

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Deskripsi Wilayah Penelitian

Rumah Sakit Grhasia Propinsi DIY terletak di jalan Kaliurang Km. 17 Pakem, Sleman yaitu Rumah Sakit milik pemerintah Propinsi DIY. Rumah Sakit Grhasia adalah nama peralihan dari Rumah Sakit Jiwa Daerah Propinsi DIY menurut keputusan Gubernur Nomor 142 2003, yang ditetapkan pada tanggal 30 Oktober 2003.

Rumah Sakit Grhasia adalah rumah sakit pemerintah Propinsi DIY yang khusus melayani kesehatan jiwa. Rumah sakit ini mempunyai visi “Menuju Rumah Sakit Unggulan, khususnya untuk Pelayanan Kesehatan Jiwa dan NAPZA di Daerah Istimewa Yogyakarta dan Jawa Tengah Tahun 2008”. Sedangkan bidang perawat RS ini mempunyai visi “Menjadi Model Pelayanan Keperawatan Kesehatan Jiwa Profesional di Propinsi Daerah Yogyakarta dan Jawa Tengah Tahun 2008”.

Rumah Sakit Grhasia Propinsi DIY terdiri dari rawat inap, rawat jalan dan Unit Gawat Darurat (UGD). Instalasi rawat jalan di Rumah Sakit Grhasia Propinsi DIY terdiri dari poliklinik umum, poliklinik gigi, poliklinik psikiatri, dan poliklinik Narkotika Psikotropika dan zat adiktif lainnya (NAPZA). Bangsal untuk rawat inap terdiri dari delapan bangsal.

dikategorikan menjadi tiga ruangan berdasarkan pelaksanaan MPKP. Yakni, ruang MPKP (Arimbi dan Sadewa), dan ruang non MPKP (Nakula dan Srikandi).

B. Hasil Penelitian

1. Frekuensi Tabel Kelompok MPKP

- a. Tabel 1. Frekuensi Tabel Kelompok MPKP “Pengkajian” di Bangsal MPKP RS Grhasia Yogyakarta Bulan April 2010

Kriteria	Frekuensi	Prosentase (%)
Baik	29	72,5 %
Cukup	10	25,0 %
Kurang	1	2,5 %
Tidak baik	0	0 %
Total	40	100 %

Sumber: Data Sekunder

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar pengkajian pada bangsal MPKP adalah baik, ditunjukkan dengan adanya 29 rekam medis pasien sebesar (72,5 %). Kriteria cukup di bangsal MPKP pada pengkajian ditunjukkan dengan adanya 10 rekam medis pasien sebesar (25,5 %). Sedangkan kriteria kurang di bangsal MPKP pada pengkajian ditunjukkan dengan adanya 1 rekam medis sebesar (2,5 %).

- b. Tabel 2. Frekuensi Tabel Kelompok MPKP “Diagnosa” di Bangsal MPKP RS Grhasia Yogyakarta Bulan April 2010

Kriteria	Frekuensi	Prosentase (%)
Baik	11	27,5 %
Cukup	0	0 %
Kurang	0	0 %
Tidak baik	29	72,5 %
Total	40	100 %

Sumber: Data Sekunder

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar diagnosa pada bangsal MPKP adalah baik, ditunjukkan dengan 11 rekam medis pasien sebesar (27,5 %). Sedangkan kriteria tidak baik di bangsal MPKP pada diagnosa ditunjukkan dengan adanya 29 rekam medis sebesar (72,5 %).

- c. Tabel 3. Frekuensi Tabel Kelompok MPKP “Perencanaan” di Bangsal MPKP RS Grhasia Yogyakarta Bulan April 2010

Kriteria	Frekuensi	Prosentase (%)
Baik	33	82,5 %
Cukup	5	12,5 %
Kurang	0	0 %
Tidak baik	2	5 %
Total	40	100 %

Sumber : Data Sekunder

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar perencanaan pada bangsal MPKP adalah baik, ditunjukkan dengan 33 rekam medis pasien sebesar (82.5 %). Sedangkan kriteria tidak baik di bangsal MPKP pada perencanaan ditunjukkan

- d. Tabel 4. Frekuensi Tabel Kelompok MPKP “Tindakan” di Bangsal MPKP RS Grhasia Yogyakarta Bulan April 2010

Kriteria	Frekuensi	Prosentase
Baik	36	90,0 %
Cukup	3	7,5 %
Kurang	0	0 %
Tidak baik	1	2,5 %
Total	40	100 %

Sumber: Data Sekunder

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar tindakan pada bangsal MPKP adalah baik, ditunjukkan dengan adanya 36 rekam medis pasien sebesar (90,0 %). Kriteria cukup di bangsal MPKP pada tindakan ditunjukkan dengan adanya 3 rekam medis pasien sebesar (7,5 %). Sedangkan kriteria MPKP pada tindakan tidak baik ditunjukkan dengan adanya 1 rekam medis sebesar (2,5 %).

