

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Subjek dan Obyek Penelitian

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah adalah salah satu rumah sakit swasta di Yogyakarta yang merupakan amal usaha Pimpinan Pusat Persyarikatan Muhammadiyah. Rumah sakit ini berdiri sejak 15 Februari 1923. Lokasi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta berada di Jl. KH. Ahmad Dahlan No. 20 Yogyakarta. RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta melayani berbagai pelayanan pokok antara lain rawat jalan, rawat inap, termasuk intensif, gawat darurat, kamar bedan dan ruang bersalin, serta unit pelayanan penunjang seperti laboratorium dan radiologi (CT-SCAN).

Jumlah keseluruhan staf karyawan Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta unit rawat inap yang terdiri dari bangsal sakinah, ibnu sina, zam-zam, muzdalifah, shafa, multazam, raudhah, marwah, dan arafah adalah 120 orang. Jumlah perawat rawat inap bangsal sakinah sebanyak 13 orang, bangsal ibnu sina sebanyak 14 orang, bangsal zam-zam sebanyak 12 orang, bangsal muzdalifah sebanyak 12 orang, bangsal shafa 12 orang, bangsal multazam 11 orang, bangsal raudhah 13 orang, bangsal marwah 18 orang, dan bangsal arafah sebanyak 15 orang.

Layanan keperawatan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta menggunakan metode pemberian asuhan keperawatan campuran tim dan primer. Struktur organisasi yang terdapat pada metode tim dan primer yang diterapkan oleh perawat di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta ini terdiri dari supervisor / kepala ruang yang kemudian membawahi beberapa tim, dalam satu ruangan dibagi menjadi dua atau tiga tim yang masing-masing tim terdiri ketua tim yang diduduki oleh perawat primer. Ketua tim membawahi dua atau tiga koordinator shift, yang kemudian koordinator shift membawahi perawat pelaksana.

Tugas pokok dari masing-masing perawat tergantung dari kedudukan jabatan yang ada dalam struktur organisasi di bangsal Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Tugas pokok dari supervisor / kepala ruang adalah mengkoordinasi pelayanan keperawatan di unit-unit keperawatan. Tugas pokok dari ketua tim adalah mengkoordinasi pemberian asuhan keperawatan di bangsal keperawatan pada tim yang menjadi tanggung jawabnya. Tugas pokok dari koordinator shift mengkoordinasi pemberian asuhan keperawatan di bangsal keperawatan pada shift yang menjadi wilayah tanggung jawabnya. Tugas pokok dari perawat pelaksana adalah memberikan asuhan keperawatan kepada pasien di ruang perawatan.

2. Uji Keabsahan Data

Hasil dari penelitian ini sudah dilakukan uji keabsahan data menggunakan:

a. Kredibilitas

Masa pengamatan pada penelitian ini selama 3 bulan. Peneliti melakukan pengecekan data lain diluar data yang diperoleh sebagai pembanding terhadap data yang diperoleh.

b. Transferabilitas

Hasil dari penelitian yang diperoleh dapat diterapkan pada situasi yang lain. Seperti metode asuhan keperawatan fungsional, tim, primer, atau kasus.

c. Dependability

Hasil penelitian mengacu pada kekonsistenan penelitian dalam mengumpulkan data, membentuk, dan menggunakan konsep-konsep ketika membuat interpretasi untuk menarik kesimpulan.

d. Konfirmabilitas

Hasil penelitian dapat dinuktikan kebenarannya dimana hasil penelitian sesuai dengan data yang dikumpulkan dan dicantumkan dalam hasil laporan lapangan.

e. Reliabilitas

Penelitian ini tidak dipengaruhi oleh situasi dan kondisi sosial maupun status dan kedudukan peneliti terhadap responden, serta hubungan peneliti dengan responden.

3. Hasil Penelitian

a. Gambaran Karakteristik Responden

Hasil tentang karakteristik responden dalam penelitian ini digunakan untuk mengetahui gambaran umum responden penelitian berdasarkan umur, jenis kelamin, pendidikan, dan masa kerja. Adapun karakteristik responden secara umum adalah sebagai berikut:

Tabel 4.1 Distribusi frekuensi karakteristik responden perawat di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta berdasarkan umur, jenis kelamin, pendidikan, dan masa kerja

Karakteristik Responden	n	%
Usia		
<20 tahun	0	0%
20-35 tahun	5	31%
>35 tahun	11	69%
Jumlah	16	100%
Jenis kelamin		
Laki-laki	3	19%
Perempuan	13	81%
Jumlah	16	100%
Pendidikan		
D3 Keperawatan	8	50%
S1 Keperawatan/Ners	8	50%
Jumlah	16	100%
Masa kerja		
< 1 tahun	0	0%
>1 tahun	16	100%
Jumlah	16	100%

Sumber: Data Primer

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa umur responden yang paling banyak adalah lebih dari 35 tahun dengan jumlah 11 orang (69%), jenis kelamin responden yang paling banyak adalah perempuan dengan

jumlah 13 orang (81%), jumlah responden yang berpendidikan D3 Keperawatan dan S1 Keperawatan / Ners sama banyak yaitu 8 orang (50%), dan masa kerja responden semuanya lebih dari 1 tahun dengan jumlah 16 orang (100%).

b. Hasil Wawancara (*Interview*)

Wawancara (*interview*) dilakukan oleh peneliti terhadap perawat yang bertugas di ruang rawat inap, untuk mengetahui lebih dalam tentang model praktek keperawatan profesional yang diterapkan di ruang rawat inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Berikut adalah hasil wawancaram (*interview*) dengan responden penelitian tersebut.

