolehan	Skor maksimal
1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	9	11	82%	Baik	3
2	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	10	11	91%	Baik	3
3	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	0	8	11	73%	Cukup	2
4	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	10	11	91%	Baik	3
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	11	100%	Baik	3
6	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	9	11	82%	Baik	3
7	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	11	100%	Baik	3
8	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	10	11	91%	Baik	3
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	11	100%	Baik	3
10	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	10	11	91%	Baik	3
11	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	7	11	64%	Cukup	2
12	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	10	11	91%	Baik	3
13	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	9	11	82%	Baik	3
14	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	9	11	82%	Baik	3
15	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	7	11	64%	Cukup	2
16	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	10	11	91%	Baik	3
17	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	7	11	64%	Cukup	2
18	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	11	100%	Baik	3
19	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	9	11	82%	Baik	3
20	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	10	11	91%	Baik	3
21	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	8	11	73%	Cukup	2
22	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	10	11	91%	Baik	3
23	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	7	11	64%	Cukup	2
24	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	9	11	82%	Baik	3
25	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	8	11	73%	Cukup	2
26	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	10	11	91%	Baik	3
27	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	9	11	82%	Baik	3
28	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	9	11	82%	Baik	3
29	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	10	11	91%	Baik	3
30	1	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	7	11	64%	Cukup	2

Lampiran 6

Distribusi frekuensi jawaban responden berdasarkan kuesioner pelaksanaan

timbang terima pasien diruang Mawar RSUD Kabupaten Jombang 2017.

No	Pernyataan	Tidak	Jarang	Kadang	Sering	Selalu
1	Operan (handover) dilaksanakan setiap pergantian shift/operan	-	-	1 3,33%	13 43,3%	16 53,3%
2	Mempersiapkan masalah keperawatan yang masih muncul, intervensi keperawatan yang sudah dan belum dilaksanakan (secara umum)	-	-	3 10%	3 10%	24 80%
3	Rencana umum dan persiapan yang perlu dilakukan (persiapan operasi, pemeriksaan penunjang dan lain-lain).	-	1 3,33%	2 6,67%	3 10%	24 80%
4	Kelompok yang akan bertugas menyiapkan buku catatan	1 3,33%	3 10%	14 46,6%	5 16,7%	7 23,3%
5	Perawat yang melakukan acara operan dapat melakukan klarifikasi	-	4 13,3%	11 36,7%	5 16,7%	7 23,3%
6	Kepala ruangan atau PP menanyakan kebutuhan dasar pasien	1 3,33%	3 10%	15 50%	1 3,33%	10 33,3%
7	Mengkaji secara penuh terhadap masalah keperawatan, kebutuhan dan tindakan atau belum dilaksanakan serta hal-hal penting lainnya selama masa perawatan	-	-	11 36,7%	4 13,3%	15 50%
8	Penyampaian yang singkat, padat dan jelas	-	-	8 26,6%	1 3,33%	21 70%
9	Pelaporan untuk operan dituliskan secara langsung pada format operan yang di tanda tangani oleh PP yang jaga saat itu	-	-	-	6 20%	24 80%
10	Pelaporan untuk operan dituliskan secara langsung pada format operan yang di tanda tangani oleh PP yang jaga berikutnya	-	-	-	3 10%	27 90%
11	Pelaporan untuk operan dituliskan secara langsung pada format operan dan diketahui oleh kepala ruangan	-	1 3,33%	2 6,6%	2 6,6%	25 83,3%
12	Melaksanakan diskusi setelah pelaksanaan timbang terima	-	3 10%	15 50%	4 13,3%	8 26,6%
13	Melaksanakan timbang terima di Nurse station dan bad pasien	-	-	7 23,3%	5 16,7%	18 60%
14	PP yang bertugas pada shift sebelumnya menyampaikan kepada PP yang akan bertugas selanjutnya tentang apa saja yang akan disampaikan pada saat timbang terima	-	-	1 3,33%	3 10%	26 86,6%
15	Mempersiapkan intervensi mandiri dan kolaborasi yang belum dilakukan untuk dilaporkan	-	-	7 23,3%	2 6,67%	21 70%

Distribusi frekuensi responden berdasarkan observasi dokumentasi keperawatan metode SOAP diruang Mawar RSUD Kabupaten Jombang Bulan April 2017.