- e. Tabel 5. Frekuensi Tabel Kelompok MPKP “Evaluasi” di Bangsal MPKP RS Grhasia Yogyakarta Bulan April 2010

Kriteria	Frekuensi	Prosentase
Baik	20	50,0 %
Cukup	0	0 %
Kurang	0	0 %
Tidak baik	20	50,0 %
Total	40	100 %

Sumber : Data Sekunder

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar evaluasi pada bangsal MPKP adalah baik, ditunjukkan dengan 20 rekam medis pasien sebesar (50,0 %). Sedangkan

kriteria tidak baik di bangsal MPKP pada evaluasi ditunjukkan dengan adanya 20 rekam medis sebesar (50,0 %).

- f. Tabel 6. Frekuensi Tabel Kelompok MPKP “Catatan Asuhan Keperawatan” di Bangsal MPKP RS Ghrasia Yogyakarta Bulan April 2010

Kriteria	Frekuensi	Prosentase
Baik	39	97,5 %
Cukup	0	2,5 %
Kurang	0	0 %
Tidak baik	1	0 %
Total	40	100 %

Sumber : Data Sekunder

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar catatan asuhan keperawatan pada bangsal MPKP adalah baik, ditunjukkan dengan 39 rekam medis pasien sebesar (97.5 %). Sedangkan kriteria tidak baik di bangsal MPKP pada catatan asuhan keperawatan ditunjukkan dengan adanya 1 rekam medis

2. Frekuensi Tabel Kelompok Non MPKP

- a. Tabel 1. Frekuensi Tabel Kelompok Non MPKP “Pengkajian” di Bangsal Non MPKP RS Grhasia Yogyakarta Bulan April 2010

Kriteria	Frekuensi	Prosentase (%)
Baik	25	62,5 %
Cukup	10	25,0 %
Kurang	5	12,5 %
Tidak baik	0	0 %
Total	40	100 %

Sumber : Data Sekunder

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar pengkajian pada bangsal non MPKP adalah baik, ditunjukkan dengan 25 rekam medis pasien sebesar (62,5 %). Kriteria cukup di bangsal non MPKP pada pengkajian di tunjukkan dengan adanya 10 rekam medis pasien sebesar (25,0 %). Sedangkan kriteria kurang di bangsal non MPKP pada pengkajian ditunjukkan dengan adanya 5 rekam medis sebesar (12,5 %).

- b. Tabel 2. Frekuensi Tabel Kelompok Non MPKP “Diagnosa” di Bangsal Non MPKP RS Grhasia Yogyakarta Bulan April 2010

Kriteria	Frekuensi	Prosentase (%)
Baik	7	17,5 %
Cukup	0	0 %
Kurang	0	0 %
Tidak baik	33	82,5 %
Total	40	100 %

Sumber : Data Sekunder

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar diagnosa pada bangsal non MPKP adalah baik, ditunjukkan

kriteria tidak baik di bangsal non MPKP pada diagnosa ditunjukkan dengan adanya 33 rekam medis sebesar (82,5 %).

- c. Tabel 3. Frekuensi Tabel Kelompok Non MPKP “Perencanaan” di Bangsal Non MPKP RS Grhasia Yogyakarta Bulan April 2010

Kriteria	Frekuensi	Prosentase
Baik	28	70,0 %
Cukup	4	10,0 %
Kurang	4	10,0 %
Tidak baik	4	10,0 %
Total	40	100 %

Sumber : Data Sekunder

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar perencanaan pada bangsal MPKP adalah baik, ditunjukkan dengan adanya 28 rekam medis pasien sebesar (70,0 %). Kriteria cukup di bangsal non MPKP pada perencanaan ditunjukkan dengan adanya 4 rekam medis pasien sebesar (10,0 %). Kriteria kurang di bangsal non MPKP pada perencanaan di tunjukkan dengan adanya 4 rekam medis pasien sebesar (10,0 %). Sedangkan kriteria tidak baik di bangsal non MPKP pada perencanaan ditunjukkan dengan adanya 4 rekam medis sebesar (10,0 %).