1) Metode pemberian asuhan keperawatan yang diterapkan di RS

PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Metode pemberian asuhan keperawatan yang diterapkan di ruang rawat inap dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 4.2 Matriks Hasil Wawancara dengan Perawat tentang Metode Pemberian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Responden	Open Coding	Axial Coding	Selective Coding
Kepala bidang keperawatan	“ Dulu sebelumnya menggunakan fungsional tapi sekarang sejak tahun dua ribuan sudah menggunakan tim dan primer. Itu terjadi karena bekerja sama dengan pihak kampus juga mbak...selama ini sudah berjalan tapi tidak pyur tim dan primer di ruangan itu. Ya...belum begitu berjalan deh mbak... Perawat juga sudah menjalankan tugasnya sesuai dengan jabatan yang di pegang kok. ”	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dulu menggunakan metode fungsional 2. Sekarang menggunakan tim dan primer 3. Kerja sama dengan pihak kampus 4. Tidak murni menggunakan tim dan primer 5. Perawat sudah menjalankan tugas sesuai dengan jabatannya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terjadi perubahan metode pemberian asuhan keperawatan dari fungsional menjadi modifikasi tim dan primer. 2. Metode tersebut tidak dijalankan secara murni 100%

Tabel 4.2 Matriks Hasil Wawancara dengan Perawat tentang Metode Pemberian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Responden	Open Coding	Axial Coding	Selective Coding
Kepala ruang 1	<p>“ Duh...kamu kok nanya soal MPKP seh, disini MPKPnya tuh terselubung gak jelas mbak... Dari dulu masih bertahan menggunakan campuran karena tidak bisa memenuhi jika ada shift koordinatornya. Dan dalam penerapannya tidak murni seratus persen. Dalam pembagian jadwal koordinator shifnya karena ditukar. Namun perawat sudah menjalankan tugasnya sesuai dengan jabatannya sekitar enam puluh sampai tujuh puluh lima persenlah mbak... ”</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. MPKPnya tidak jelas 2. Daridulu bertahan menggunakan campuran 3. Dalam penerapannya tidak murni 100% 4. Perawat sudah menjalankan tugasnya sesuai dengan jabatannya sekitar 60-75% 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Metode asuhan yang diterapkan adalah campuran 2. Metode tersebut belum diterapkan secara murni 100%.

Tabel 4.2 Matriks Hasil Wawancara dengan Perawat tentang Metode Pemberian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Responden	Open Coding	Axial Coding	Selective Coding
Kepala ruang 2	<p>“ Sejak tahun dua ribu tujuh menggunakan modifikasi tim primer. Tapi belum dilakukan sepenuhnya, padahal sudah termotifasi dari atasan dan sudah diingatkan kembali. Awalnya bagus tapi lama kelamaan mengalami penurunan. Mungkin butuh reward dan pembinaan kembali mbak...saya sebenarnya kesulitan untuk bener-bener menjalankannya, karena kondisi pesenan jadwal yang kadang-kadang mengganggu.”</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sejak tahun 2007 menggunakan modifikasi tim primer 2. Belum dilakukan sepenuhnya 3. Kondisi pesenan jadwal yang mengganggu 4. Butuh reward dan pembinaan kembali 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Metode Asuhan Keperawatan yang digunakan adalah modifikasi tim primer 2. Metode tersebut belum dilakukan secara murni 100%.

Tabel 4.2 Matriks Hasil Wawancara dengan Perawat tentang Metode Pemberian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Responden	Open Coding	Axial Coding	Selective Coding
Kepala ruang 3	“ Sudah lama itu menggunakan tim dan campuran, tapi kalo harus tim murni belum bisa mbak...karena tidak bisa bertanggung jawab sesuai tim karena kendala keterbatasan tenaga. Tapi perawat sudah menjalankan tugasnya sesuai dengan jabatannya. ”	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sudah lama menggunakan tim dan campuran 2. Perawat sudah menjalankan tugasnya sesuai dengan jabatannya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Terjadi perubahan dari fungsional menjadi tim 2. Perawat sudah menjalankan tugasnya sesuai dengan jabatannya 3. Perawat mengalami kesulitan dalam melakukan tanggung jawab pasien
Kepala ruang 4	“ MPKPnya disini gak jelas e mbak...sebelum dulu pake fungsional, tapi sekarang pake tim sejak tahun duaribuan.kesulitannya itu tanggung jawab pasien masih bareng-bareng.tapi kalo untuk tugasnya sudah dijalankan sesuai dengan jabatannya mbak... ”	<ol style="list-style-type: none"> 1. MPKPnya tidak jelas 2. Sebelumnya menggunakan fungsional 3. Sekarang menggunakan tim 4. Kesulitan tanggung jawab pasien masih bareng-bareng 5. Perawat sudah menjalankan tugasnya sesuai dengan jabatannya 	

Tabel 4.2 Matriks Hasil Wawancara dengan Perawat tentang Metode Pemberian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Responden	Open Coding	Axial Coding	Selective Coding
Kepala ruang 5	” Dari dulu dikembangkan, terus sampe sekarang sekitar lima tahunan yang lalu menggunakan kombinasi ato modifikasi. Penjadwalan perawat sudah tertulis, namun kendala permintaan jadwal yang membuat agak ribet mbak...Sudah dilaksanakan namun kita saling membantu, ya sekitar lima puluh persen lah sudah, tapi kalo murni belum bisa.”	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan kombinasi atau modifikasi 2. Sudah dilaksanakan sekitar 50% 3. Belum bisa melaksanakan secara murni 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Metode yang digunakan adalah modifikasi 2. Perawat belum bisa melaksanakan secara murni 100%

Berdasarkan kutipan hasil wawancara dengan responden penelitian di atas dapat diketahui bahwa metode pemberian asuhan keperawatan yang digunakan di ruang rawat inap terjadi perubahan dari fungsional menjadi modifikasi tim dan primer, namun belum berjalan 100% dikarenakan pesanan jadwal perawat yang mengganggu dan perawat mengalami kesulitan dalam melakukan tanggung jawab pasien, namun perawat sudah menjalankan tugas sesuai dengan jabatannya. Maka dari itu perawat perlu mendapatkan

reward dan pembinaan kembali tentang metode pemberian asuhan keperawatan.