No	Komponen Observasi	Ya	Tidak
A Subjective			
1	Perawat menuliskan keluhan pasien	30 100%	-
2	Perawat menuliskan tanggal pasien masuk ruangan dan hari perawatannya	28 93,3%	2 6,7%
3	Perawat menuliskan nama pasien	28 93,3%	2 6,7%
B Objective			
1	Perawat menuliskan tentang hasil pemeriksaan keadaan umum pasien	29 96,6%	1 3,3%
2	Perawat menuliskan hasil pemeriksaan fisik pasien (TTV)	13 43,3%	17 56,7%
3	Perawat menuliskan hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium, Rontgen, dll)	12 40%	18 60%
4	Perawat menuliskan riwayat alergi, riwayat pembedahan	24 80%	6 20%
C Analysis/Assesment			
1	Perawat menuliskan masalah keperawatan yang sudah/belum teratasi/muncul masalah baru	30 100%	-
D Planning			
1	Perawat menuliskan pemasangan alat dan invasive (infuse dan alat bantu kateter dll), serta pemberian obat dan cairan	24 80%	6 20%
2	Perawat menuliskan intervensi/rencana keperawatan yang sudah/belum dilaksanakan	29 96,6%	1 3,3%
3	Perawat menuliskan tentang tindakan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan atau dimodifikasi	28 93,3%	2 6,7%

Lampiran 7

Frequency Table

Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	U1	10	33,3	33,3	33,3
	U2	14	46,7	46,7	80,0
	U3	6	20,0	20,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Jenis Kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	L	9	30,0	30,0	30,0
	P	21	70,0	70,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	P1	5	16,7	16,7	16,7
	P2	25	83,3	83,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Lama Kerja

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	L1	7	23,3	23,3	23,3
	L2	15	50,0	50,0	73,3
	L3	5	16,7	16,7	90,0
	L4	3	10,0	10,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Status Pegawai

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	G1	8	26,7	26,7	26,7
	G2	22	73,3	73,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Timbang Terima Pasien

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup	4	13,3	13,3	13,3
	Baik	26	86,7	86,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Dokumentasi Keperawatan Metode SOAP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Cukup	8	26,7	26,7	26,7
	Baik	22	73,3	73,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Crosstabs

Umur * Timbang Terima Pasien Crosstabulation

			Timbang Terima Pasien		Total
			Cukup	Baik	
Umur	U1	Count	1	9	10
		% within Umur	10,0%	90,0%	100,0%
		% of Total	3,3%	30,0%	33,3%
	U2	Count	3	11	14
		% within Umur	21,4%	78,6%	100,0%
		% of Total	10,0%	36,7%	46,7%
	U3	Count	0	6	6
		% within Umur	0,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	0,0%	20,0%	20,0%
Total	Count	4	26	30	
	% within Umur	13,3%	86,7%	100,0%	
	% of Total	13,3%	86,7%	100,0%	

Jenis Kelamin * Timbang Terima Pasien Crosstabulation

			Timbang Terima Pasien		Total
			Cukup	Baik	
Jenis Kelamin	L	Count	0	9	9
		% within Jenis Kelamin	0,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	0,0%	30,0%	30,0%
	P	Count	4	17	21
		% within Jenis Kelamin	19,0%	81,0%	100,0%
		% of Total	13,3%	56,7%	70,0%
Total	Count	4	26	30	
	% within Jenis Kelamin	13,3%	86,7%	100,0%	
	% of Total	13,3%	86,7%	100,0%	

Pendidikan * Timbang Terima Pasien Crosstabulation

			Timbang Terima Pasien		Total
			Cukup	Baik	
Pendidikan	P1	Count	1	4	5
		% within Pendidikan	20,0%	80,0%	100,0%
		% of Total	3,3%	13,3%	16,7%
	P2	Count	3	22	25
		% within Pendidikan	12,0%	88,0%	100,0%
		% of Total	10,0%	73,3%	83,3%
Total	Count	4	26	30	
	% within Pendidikan	13,3%	86,7%	100,0%	
	% of Total	13,3%	86,7%	100,0%	

Lama Kerja * Timbang Terima Pasien Crosstabulation

			Timbang Terima Pasien		Total
			Cukup	Baik	
Lama Kerja	L1	Count	1	6	7
		% within Lama Kerja	14,3%	85,7%	100,0%
		% of Total	3,3%	20,0%	23,3%
	L2	Count	2	13	15
		% within Lama Kerja	13,3%	86,7%	100,0%
		% of Total	6,7%	43,3%	50,0%
	L3	Count	1	4	5
		% within Lama Kerja	20,0%	80,0%	100,0%
		% of Total	3,3%	13,3%	16,7%
	L4	Count	0	3	3
		% within Lama Kerja	0,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	0,0%	10,0%	10,0%
Total	Count	4	26	30	
	% within Lama Kerja	13,3%	86,7%	100,0%	
	% of Total	13,3%	86,7%	100,0%	