- d. Tabel 4. Frekuensi Tabel Kelompok Non MPKP “Tindakan” di Bangsal Non MPKP RS Grhasia Yogyakarta Bulan April 2010

Kriteria	Frekuensi	Prosentase
Baik	35	87,5 %
Cukup	0	0 %
Kurang	1	2,5 %
Tidak baik	4	10,0 %
Total	40	100 %

Sumber : Data Sekunder

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar tindakan pada bangsal non MPKP adalah baik, ditunjukkan dengan 35 rekam medis pasien sebesar (87,5 %). Kriteria kurang di bangsal non MPKP pada tindakan ditunjukkan dengan adanya 1 rekam medis pasien sebesar (2,5 %). Sedangkan kriteria tidak baik di bangsal non MPKP pada tindakan ditunjukkan dengan adanya 4 rekam medis sebesar (10,0 %).

- e. Tabel 5. Frekuensi Tabel Kelompok Non MPKP “Evaluasi” di Bangsal Non MPKP RS Grhasia Yogyakarta Bulan April 2010

Kriteria	Frekuensi	Prosentase
Baik	36	90,0 %
Cukup	0	0 %
Kurang	1	2,5 %
Tidak baik	3	7,5 %
Total	40	100 %

Sumber : Data Sekunder

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar evaluasi pada bangsal non MPKP adalah baik, ditunjukkan dengan 36 rekam medis pasien sebesar (90,0 %). Kriteria kurang di bangsal non MPKP pada evaluasi ditunjukkan dengan adanya

1 rekam medis pasien sebesar (2,5 %). Sedangkan kriteria tidak baik di bangsal non MPKP pada evaluasi ditunjukkan dengan adanya 3 rekam medis sebesar (7,5 %).

- f. Tabel 6. Frekuensi Tabel Kelompok Non MPKP “Catatan Asuhan Keperawatan” di Bangsal Non MPKP RS Grhasia Yogyakarta Bulan April 2010

Kriteria	Frekuensi	Prosentase
Baik	38	95,0 %
Cukup	1	2,5 %
Kurang	0	0 %
Tidak baik	1	2,5 %
Total	40	100 %

Sumber : Data Sekunder

Berdasarkan tabel di atas dapat diketahui bahwa sebagian besar catatan asuhan keperawatan pada bangsal non MPKP adalah baik, ditunjukkan dengan 38 rekam medis pasien sebesar (95,0 %) adalah. Kriteria kurang di bangsal non MPKP pada catatan asuhan keperawatan di tunjukkan dengan adanya 1 rekam medis pasien sebesar (2,5 %). Sedangkan kriteria tidak baik di bangsal non MPKP pada catatan asuhan keperawatan ditunjukkan dengan adanya 1 rekam medis sebesar (2,5 %).

Dikatakan ada perbedaan jika nilai $p < 0,05$ dan dikatakan tidak ada perbedaan jika nilai $p > 0,05$.

C. PEMBAHASAN

1. Pengkajian

Berdasarkan tabel hasil analisa data dan pembahasan menjelaskan bahwa tidak terdapat perbedaan hasil pendokumentasian pada bangsal inisiasi MPKP dan non MPKP. Pengkajian merupakan awal dari proses keperawatan yang merupakan suatu proses *continue* yang harus dilakukan oleh perawat terhadap pasien sebelum menentukan diagnosa. Berdasarkan data diatas secara statistik didapatkan nilai $p = 0,242$ ($p > 0,05$) berarti tidak ada perbedaan yang bermakna. Pengkajian yang dilakukan pada bangsal inisiasi MPKP dan non MPKP adalah baik dan lengkap, data yang dikelompokkan sesuai dengan bio/psiko/sosio/kultural dan masalah dirumuskan sesuai dengan kesenjangan dari data yang ada. Ariswati (2003) cit Kurnia (2007), mengatakan bahwa dari hasil penelitian yang dilakukan terjadinya peningkatan pengkajian keperawatan karena perawat di bangsal inisiasi MPKP di bekali oleh pelatihan dan otonomi serta tanggung jawab yang lebih besar terhadap pasien tertentu sehingga proses pengkajian berjalan lebih baik. Pengkajian merupakan pendekatan-pendekatan untuk mendapatkan data pasien secara tepat dan cepat dengan kemampuan dari pengkajian yaitu mendapatkan

pemahaman yang lebih baik dari pasien, akses pengetahuan yang relevan untuk perawatan pasien dan untuk menerapkan pengetahuan untuk merawat pasien (*American Medical Informatic Association, 2000*). Dengan adanya pemahaman yang baik tentang standar pengkajian yang akan dilakukan maka pengkajian akan dilaksanakan dengan baik tanpa adanya kesulitan (Kozier, 1995).

