

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Profil tempat penelitian

RSUD Sleman merupakan rumah sakit tipe B non pendidikan dengan kapasitas 129 tempat tidur, 9 bangsal dan 10 instansi kesehatan yang bermutu dan terjangkau. RSUD Sleman Yogyakarta yang memiliki luas lahan 22.410 m², luas bangunan 6993 m², terletak di jalan Jln. Bhayangkara No. 48 Sleman Yogyakarta. Sedangkan mengenai visi RSUD Sleman Yogyakarta adalah “Menjadi Rumah Sakit andalan di Kabupaten Sleman Tahun 2010”. Misi dari RSUD Sleman Yogyakarta yaitu “Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang prima dan terjangkau, meningkatkan pelayanan kesehatan dengan dukungan IPTEK yang memadai, mengembangkan kemitraan, meningkatkan kinerja karyawan dan semangat pelayanan”. Sedangkan semboyan yang dimiliki RSUD Sleman Yogyakarta adalah “Mitra kesehatan anda”.

RSUD Sleman saat ini memiliki 37 perawat yang terdiri dari laki-laki dan perempuan dengan lama kerja yang berbeda-beda dan memiliki tingkat pendidikan yang bervariasi seperti D3, S1, RSUD Sleman juga memiliki 11 bangsal yang terdiri dari bangsal, Aster, Cendana, Bougenvil, Dahlia, Edelwis, Flamboyant, Melati, Mawar, dokter anak, VK, ICU dan bangsal maternitas

yang terdiri dari 4 ruangan. Ruang kelas tiga terdiri dari 2 ruangan dimana tiap-tiap ruangan terdiri dari 6 tempat tidur klien sehingga total tempat tidur klien kelas tiga ada 12 tempat tidur. Ruang kelas dua terdiri dari 2 ruangan, tiap-tiap ruangan terdiri dari 3 tempat tidur klien sehingga total tempat tidur klien di kelas dua ada 6 tempat tidur. Satu ruangan khusus ada didalam bangsal melati yang disediakan bagi ibu postpartum yang memiliki bayi bermasalah untuk menunggu bayinya sampai di izinkan dibawa pulang.

B. Hasil penelitian

1. Pengkajian

Berdasarkan hasil penelitian data yang diperoleh dari 40 status pasien, frekuensi dengan kategori kurang yaitu 5 status pasien 12.5%, kategori cukup yaitu 23 status pasien 57.5%, kategori baik 12 status pasien 30.0%.

Tabel 1

Tabel frekuensi Pengisian Dokumentasi Pengkajian Asuhan Keperawatan di Bangsal Kelas III RSUD Sleman Yogyakarta bulan November 2010

Kategori	Jumlah	Persentasi
Kurang	5	12,5%
Cukup	23	57,5%
Baik	12	30,0%
Total	40	100%

2. Diagnosa

Berdasarkan hasil penelitian data yang diperoleh dari 40 status pasien, frekuensi dengan kategori kurang yaitu 5 status pasien 12.5%, kategori cukup yaitu 23 status pasien 57.5%, kategori baik 12 status pasien 30.0%.

Tabel 2
Tabel Pengisian Dokumentasi Diagnosa Asuhan Keperawatan di
Bangsal Kelas III RSUD Sleman Yogyakarta bulan November
2010

Kategori	Jumlah	Presentasi
Kurang	6	15,0%
Cukup	17	42,5%
Baik	17	42,5%
Total	40	100%

3. Perencanaan

Berdasarkan hasil penelitian data yang diperoleh dari 40 status pasien, frekuensi dengan kategori cukup yaitu 2 status pasien 5.0%, kategori baik 38 status pasien 95.0%.

Tabel 3
Tabel Pengisian Dokumentasi Perencanaan Asuhan Keperawatan di
Bangsal Kelas III RSUD Sleman Yogyakarta bulan November 2010

Kategori	Jumlah	Persentasi
Cukup	2	5.0%
Baik	38	95.0%
Total	40	100%

4. Tindakan

Berdasarkan hasil penelitian data yang diperoleh dari 40 status pasien, frekuensi dengan kategori cukup yaitu 7 status pasien 17.5%, kategori baik 33 status pasien 82.5%.