Status Pegawai * Timbang Terima Pasien Crosstabulation

			Timbang Terima Pasien		Total
			Cukup	Baik	
Status Pegawai	G1	Count	0	8	8
		% within Status Pegawai	0,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	0,0%	26,7%	26,7%
	G2	Count	4	18	22
		% within Status Pegawai	18,2%	81,8%	100,0%
		% of Total	13,3%	60,0%	73,3%
Total	Count	4	26	30	
	% within Status Pegawai	13,3%	86,7%	100,0%	
	% of Total	13,3%	86,7%	100,0%	

Crosstabs

Umur * Dokumentasi Keperawatan Metode SOAP Crosstabulation

			Dokumentasi Keperawatan Metode SOAP		Total
			Cukup	Baik	
Umur	U1	Count	3	7	10
		% within Umur	30,0%	70,0%	100,0%
		% of Total	10,0%	23,3%	33,3%
	U2	Count	4	10	14
		% within Umur	28,6%	71,4%	100,0%
		% of Total	13,3%	33,3%	46,7%
	U3	Count	1	5	6
		% within Umur	16,7%	83,3%	100,0%
		% of Total	3,3%	16,7%	20,0%
Total+	Count	8	22	30	
	% within Umur	26,7%	73,3%	100,0%	
	% of Total	26,7%	73,3%	100,0%	

Jenis Kelamin * Dokumentasi Keperawatan Metode SOAP Crosstabulation

			Dokumentasi Keperawatan Metode SOAP		Total
			Cukup	Baik	
Jenis Kelamin	L	Count	3	6	9
		% within Jenis Kelamin	33,3%	66,7%	100,0%
		% of Total	10,0%	20,0%	30,0%
	P	Count	5	16	21
		% within Jenis Kelamin	23,8%	76,2%	100,0%
		% of Total	16,7%	53,3%	70,0%
Total	Count	8	22	30	
	% within Jenis Kelamin	26,7%	73,3%	100,0%	
	% of Total	26,7%	73,3%	100,0%	

Pendidikan * Dokumentasi Keperawatan Metode SOAP Crosstabulation

			Dokumentasi Keperawatan Metode SOAP		Total
			Cukup	Baik	
Pendidikan	P1	Count	1	4	5
		% within Pendidikan	20,0%	80,0%	100,0%
		% of Total	3,3%	13,3%	16,7%
	P2	Count	7	18	25
		% within Pendidikan	28,0%	72,0%	100,0%
		% of Total	23,3%	60,0%	83,3%
Total	Count	8	22	30	
	% within Pendidikan	26,7%	73,3%	100,0%	
	% of Total	26,7%	73,3%	100,0%	

Lama Kerja * Dokumentasi Keperawatan Metode SOAP Crosstabulation

			Dokumentasi Keperawatan Metode SOAP		Total
			Cukup	Baik	
Lama Kerja	L1	Count	3	4	7
		% within Lama Kerja	42,9%	57,1%	100,0%
		% of Total	10,0%	13,3%	23,3%
	L2	Count	3	12	15
		% within Lama Kerja	20,0%	80,0%	100,0%
		% of Total	10,0%	40,0%	50,0%
	L3	Count	2	3	5
		% within Lama Kerja	40,0%	60,0%	100,0%
		% of Total	6,7%	10,0%	16,7%
	L4	Count	0	3	3
		% within Lama Kerja	0,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	0,0%	10,0%	10,0%
Total	Count	8	22	30	
	% within Lama Kerja	26,7%	73,3%	100,0%	
	% of Total	26,7%	73,3%	100,0%	

Status Pegawai * Dokumentasi Keperawatan Metode SOAP Crosstabulation

			Dokumentasi Keperawatan Metode SOAP		Total
			Cukup	Baik	
Status Pegawai	G1	Count	2	6	8
		% within Status Pegawai	25,0%	75,0%	100,0%
		% of Total	6,7%	20,0%	26,7%
	G2	Count	6	16	22
		% within Status Pegawai	27,3%	72,7%	100,0%
		% of Total	20,0%	53,3%	73,3%
Total	Count	8	22	30	
	% within Status Pegawai	26,7%	73,3%	100,0%	
	% of Total	26,7%	73,3%	100,0%	