Menurut penulis yang melakukan penelitian hampir seluruh pelaksanaan standar pengkajian pada bangsal inisiasi MPKP dan non MPKP sudah dikaji dan dicatat oleh perawat pada *checklist* pendokumentasian sejak pasien masuk sampai keluar, sedangkan pada standar pengkajian yang merumuskan masalah pasien berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan pola norma dan pola fungsi pasien, baik di bangsal inisiasi MPKP dan non MPKP perawat belum melakukan pencatatan yang lengkap pada *checklist* pendokumentasian, sehingga pada saat penulis melakukan penelitian masih banyak menemukan aspek yang kosong atau belum di catat oleh perawat di sebabkan perawat belum melakukan pengkajian secara menyeluruh yg sesuai dengan *checklist* dokumentasi keperawatan yang telah disediakan.

2. Diagnosa

Pelaksanaan standar diagnosa pada bangsal inisiasi MPKP dan non MPKP secara statistik di peroleh nilai $p = 0,287$ ($p > 0,05$) hal

ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan hasil pendokumentasian pada bangsal inisiasi MPKP dan non MPKP. Pelaksanaan pendokumentasian diagnosa di bangsal inisiasi MPKP rata sesuai dengan standar, terutama dalam perumusan diagnosa yang lengkap dibandingkan pada bangsal non MPKP. Berdasarkan jurna (*HWANG ET AL., Integrating Nursing Diagnostic Concepts in MED, 2003*), perawat mendokumentasikan setiap asuhan keperawatan yang terkait dengan kondisi pasien, seorang perawat mendokumentasikannya didukung dengan identifikasi dari ahli dan perawat pemula sesuai dengan pengelolaan yang spesifik.

Pendokumentasian dilakukan juga secara komputerisasi, cara seperti ini menyediakan penyelesaian dokumentasi secara efektif dan informasi tentang pasien praktis digunakan. Model pendokumentasian dengan komputerisasi sangat membantu dalam pencatatan informasi kondisi pasien secara tepat, tetapi secara prakteknya banyak perawat perawat yang menyepelkan atau tidak bisa menggunakan metode dokumentasi dengan komputerisasi. Banyak peneliti menanggapi hal tersebut berkaitan komputerisasi dokumentasi tidak efektif untuk digunakan walaupun metode dengan komputerisasi dianggap cepat dan sekarang walaupun zamannya sudah modern para peneliti masih banyak menggunakan metode manual dalam pendokumentasian. Penerapan MPKP meningkatkan dokumentasi diagnosa keperawatan

perawat menggunakan kemampuan *critical thinking* dengan baik untuk dapat mengidentifikasi data-data pasien (Sitorus, 2006). Diagnosa keperawatan merupakan tahap yang penting dari proses keperawatan sehingga kemampuan kognitif perawat sangat penting untuk dapat ditetapkannya diagnosa secara benar, selain itu diagnosa keperawatan merupakan langkah yang penting untuk menentukan tindakan selanjutnya untuk mencapai *outcome* yang dapat dipertanggungjawabkan oleh perawat (Kozier, 1995).

Menurut penulis yang melakukan penelitian pada standar pelaksanaan diagnosa yang menilai aspek: diagnosa keperawatan masalah yang telah dirumuskan baik di bangsal inisiasi MPKP maupun non MPKP telah dilakukan pencatatan oleh perawat pada *checklist* pendokumentasian dengan lengkap. Sedangkan pada aspek yang menilai diagnosa keperawatan mencerminkan penyebab dan tanda gejala, serta merumuskan diagnosa aktual dan potensial baik itu di bangsal MPKP dan non MPKP masih banyak perawat belum melakukan pencatatan secara lengkap pada *checklist* pendokumentasian keperawatan, ini di sebabkan kurang ketelitian dari perawat tersebut.