Tabel 4
Tabel Pengisian Dokumentasi Asuhan Keperawatan (tindakan) di Bangsal Kelas III RSUD Sleman Yogyakarta bulan November 2010

Kategori	Jumlah	Persentasi
Cukup	7	17,5%
Baik	33	82,5%
Total	40	100%

5. Evaluasi

Berdasarkan hasil penelitian data yang diperoleh dari 40 status pasien, frekuensi dengan kategori baik yaitu 100%.

Tabel 5
Tabel Pengisian Dokumentasi Evaluasi Asuhan Keperawatan di Bangsal Kelas III RSUD Sleman Yogyakarta bulan November 2010

Kategori	Jumlah	Persentasi
Baik	40	100%
Total	40	100%

6. Catatan keperawatan

Berdasarkan hasil penelitian data yang diperoleh dari 40 status pasien, frekuensi dengan kategori baik yaitu 100%.

Tabel 6
Tabel Pengisian Dokumentasi Asuhan Keperawatan (catatan keperawatan) di Bangsal Kelas III RSUD Sleman Yogyakarta bulan November 2010

Kategori	Jumlah	Persentasi
Baik	40	100%
Total	40	100%

7. Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Berdasarkan hasil penelitian data yang diperoleh dari 40 status pasien, frekuensi dengan kategori baik yaitu 39 status pasien (97,5%), kategori cukup 1 status pasien (2,5%).

Tabel 7
Tabel Pengisian Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Bangsal Kelas III RSUD Sleman Yogyakarta Bulan November 2010

Kategorisasi	Jumlah	Persentasi
Cukoup	1	2,5%
Baik	39	97,5%
Total	40	100%

C. Pembahasan Penelitian

Evaluasi kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan catatan asuhan keperawatan. Penulisan dokumentasi asuhan keperawatan pada format pengkajian rata-rata sebesar 79%. hal ini karena ada 15 status pasien dari 40 yang datanya tidak di kelompokkan kedalam bio-psiko-sosial-spiritual. 18 status pasien dari 40 tidak dikaji pasien dari sejak masuk sampai pulang (Depkes, 2007).

Diagnosa keperawatan merupakan respon individu, yang harus sesuai dengan rumusan masalah. Rumusan masalah berguna untuk mengidentifikasi dan memberikan memberikan intervensi keperawatan. Penulisan dokumentasi asuhan keperawatan pada format diagnosa keperawatan rata-rata sebesar 78%. Hal ini karena ada tidak membuat diagnosa keperawatan yang berdasarkan masalah yang telah dirumuskan, tidak mencatat diagnosa keperawatan yang mencerminkan PE (masalah, penyebab) dan PES (masalah, penyebab, gejala) dan tidak merumuskan diagnosa keperawatan aktual atau potensial (Carpenito, 2000).

Pendokumentasian perencanaan keperawatan harus sesuai dengan diagnosa keperawatan prioritasnya, karena intervensi merupakan rencana tindakan atau interdependen untuk mengatasi masalah dan memenuhi

kebutuhan klien. Penulisan dokumentasi asuhan keperawatan pada format perencanaann rata-rata sebesar 70%. Hal ini karena ada 19 status tidak membuat perencanaan dalam prioritas, 1 status yang tidak melibatkan keluarga pasien dalam perencanaan, berdasarkan hasil perencanaa sudah sesuai dengan diagnosa keperawatan pasien. Perencanaan asuhan keperawatan yang kurang melakukan atau tidak mendokumentasikan penulisan rencana yang tidak teratur dan tidak jelas mengacu pada diagnosa keperawatan “maya” yang telah didokumentasikan . Masalah ini mungkin dapat terjadi kerana kebiasaan catat mencatat atau mendokumentasikan belum membudaya, tidak tahu manfaatnya ataupun karena sulit dan terlalu banyak yang harus di tulis, dan pengetahuan perawat itu sendiri yang kurang mampu merencanakan intervensi berdasarkan diagnosa keperawatan.