2) Ketenagaan layanan keperawatan yang terdapat di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Ketenagaan layanan keperawatan yang terdapat di ruang rawat inap dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 4.3 Matriks Hasil Wawancara dengan Perawat tentang Ketenagaan Layanan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Responden	Open Coding	Axial Coding	Selective Coding
Kepala bidang keperawatan	“ Disini perhitungannya menggunakan yang dari depkes mengikuti aturan dari rumah sakit yang sudah di tentukan di bagian ketenagaan rumah sakit. Menurut saya perhitungan yang dari depkes lebih rasional mbak... Sebenarnya jumlah tenaga yang ada seh belum mencukupi, tapi sudah mendekati. Disini perawatnya ada yang sarjana samers ada juga D3, D1, sebagian lagi pramurukti. ”	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perhitungan tenaga keperawatan sesuai aturan rumah sakit 2. RS menggunakan depkes 3. Jumlah perawat masih kurang 4. Jumlah perawat perlu ditambah 5. Jenis tenaga keperawatan yang ada ners, D3,D1, dan pramurukti 	<ol style="list-style-type: none"> 1. SDM keperawatan masih kurang 2. Jenis tenaga keperawatan sudah sesuai

Tabel 4.3 Matriks Hasil Wawancara dengan Perawat tentang Ketenagaan Layanan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Responden	Open Coding	Axial Coding	Selective Coding
Kepala ruang 1	<p>“ Perhitungannya dari tenaga kerja yang dimodifikasi. Sebenarnya jumlahnya kurang, tapi bisa dioptimalkan. Kebanyakan D3 mbak, tapi ada juga yang sarjana, D1 ama SPK. ”</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perhitungannya dari tenaga kerja yang dimodifikasi 2. Jumlahnya kurang tetapi bisa dioptimalkan 3. Perawat dengan lulusan SPK, D1, D3, dan S1 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perhitungan kebutuhan SDM keperawatan menggunakan depkes 2. SDM keperawatan masih kurang 3. Jenis tenaga keperawatan sudah sesuai
Kepala ruang 2	<p>“ Sekarang ini baru mencari referensi, tapi sementara pake yang dari depkes. Sebenarnya belum cukup masih kurang perawatnya ini. Pendidikannya disini ada yang S1 ners, D3 dan non medis. ”</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Baru mencari referensi sementara menggunakan depkes 2. Belum cukup jumlahnya 3. Perawat dengan lulusan S1 Ners, D3, dan non medis 	

Tabel 4.3 Matriks Hasil Wawancara dengan Perawat tentang Ketenagaan Layanan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Responden	Open Coding	Axial Coding	Selective Coding
Kepala ruang 3	“ Sejak tahun 2007 menggunakan depkes, tapi ini mau di workshopkan lagi sama tim keperawatan yang paling mendekati yang mana gitu mbak... Jumlah perawatnya kurang mbak, masih mepet ini... Sarjana ners, D3, non medis. ”	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sejak tahun 2007 menggunakan depkes 2. Jumlah perawat yang kurang 3. Perawat dengan lulusan S1 Ners, D3, dan non medis 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perhitungan SDM keperawatan menggunakan depkes 2. SDM keperawatan masih kurang 3. Perlu penambahan SDM keperawatan 4. Jenis tenaga keperawatan sudah sesuai
Kepala ruang 4	“ Depkes... Kalo di terapkan bener-bener tim masih kurang jumlahnya. Kayaknya perlu ditambah lagi deh mbak... Sarjana ners, D3, SPK, SMA. ”	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan depkes 2. Masih kurang jumlahnya jika diterapkan untuk tim 3. Perlu penambahan lagi 4. Perawat dengan lulusan S1 Ners, D3, SPK, dan SMA 	

Tabel 4.3 Matriks Hasil Wawancara dengan Perawat tentang Ketenagaan Layanan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Responden	Open Coding	Axial Coding	Selective Coding
Kepala ruang 5	“ Mengikuti dari atas pake depkes mbak...tapi kayaknya perlu dievaluasi lagi deh, soalnya sebenarnya cukup tapi kadang kalo ada yang cuti ato ada kegiatan diluar keperawatan gitu masih kurang mbak... Perawatnya ada yang sarjana plus ners trus ada yang D3 juga. ”	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menggunakan depkes 2. Perlu dievaluasi kembali 3. Perawat masih kurang jika ada yang cuti dan ada kegiatan diluar 4. Perawat dengan lulusan S1 Ners dan D3 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perhitungan SDM keperawatan menggunakan depkes 2. SDM keperawatan masih kurang 3. Jenis tenaga keperawatan sudah sesuai

Berdasarkan kutipan hasil wawancara dengan responden penelitian di atas dapat diketahui bahwa metode perhitungan tenaga keperawatan yang digunakan adalah metode dari Departemen Kesehatan, namun dengan perhitungan tersebut kebutuhan tenaga keperawatan diruangan belum cukup dan masih kurang, maka dari itu perlu adanya penambahan jumlah tenaga keperawatan di setiap ruangan. Jenis tenaga keperawatan yang terdapat di ruangan sudah sesuai yaitu ners, sarjana keperawatan, D3 keperawatan, SPK, dan SMA.