3. Perencanaan

Perencanaan pendokumentasi secara statistik didapatkan nilai $p = 0,148$ ($p > 0,05$) hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan hasil pendokumentasian pada bangsal inisiasi MPKP dan

non MPKP. Perencanaan merupakan suatu proses sistematik dari proses keperawatan yang didalamnya termasuk proses penentuan keputusan keperawatan yang lengkap serta pemecahan masalah. Dengan demikian perencanaan keperawatan yang lengkap akan menentukan intervensi keperawatan yang akan dilaksanakan, model MPKP menjamin *continuitas* perawatan pasien (Sitorus, 2006). Pendokumentasian perencanaan keperawatan harus sesuai dengan diagnosa keperawatan dan prioritasnya karena intervensi merupakan rencana tindakan dependen atau interindependen untuk mengatasi masalah dan memenuhi kebutuhan klien (Iyer, 1996). Dengan adanya penerapan MPKP standar perencanaan meningkat secara bermakna. Kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan mempunyai beberapa faktor yang mempengaruhi seperti, pendokumentasian asuhan keperawatan membutuhkan waktu yang lama sekitar 15-30 menit untuk satu klien (Nuryandari, 2000). Faktor lain yang mempengaruhi perencanaan pendokumentasian adalah jumlah tenaga perawat yang kurang, belum adanya pelatihan yang khusus tentang keterampilan yang khusus tentang pendokumentasian keperawatan (Utami, 2002).

Terkait dalam penelitian berdasarkan jurnal (*International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2009) tindakan perencanaan sangatlah erat dengan tindakan perawat sebelum melakukan intervensi. Berdasarkan jurnal tersebut terdapat seorang peneliti yang bernama *Karplanken dan Eges* meneliti seorang perawat

yang melakukan perencanaan mempengaruhi perilaku dari pasien sebagai contohnya seorang perawat mengidentifikasi tentang perilaku diet sehat. Perawat yang menepkan perencanaan secara benar akan bisa mempengaruhi pengaruh kebiasaan diet sehat kepada pasien. Hal ini berarti seorang perawat sebelum melakukan intervensi sebaiknya melakukan perencanaan tentang apa yang akan dilakukan, karena perencanaan adalah yang penting sebelum kita melakukan intervensi.

Menurut penulis pada saat melakukan penelitian pada standar perencanaan yang menilai aspek berdasarkan diagnosa keperawatan baik bangsal inisiasi MPKP dan non MPKP, perawat telah melakukan pencatatan atau pengisian perencanaan yang ingin dilakukan pada pasien secara lengkap pada *checklist* pendokumentasian. Pada aspek yang menilai: perencanaan disusun menurut urutan prioritas, rumusan rujukan mengandung komponen pasien/subyek (perubahan perilaku, kondisi pasien), rencana tindakan mengacu pada tujuan (kalimat perintah, terinci, dan jelas dan melibatkan pasien), serta rencana tindakan menggambarkan kerjasama dengan tim kesehatan lain, hasilnya menunjukkan perawat melakukan pencatatan rencana keperawatan secara lengkap pada bangsal MPKP dan non MPKP.

4. Tindakan

Tindakan keperawatan secara statistik menunjukkan nilai

$n = 0.636$ ($p > 0.05$) hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat

perbedaan hasil pendokumentasian pada bangsal inisiasi MPKP dan non MPKP. Intervensi keperawatan dibagi menjadi tiga antara lain: *independent intervention* yaitu intervensi yang murni keperawatan; *dependent intervention* yaitu tindakan perawat berdasarkan order dari medis atau dokter; *collaborative intervention* yaitu tindakan tindakan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dalam sebuah tim dalam menangani masalah pasien. Berdasarkan jurnal (*J Epidemiol Community Health, 2007*), pendapat seorang peneliti intervensi merupakan pangkal dari semua tindakan asuhan keperawatan. Seorang perawat yang melakukan intervensi kepada pasien dengan diimbangi oleh pengalaman dan *skill* yang telah mencukupi akan lebih memberikan tingkat kepuasan kepada pasien. Akan tetapi jika pengalaman dan *skill* yang memadai tidak dibarengi dengan sikap atau *attitude* yang baik (senyum, sapa, ramah) hasilnya juga tidak akan memuaskan. Dalam hal ini dapat di simpulkan sebaiknya tindakan intervensi yang perawat lakukan harus dibarengi dengan *attitude* seorang perawat yang baik kepada pasien.

Menurut penulis yang melakukan penelitian pada standar tindakan di bangsal inisiasi MPKP dan non MPKP yang menilai aspek: tindakan dilakukan mengacu pada rencana keperawatan, perawat mengobservasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan, revisi tindakan berdasarkan hasil evaluasi dan tindakan yang telah dilaksanakan, distat ringkas dan jelas, hasilnya menunjukkan bahwa

perawat pada bangsal inisiasi MPKP dan non MPKP telah melakukan pencatatan tindakan yang sesuai dengan rencana keperawatan yang telah di tentukan sebelumnya pada *checklist* pendokumentasian keperawatan.