Implementasi asuhan keperawatan merupakan pelaksanaan untuk memenuhi kebutuhan dan mengatasi masalah secara optimal. Dalam pelaksanaan harus mengacu pada rencana, semua tindakan yang telah dilakukan harus dicatat dan dicantumkan keterangan yang jelas (DepKes RI, 1997). Penulisan dokumentasi asuhan keperawatan pada format tindakan sebesar 99,7%, dari format tindakan ada 7 status pasien dari 40 yang tindakannya tidak merevisi hasil tindakan. Tindakan keperawatan yang belum mengacu pada tindakan rencana, revisi terhadap tindakan karena kalimatnya belum dengan menggunakan kalimat aktif dan tidak mencantumkan nama,

jam tanggal pelaksanaannya atau hanya ditulis parafnya saja. Hal ini mungkin disebabkan karena ketidak mampuan mencatat secara tuntas atau ketidakmampuan responden karena dianggap menyita waktu atau pembagian kerja yang masih menggunakan gabungan metode tim atau fungsional.

Evaluasi Penulisan dokumentasi asuhan keperawatan pada format evaluasi sebesar 100% dari 40 status pasien. Format evaluasi 40 status pasien dilakukan evaluasi tindakan sesuai tujuan dan mencatat hasil evaluasi. Menurut Nursalam (2000) evaluasi dilakukan mengacu pada proses dimana evaluasi (evaluasi SOAP dan respon pada pasien) dilakukan segera setelah tindakan keperawatan. (BMC Health Service, 2007)

Penulisan dokumentasi asuhan keperawatan pada format catatan asuhan keperawatan sebesar 99, 9% yang sudah sesuai dengan SOAP karena pemecahan masalah pasien sudah sesuai mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, evaluasi, catatan asuhan keperawatan semuanya tercatat dalam format dokumentasi catatan asuhan keperawatan hanya ada 1 status pasien dari 40 yang tidak selalu mencantumkan paraf dan nama dengan jelas. Catatan asuhan keperawatan digunakan sebagai sebagai bahan informasi, komunikasi dan laporan. Catatan asuhan keperawatan penulisaanya aharus jelas, mencantumkan nama perawat yang melaksanakan tindakan, mengacu pada pelaksanaan proses keperawatan, menggunakan format yang baku dan catatan di simpan sesuai dengan peraturan yang berlaku (DepKes RI, 1997).

Berdasarkan tabel kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan (evaluasi) 100% dari 40 status pasien di kategorikan baik, dan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan (catatan keperawatan) di kategorikan baik dari 40 status pasien dengan persentasi 100%. Pada table kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan (tindakan) di kategorikan baik dengan persentasi 82,5% dari 40 status pasien dan di kategorikan cukup dengan persentasi 17,5% dari 40 status pasien, dan pada table kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan (perencanaan) dikatakan baik dengan persentasi 95,0% dari 40 status pasien, dan dikatakan cukup dengan persentasi 5% dari 40 status pasien. Pada table kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan (diagnosa) dikatakan baik dengan persentasi 42,5 % dari 40 status pasien, dan dikatakan cukup dengan persentasi 42,5% dari 40 status pasien dan dikatan kurang dengan persentasi 15,0% dari 40 status pasien. Pada tabel kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan (pengkajian) dikatakan baik dengan persentasi 30,0% dari 40 status pasien, dan dikategorikan cukup dengan persentasi 53,5% dari 40 status pasien, dan dikatakan kurang dengan persentasi 12.5% dari 40 status pasien.

Adapun Kelengkapan dokumentasi secara keseluruhandengan kategori baik 39 status klien (97,5%) dan 1 status klien dengan kategori cukup (2,5%). Ada faktor yang memungkinkan tidak lengkapnya pendokumentasian asuhan keperawatan seperti pendokumentasian asuhan keperawatan

keperawatan membutuhkan waktu yang lama. Menurut Utami (2002), waktu yang diperlukan untuk pendokumentasian asuhan keperawatan sekitar 15 sampai 30 menit untuk satu pasien. Faktor lain adalah jumlah tenaga perawat yang kurang, beban kerja yang berat dengan perbandingan jumlah pasien dan perawat jaga yang menjadi alasan utama, kurangnya motivasi perawat dalam mengisi dokumentasi asuhan keperawatan, dan belum adanya pelatihan yang khusus tentang keterampilan pendokumentasian asuhan keperawatan secara *checklist* ataupun kompeterisasi.