3) Aspek penelitian yang dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Aspek penelitian yang dilakukan di ruang rawat inap dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 4.4 Matriks Hasil Wawancara dengan Perawat tentang Aspek Penelitian di Ruang Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Responden	Open Coding	Axial Coding	Selective Coding
Kepala bidang keperawatan	“ Jarang meneliti, tapi sering dievaluasi ketenagaan keperawatannya kemudian diterapkan di ruangan, tapi sulit diterapkannya. Sampe sekarang belum dievaluasi secara detail. ”	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jarang dilakukan penelitian 2. Sering dilakukan evaluasi 3. Hasil evaluasi sulit diterapkan diruangan 4. Belum dilakukan evaluasi secara detail 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi dilakukan dalam lingkup internal 2. Evaluasi dimanfaatkan untuk kepuasan pasien dan fasilitas rumah sakit
Kepala ruang 1	“ Penelitiannya berupa diskriptif yang bekerja sama dengan bagian humas dan di kumpulkan per bulan. Kemudian di manfaatkan untuk kepuasan pasien dan fasilitas rumah sakit. Kemudian dievaluasi secara internal. ”	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penelitian diskriptif 2. Penelitian dilakukan perbulan 3. Penelitian tersebut dimanfaatkan untuk kepuasan pasien dan fasilitas rumah sakit 4. Dilakukan evaluasi secara internal 	

Tabel 4.4 Matriks Hasil Wawancara dengan Perawat tentang Aspek Penelitian di Ruang Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Responden	Open Coding	Axial Coding	Selective Coding
Kepala ruang 2	“ Penelitian yang pernah dilakukan sejauh ini tentang a traumatik care yang berupa diskriptif kualitatif, yang kemudian diterapkan dan mendapatkan hasil yang bagus. ”	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penelitian yang pernah dilakukan berupa diskriptif kualitatif 2. Hasil dari penelitian kemudian diterapkan dan mendapatkan hasil yang bagus 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi dilakukan secara observasi 2. Evaluasi tidak dilakukan disemua ruangan 3. Evaluasi baru berjalan beberapa bulan
Kepala ruang 3	“ Dilakukan observasi per bulan tapi baru berjalan dua tiga bulanan. Hasilnya kemudian di laporkan ke bidang keperawatan. untuk evaluasinya sementara belum di sharekan. ”	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi dilakukan perbulan 2. Observasi baru berjalan dua sampai tiga bulan 3. Hasil penelitian dilaporkan ke bidang keperawatan 4. Evaluasinya belum diberitahukan 	
Kepala ruang 4	“ Belom pernah. ”	Belum pernah dilakukan penelitian	
Kepala ruang 5	“ Hanya beberapa ruangan yang pernah dilakukan penelitian. ”	Penelitian hanya dilakukan di beberapa ruangan	

Berdasarkan kutipan hasil wawancara dengan responden penelitian di atas dapat diketahui bahwa evaluasi dilakukan secara observasi dalam lingkup internal. Observasi tersebut baru berjalan beberapa bulan dan tidak dilakukan di semua ruangan. Hasil dari evaluasi tersebut kemudian dimanfaatkan untuk kepuasan pasien dan fasilitas rumah sakit.

c. Hasil Observasi

Observasi dilakukan oleh peneliti terhadap perawat pelaksana yang bertugas dan pasien yang menjadi tanggung jawab perawat pelaksana yang berada di ruang rawat inap. Observasi tersebut dilakukan untuk mengetahui tentang model praktek keperawatan profesional yang dilakukan di ruang rawat inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Berikut adalah hasil observasi yang dilakukan terhadap responden penelitian tersebut.

1) Praktek Keperawatan yang dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Praktek keperawatan yang dilakukan di ruang rawat inap dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 4.5 Distribusi Proporsi Kemampuan Perawat dalam Memberikan Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Kriteria Penilaian	Shif Perawat					
	Pagi		Siang		Malam	
	n	%	n	%	n	%
Baik	5	50%	1	10%	8	80%
Cukup	2	20%	9	90%	2	20%
Kurang	3	30%	0	0%	0	0%
Jumlah	10	100%	10	100%	10	100%

Sumber: Data Primer

Tabel 4.5 menunjukkan bahwa kemampuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yaitu kategori baik lebih besar dibandingkan dengan kategori cukup, yaitu kategori baik 50% pada shif pagi dan 80% pada shif malam, sedangkan kategori cukup hanya 90% pada shif siang.

2) Dokumentasi Keperawatan yang dilakukan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Dokumentasi keperawatan yang dilakukan di ruang rawat inap dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 4.6 Distribusi Proporsi Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Kriteria Penilaian	Shif Perawat					
	Pagi		Siang		Malam	
	n	%	n	%	n	%
Baik	0	0%	0	0%	19	63,3%
Cukup	2	6,7%	1	3,3%	11	36,7%
Kurang	28	93,3%	29	96,7%	0	0%
Jumlah	30	100%	30	100%	30	100%

Sumber: Data Primer

Tabel 4.6 menunjukkan bahwa kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan yaitu kategori kurang lebih besar dibandingkan dengan kategorin baik, yaitu kategori kurang 93,3% pada shif pagi dan 96,7% pada shif siang, sedangkan kategri baik hanya 63,3% pada shif malam.