5. Evaluasi

Secara statistik standar evaluasi menunjukkan $p= 0,000$ ($p < 0,05$) hal ini menunjukkan bahwa terdapat perbedaan hasil pendokumentasian pada bangsal inisiasi MPKP dan non MPKP. Standar evaluasi adalah kegiatan yang *continue* dilakukan setelah intervensi yang memungkinkan perawat untuk menilai kondisi pasien telah dilakukan intervensi, melanjutkan intervensi atau memodifikasinya sesuai dengan kondisi pasien untuk mencapai *outcome* yang diharapkan (Kozier, 1995). Dari penelitian terdapat perbedaan yang bermakna antara bangsal inisiasi MPKP dan non MPKP hal ini dikarenakan kondisi yang berbeda antara bangsal tersebut antara lain: dalam hal jumlah tenaga perawat, jumlah pasien dan pengorganisasiannya. Perbedaan antara bangsal MPKP dan non MPKP dapat dilihat juga pada evaluasi yang dilakukan oleh perawat yang hanya untuk mengetahui tindakan asuhan keperawatan yang belum dilakukan bukan dari hasil tindakan asuhan keperawatan. Dalam hal ini berarti perawat hanya mengevaluasi tindakan bukan *outcome* atau hasil yang didapat dari tindakan yang telah dilakukan

guna perawatan ke pasien, misalnya: kesembuhan pasien, kemajuan kondisi pasien, dan pengurangan derajat nyeri pasien (*BMC Health Service, 2007*).

Menurut penulis yang melakukan penelitian pada standar evaluasi yang menilai aspek: evaluasi mengacu pada tujuan, hasil evaluasi dicatat, hasilnya menunjukkan bangsal inisiasi non MPKP lebih lengkap melakukan pencatatan evaluasi yang telah dilakukan maupun perubahan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan di banding bangsal inisiasi MPKP.

6. Catatan asuhan keperawatan

Secara statistik menunjukkan bahwa $p = 0,559$ ($p > 0,05$) hal ini menunjukkan bahwa tidak terdapat perbedaan hasil pendokumentasian pada standar catatan asuhan keperawatan bangsal inisiasi MPKP dan non MPKP. Dokumentasi atau catatan asuhan keperawatan sangat penting bagi tanggungjawab dan tanggung gugat perawat atas tugas yang telah dilaksanakan untuk memenuhi kebutuhan pasien. Berdasarkan jurnal (AMIA, 2008), terdapat seorang peneliti melakukan penelitian secara analitik deskriptif, di dalam penelitiannya meneliti tentang dokumentasi asuhan keperawatan kepada 91 perawat. Dari data tersebut dihasilkan 67 perawat melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan secara benar dan sisanya perawat hanya mencontek dokumentasi dari perawat yang jaga shif

sebelumnya. Hal ini berarti masih banyak perawat yang tidak serius melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan. Di Indonesia juga masih banyak rumah sakit yang belum menerapkan pendokumentasiannya secara baik dan benar. Hal ini menjadikan banyak kasus tentang kelalaian perawat dijadikan tuntutan pasien di pengadilan yang menuntut tanggungjawab perawat. Jika perawat tidak memiliki dokumentasi atau catatan asuhan keperawatan akan dengan mudah pasien menuntut perawat, tetapi jika perawat memiliki dokumentasi yang lengkap, dokumentasi ini dapat dijadikan bukti jika pasien menuntut perawat. Peningkatan catatan asuhan keperawatan di ruang MPKP, karena di ruang MPKP terdapat model tim primer, perawat primer bertanggungjawab terhadap kelengkapan dokumentasi (Nuryandari, 2000).

Menurut penulis yang melakukan penelitian pada standar catatan asuhan keperawatan, melakukan penilaian pada aspek: menulis pada format yang baku, pencatatan dilakukan sesuai dengan tindakan yang dilakukan, pencatatan ditulis dengan jelas, ringkas, istilah yang baku dan benar, berkas catatan keperawatan di simpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku, baik bangsal inisiasi MPKP dan non MPKP sebagian besar telah melakukan pencatatan yang lengkap pada *checklist* pendokumentasian. Sedangkan pada aspek: setiap melakukan tindakan/kegiatan perawat mencantumkan paraf/nama jelas, dan tanggal, dilakukan pada tindakan baik bangsal inisiasi MPKP dan