Crosstabs

Timbang Terima Pasien * Dokumentasi Keperawatan Metode SOAP Crosstabulation

			Dokumentasi Keperawatan SOAP		Total
			Cukup	Baik	
Timbang Terima Pasien	Cukup	Count	3	1	4
		% within Timbang Terima	75,0%	25,0%	100,0%
		% of Total	10,0%	3,3%	13,3%
	Baik	Count	5	21	26
		% within Timbang Terima	19,2%	80,8%	100,0%
		% of Total	16,7%	70,0%	86,7%
Total	Count	8	22	30	
	% within Timbang Terima	26,7%	73,3%	100,0%	
	% of Total	26,7%	73,3%	100,0%	

Correlations

			Timbang Terima Pasien	Dokumentasi Keperawatan Metode SOAP
Timbang Terima Pasien	Pearson Correlation		1	,429
	Sig. (2-tailed)			,018
	N		30	30
Dokumentasi Keperawatan Metode SOAP	Pearson Correlation		,429	1
	Sig. (2-tailed)		,018	
	N		30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Nonparametric Correlations









			Timbang Terima Pasien	Dokumentasi Keperawatan Metode SOAP
Spearman's rho	Timbang Terima Pasien	Correlation Coefficient	1,000	,429
		Sig. (2-tailed)	.	,018
		N	30	30
	Dokumentasi Keperawatan Metode SOAP	Correlation Coefficient	,429	1,000
		Sig. (2-tailed)	,018	.
		N	30	30

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Lampiran 9











FORMAT BIMBINGAN SKRIPSI

Nama Mahasiswa : Usnul Afifah Fauziah
 NIM : 13.321.0123
 Judul Skripsi : Hubungan Timbang Terima Pasien dengan Pelaksanaan Dokumentasi Keperawatan.
 Pembimbing I : ARIF WUAYA S.Kep.Ns.,M.Kep.

No	Tanggal	Hasil bimbingan	keterangan
1.	Selasa, 14 Feb 2017	Konsul Judul	
2.	Kamis, 16 Feb 2017	konsul BAB 1. Revisi tem	
3.	Jum'at, 17 Feb 2017	Revisi BAB 1 <i>separasi dg file</i>	
4.	Senin, 20 Feb 2017	Revisi BAB 1 dan BAB 2	
5.	Jum'at, 24 Feb 2017.	<i>pen. bab. 2 & 3.</i> <i>→ Capl bab y</i>	
6.	Rabu, 01 Maret 01 Maret 2017.	<i>Revisi bab y</i>	
7.	Jum'at, 03 Maret 2017	<i>Kas bab y</i>	
8.	Rabu, 08 Maret 2017	<i>Revisi paper.</i>	

FORMAT BIMBINGAN SKRIPSI

Nama Mahasiswa : Usnul Afifah Fauziah
 NIM : 13.321.0123
 Judul Skripsi : Hubungan Pelaksanaan Timbang Terima Pasien Dengan Dokumentasi Keperawatan SOAP
 Pembimbing 2 : STH Rokhani, SST, M. Kes

No	Tanggal	Hasil bimbingan	keterangan
1.	Selasa, 4 Februari 2017	Konsul judul Ace	
2.	Rabu, 22 Februari 2017	Data Himpun teori. + bab Bab III + IV	
3.	Selasa, 28 Februari 2017	Bab II + Teori keperawatan + Artikel jurnal Bab II Revisi	
4.	Selasa, 07 Maret 2017	Bab 5, 11, 12 dan Bab IV Revisi	
5.	Rabu, 08 Maret 2017	Revisi Bab IV + Kuesioner	
6.	Kamis, 09 Maret 2017	proposal Ace Stop SP	
7.	Senin, 27 Maret 2017	Revisi Hancu SP Ace	
8.	Rabu 03 Mei 2017	Strukturisasi pengelompokan materi. Dokumentasi/Asing	
9.	Kamis, 04 Mei	Bab V, VI Ace. dan keglp.	
10.	Jum'at 05 Mei 2017	Skripsi Ace	

PERNYATAAN BEBAS PLAGIASI

Yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : USNUL AFIFAH FAUZIAH

NIM : 133210123

Jenjang : Sarjana

Program Studi : Keperawatan

menyatakan bahwa naskah skripsi ini secara keseluruhan benar-benar bebas dari plagiasi. jika di kemudian hari terbukti melakukan plagiasi, maka saya siap ditindak sesuai ketentuan hukum yang berlaku.

Jombang, 16 Juni 2017

Saya yang menyatakan,



USNUL AFIFAH FAUZIAH
NIM : 133210123