3) Insiden Keselamatan Pasien yang Terjadi di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Insiden keselamatan pasien yang terjadi di ruang rawat inap dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 4.7 Distribusi Proporsi tentang Insiden Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Insiden Keselamatan Pasien	Shif Perawat					
	Pagi		Siang		Malam	
	n	%	n	%	n	%
KTD	1	3,3%	0	0%	0	0%
KNC	2	6,7%	0	0%	0	0%
KTC	5	16,7%	0	0%	0	0%
KPC	15	50%	21	70%	4	13,3%
Tidak terjadi insiden	7	23,3%	9	30%	26	86,7%
Jumlah	30	100%	30	100%	30	100%

Sumber: Data Primer

Tabel 4.7 menunjukkan bahwa insiden keselamatan pasien yang terjadi yaitu sebanyak 23 insiden pada shift pagi, 21 insiden pada shift siang dan 4 insiden pada shift malam.

Hasil insiden keselamatan pasien diatas didukung dengan hasil wawancara yang dilakukan kepada pasien atau keluarga pasien di 5 ruang rawat inap rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta tentang insiden KTD yang terjadi pada pasien yakni:

“ Kemarin istri saya sempat ke WC dewe mbak, lha malah tibo kepleset... ”

Pernyataan serupa juga diungkapkan oleh keluarga pasien mengenai insiden KPC yang terjadi pada pasien yakni:

“ Anak saya kalau diasap pasti nangis terus mbak... Akhirnya gak pernah dihabisin asapnya. ”

Pernyataan serupa juga diungkapkan oleh pasien mengenai insiden KPC yang terjadi pada pasien yakni:

“ Saya kalau ke kamar mandi sendiriran mbak, ya kerasa pusing seh... tapi gak papa bisa jalan kokwalaupun cuman mrambat pegangan tembok sampe WC. “

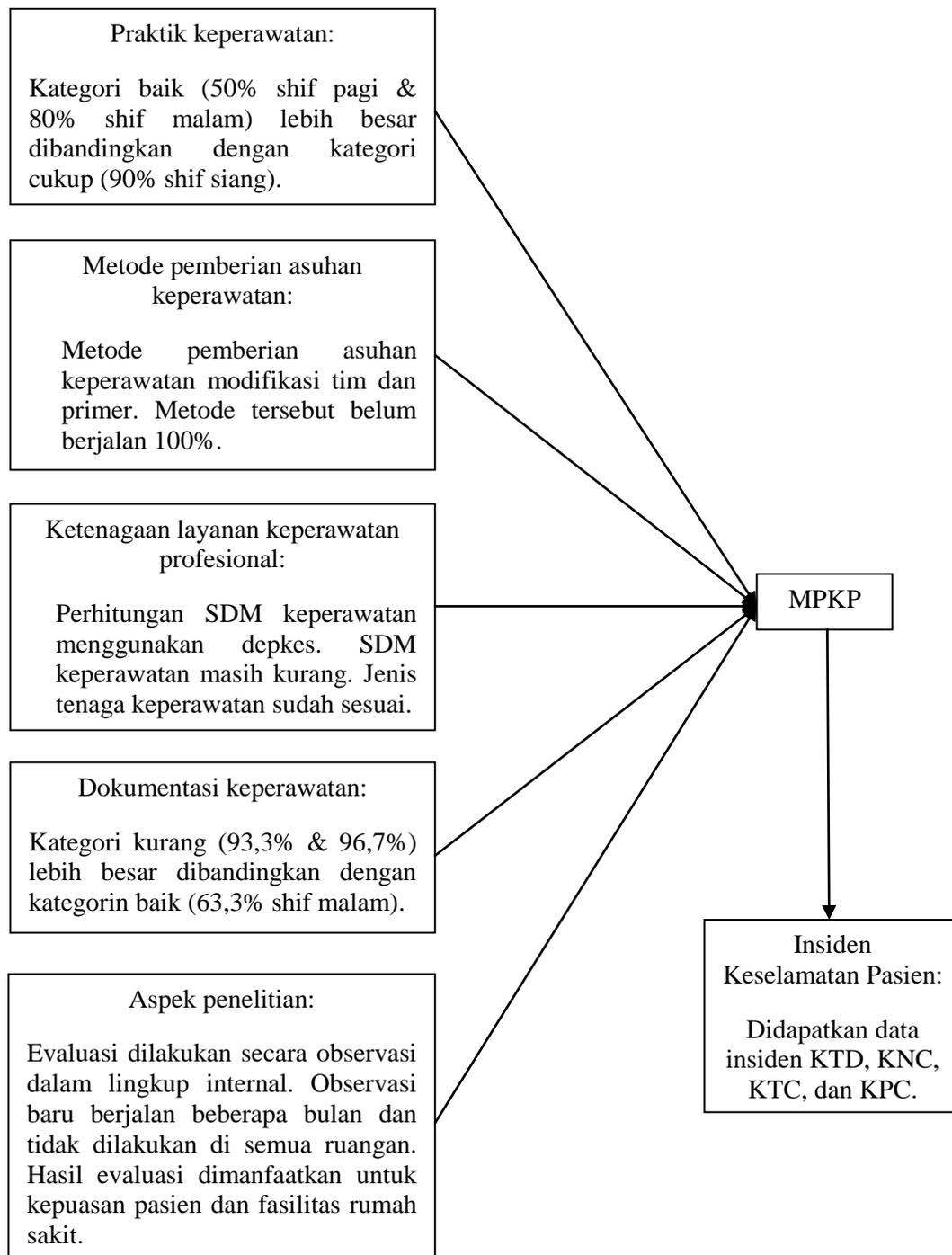
Pernyataan serupa juga diungkapkan oleh pasien mengenai insiden KPC yang terjadi pada pasien yakni:

” Oh....ini sakit mbak tangan saya yang di infus, sudah hampir 5 hari apa ya gak di ganti. ”

Pernyataan serupa juga diungkapkan oleh keluarga pasien mengenai insiden KPC yang terjadi pada pasien yakni:

“ Simbah saya itu mbak kalau dipakein selang di hidung ki dicabut terus Tapi gak tak bilangin sama perawatnya. Yowes eben, wong dikandani yo ngeyel. “

d. Skema Hasil Penelitian tentang MPKP dan Insiden Keselamatan Pasien di Ruang Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta



Gambar 4.1 Skema Hasil Penelitian

B. Pembahasan

Model Praktik Keperawatan Profesional (MPKP) merupakan suatu sistem dalam pemberian asuhan keperawatan dengan melalui suatu penataan lingkungan tempat asuhan keperawatan tersebut diberikan (Sitorus, 2006). Pelaksanaan MPKP dilakukan oleh perawat yang dilihat berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan dan masa kerja. Berdasarkan hasil penelitian bahwa umur responden yang paling banyak lebih dari 35 tahun. Hasil analisis tersebut didasarkan pada pernyataan Huclok ,cit Wawan & Dewi (2011) semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Berdasarkan hasil penelitian bahwa jumlah responden yang paling banyak adalah perempuan. Menurut Sunar (2012) gender memiliki koefisien yang tidak signifikan secara statistik terhadap produktivitas karyawan.

Berdasarkan hasil penelitian bahwa jumlah responden yang berpendidikan D3 Keperawatan dan S1 Keperawatan / Ners sama banyak. Hasil ini dapat diartikan bahwa tingkat pendidikan responden relevan terhadap profesi yang dijalani. Proses pendidikan yang dijalani oleh responden juga mendukung tercapainya pelayanan perawat tentang MPKP. Sesuai dengan Notoatmodjo (2003) pendidikan dapat membawa wawasan atau pengetahuan seseorang. Secara umum seseorang yang berpendidikan lebih tinggi akan mempunyai pengetahuan yang lebih luas dibandingkan dengan seseorang yang tingkat pengetahuannya lebih rendah. Berdasarkan hasil penelitian bahwa semua responden memiliki

masa kerja lebih dari 1 tahun. Hal ini dapat diartikan bahwa perawat telah mempunyai pengalaman kerja cukup lama. Pengalaman yang diperoleh selama melaksanakan tugas secara langsung akan menambah wawasan dan pengetahuan perawat tentang MPKP. Semakin banyak pengalaman maka semakin banyak wawasan dan pengetahuan yang dimiliki. Didukung dengan pendapat Notoatmodjo (2007) disebutkan lingkungan pekerjaan menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung.

Tingkatan dan spesifikasi dari MPKP ditinjau dari praktek keperawatan, metode pemberian asuhan keperawatan, ketenagaan, dokumentasi, dan aspek penelitian (Sitorus, 2006). Pada aspek praktek keperawatan menunjukkan bahwa kemampuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan sebagian besar menunjukkan bahwa kategori baik lebih besar dibandingkan dengan kategori cukup. Hal ini sesuai dengan pernyataan Wardani (2010) bahwa prosentase tindakan pada bangsal MPKP masuk dalam kriteria baik. Pernyataan tersebut memperjelas hasil penelitian ini karena praktek keperawatan yang terjadi di bangsal MPKP RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sudah baik.

Pada aspek metode pemberian asuhan keperawatan ditunjukkan pada tabel 4.2 tentang hasil wawancara kepada kepala bidang dan 5 kepala ruang di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta menunjukkan bahwa metode pemberian asuhan keperawatan yang digunakan di ruang rawat inap terjadi perubahan dari fungsional menjadi modifikasi tim dan primer,

namun belum berjalan 100% dikarenakan pesanan jadwal perawat yang mengganggu dan perawat mengalami kesulitan dalam melakukan tanggung jawab pasien, namun perawat sudah menjalankan tugas sesuai dengan jabatannya. Maka dari itu perawat perlu mendapatkan reward dan pembinaan kembali tentang metode pemberian asuhan keperawatan. Hal ini sesuai dengan pernyataan Nursalam (2011) Model MAKP Tim dan Primer digunakan secara kombinasi dari kedua sistem. MAKP tim menggunakan tim yang terdiri atas anggota yang berbeda-beda dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap sekelompok pasien. Perawat ruangan dibagi menjadi 2-3 tim/grup yang terdiri atas tenaga profesional, teknikal, dan pembantu dalam satu kelompok kecil yang saling membantu. Kelemahan dari MAKP tim adalah komunikasi antar anggota tim terbentuk terutama dalam bentuk konferensi tim, yang biasanya membutuhkan waktu, yang sulit dilaksanakan pada waktu-waktu sibuk. Suarli & Bahtiar (2009) keperawatan primer ialah metode penugasan di mana satu orang perawat bertanggung jawab penuh selama 24 jam terhadap asuhan keperawatan pasien. Nursalam (2011) kelemahannya adalah hanya dapat dilakukan oleh perawat yang memiliki pengalaman dan pengetahuan yang memadai dengan kriteria asertif, *self direction*, kemampuan mengambil keputusan yang tepat, menguasai keperawatan klinis, penuh pertimbangan, serta mampu berkolaborasi dengan berbagai disiplin ilmu. Menurut Ratna S. Sudarso (2000) penetapan sistem model MAKP ini didasarkan pada beberapa alasan, yaitu: (1) keperawatan primer

tidak digunakan secara murni, karena perawat primer harus mempunyai latar belakang pendidikan S-1 Keperawatan atau setara. (2) Keperawatan tim tidak digunakan secara murni, karena tanggung jawab asuhan keperawatan pasien terfragmentasi pada berbagai tim. (3) Melalui kombinasi kedua model tersebut diharapkan komunitas asuhan keperawatan dan akuntabilitas asuhan keperawatan terdapat pada perawat primer, karena saat ini perawat yang ada di RS sebagian besar adalah lulusan D-3, bimbingan tentang asuhan keperawatan diberikan oleh perawat primer/ketua tim. Hal ini sesuai dengan pernyataan Swansburg cit. Sahputra (2014) bahwa kelemahan keperawatan tim adalah dapat menimbulkan *fragmentasi* keperawatan bila konsepnya tidak diimplementasikan dengan total, keterbatasan tenaga membuat kebutuhan pasien tidak terpenuhi dan keperawatan tim sulit untuk menentukan waktu untuk konferensi tim. Monica (1998) kepala perawat harus berupaya mengenali semua kebutuhan belajar dari semua anak buahnya. Kebutuhan belajar meliputi dua area yaitu kebutuhan-kebutuhan yang esensial untuk layanan keperawatan yang individual dan berkualitas (area tanggung jawab klinikal perawat) dan kebutuhan-kebutuhan yang harus dipenuhi untuk pengembangan staf (kerja tim). Sistem saling mendidik diantara rekan kerja (dimana dua manajer dengan kebutuhan staf yang sama, saling membagi tanggung jawab pendidikan dan sebagainya). Suarli & Bahtiar (2009) Hakekat ketenagakerjaan pada intinya adalah pengaturan, mobilisasi, potensi, proses motivasi dan pengembangan sumber daya

manusia dalam memenuhi kepuasan melalui karyanya. Salah satu hal yang harus diperhatikan dalam ketenagakerjaan adalah penghargaan yang diberikan kepada pegawai/karyawan. Nursalam (2007) manajer perawat harus dapat menentukan pelatihan dasar untuk pelatihan karyawan yang memerlukan bimbingan khusus.

Pada aspek ketenagaan layanan keperawatan ditunjukkan pada tabel 4.3 tentang hasil wawancara kepada kepala bidang dan 5 kepala ruang di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta menunjukkan bahwa ketenagaan layanan keperawatan yang terdapat di ruang rawat inap yaitu metode perhitungan tenaga keperawatan yang digunakan adalah metode dari Departemen Kesehatan, namun dengan perhitungan tersebut kebutuhan tenaga keperawatan diruangan belum cukup dan masih kurang, maka dari itu perlu adanya penambahan jumlah tenaga keperawatan di setiap ruangan. Jenis tenaga keperawatan yang terdapat di ruangan sudah sesuai yaitu ners, sarjana keperawatan, D3 keperawatan, SPK, dan SMA. Pada saat ini, di Indonesia terdapat tiga jenis tenaga yang melakukan praktik keperawatan, yaitu lulusan sekolah perawat kesehatan (SPK), lulusan DIII keperawatan, dan sarjana keperawatan/Ners. Program DIII keperawatan dan program pendidikan sarjana keperawatan/Ners merupakan bagian dari pendidikan tinggi keperawatan yang menghasilkan perawat profesional, tetapi untuk lulusan program pendidikan DIII keperawatan disebut sebagai perawat profesional pemula. Pada suatu layanan profesional, jumlah tenaga yang diperlukan bergantung pada

jumlah klien dan derajat ketergantungan klien terhadap keperawatan (Sitorus, 2006 cit. Kelompok Kerja Keperawatan, KDIK, 1992). Hal ini sesuai dengan pernyataan Asmuji (2012) bahwa menurut Depkes (2002), kebutuhan tenaga keperawatan di rumah sakit berbeda di ruangan antara lain: rawat inap, gawat darurat, *critical care*, kamar operasi dan rawat jalan. Perhitungan kebutuhan tenaga keperawatan di ruang rawat inap berdasarkan klasifikasi pasien dan berdasarkan tingkat ketergantungan pasien. Cara perhitungan didasarkan atas tingkat ketergantungan pasien berdasarkan jenis kasus, rata-rata pasien per hari, jam perawatan yang diperlukan/hari/pasien, jam perawatan yang diperlukan/ruangan/hari dan jam efektif seriap perawat 7 jam/hari. Perhitungan dengan rumus tersebut mempunyai kelebihan dan kekurangan. Hasil perhitungan tersebut dapat dipengaruhi oleh banyak hal, salah satunya adalah produktivitas. Untuk itu, guna menghasilkan data dan hasil yang lebih akurat manajer keperawatan harus melakukan perhitungan yang lebih teliti terkait dengan klasifikasi pasien dan jumlah jam perawatan. Pengklasifikasian yang ceroboh dan perhitungan jumlah jam keperawatan yang tidak akurat akan menghasilkan nilai yang tidak dapat menjawab persoalan kebutuhan tenaga keperawatan. Gillies (1996) tingkat ketidakhadiran yang tinggi merugikan dalam hal pengeluaran unit kerja dan moral pegawai. Pertama, pekerja yang tidak hadir harus diganti oleh pekerja lembur yang dibayar dengan tarif satu setengah kali waktu, hingga gaji dua dan satu setengah dikeluarkan untuk mengisi satu posisi. Kedua, penggantian pekerja sering

kali tidak bisa dengan tugas yang dilakukan, sehingga menghasilkan kesalahan yang tidak efisien, pekerja lainnya kehilangan semangat, dan tingkat ketidakhadiran meningkat diantara mereka.

Pada aspek dokumentasi menunjukkan bahwa kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan sebagian besar menunjukkan bahwa kategori kurang lebih besar dibandingkan dengan kategorin baik. Hal ini sesuai dengan pernyataan Wardani (2010) bahwa hasil pendokumentasian keperawatan di bangsal inisiasi MPKP dan non MPKP pada aspek pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan catatan asuhan keperawatan tidak terdapat perbedaan. Pernyataan tersebut memperjelas hasil penelitian ini karena dokumentasi asuhan keperawatan yang terdapat di bangsal MPKP RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta masih kurang, karena terdapat kesamaan antara bangsal MPKP dan bangsal non MPKP, jadi jika bangsal MPKP dokumentasi asuhan keperawatannya kurang maka bangsal non MPKP pun juga kurang. Utama (2015) alur pelayanan rekam medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta masih menggunakan sistem manual/konvensional. Pratiwi (2014) proses dokumentasi asuhan keperawatan di bangsal Arofah tidak sesuai dengan standar. Hal ini dipengaruhi oleh diagnosa, perencanaan, dan implementasi asuhan keperawatan yang tidak dilakukan. Dimana diagnosa jarang diisi, implementasi keperawatan tidak dilakukan, dan perencanaan hanya sesuai order dokter. Selain itu, adanya hambatan individu, dimana perawat kurang pengetahuan, beban kerja dan kesibukan. Erryandari (2015) rumah

sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta sudah menerapkan konsep peningkatan mutu rekam medis dengan adanya panitia rekam medis, tapi dalam pelaksanaannya panitia rekam medis belum bekerja sesuai dengan topuksinya. Kategori kualitas kepemimpinannya sedang. Ridho (2013) faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan dalam pengisian rekam medis adalah pengisian rekam medis membutuhkan waktu yang lama dikarenakan banyaknya lembaran yang harus diisi, belum terbiasa dalam mengisi rekam medis, jumlah pasien perhari dapat mempengaruhi kepatuhan dalam pengisian rekam medis, karena semakin banyak jumlah pasien perhari maka berkas rekam medis yang harus diisi akan semakin banyak.

Pada aspek penelitian keperawatan ditunjukkan pada tabel 4.4 tentang hasil wawancara kepada kepala bidang dan 5 kepala ruang di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta menunjukkan bahwa evaluasi dilakukan secara observasi dalam lingkup internal. Observasi tersebut baru berjalan beberapa bulan dan tidak dilakukan di semua ruangan. Hasil dari evaluasi tersebut kemudian dimanfaatkan untuk kepuasan pasien dan fasilitas rumah sakit. Hal ini sesuai dengan pernyataan Monica (1998) semua pendidikan harus mencerminkan pengetahuan dan penerapan prinsip belajar yang telah dikemukakan oleh penelitian mempunyai kemungkinan yang besar untuk terjadinya proses belajar sebagai produk pendidikan. Nursalam (2007) melalui evaluasi reguler dari setiap pelaksanaan kerja pegawai, manajer harus dapat mencapai beberapa tujuan. Hal ini berguna

untuk membantu kepuasan perawat dan untuk memperbaiki pelaksanaan kerja mereka.

MPKP pada RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta masuk ke dalam tingkatan MPKP I. Karena dalam aspek praktik keperawatan mampu memberikan asuhan keperawatan profesional tingkat I. Hal tersebut didukung dengan hasil penelitian bahwa praktik keperawatan yang dilakukan oleh perawat dalam kemampuannya memberikan asuhan keperawatan menunjukkan kategori baik lebih besar dibandingkan dengan kategori cukup. Pada aspek metode pemberian asuhan keperawatan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sudah menggunakan modifikasi keperawatan primer. Hal tersebut didukung oleh hasil penelitian bahwa metode pemberian asuhan keperawatan yang digunakan adalah modifikasi tim dan primer, namun belum berjalan 100%. Pada aspek ketenagaan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta belum memenuhi standar yang ada, karena dari hasil penelitian menunjukkan bahwa kebutuhan tenaga keperawatan masih kurang. Jenis tenaga keperawatan yang terdapat di ruangan jika dibandingkan dengan teori yang ada belum sesuai, karena belum terdapat Ners Spesialis. Namun jika dibandingkan dengan kebijakan RS sudah sesuai, karena persyaratan jabatan manajer keperawatan adalah S2 Keperawatan / Manajemen dengan pengalaman kerja 2 tahun, Sarjana Keperawatan dengan pengalaman kerja minimal 3 tahun, D III Keperawatan dengan pengalaman kerja minimal 5 tahun, sedang atau pernah menduduki jabatan Asisten Manajer / supervisor dalam

keperawatan. Saat ini manajer keperawatan RS PKU Yogyakarta dengan latar belakang pendidikan Sarjana Keperawatan dengan minimal kerja 3 tahun. Pada aspek dokumentasi keperawatan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sudah sesuai dengan standar renpra, namun dalam kelengkapan dokumentasi keperawatan menunjukkan bahwa kategori kurang lebih besar dibandingkan dengan kategori cukup. Pada aspek penelitian RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta sudah sesuai dengan standar karena sudah dilakukan penelitian secara diskriptif dan sudah dilakukan pemanfaatan hasil penelitian tersebut, namun penelitian tidak dilakukan disemua ruangan dan baru berjalan beberapa bulan.

Mutu asuhan kesehatan sebuah Rumah Sakit akan selalu terkait dengan struktur, proses, dan outcome sistem pelayanan RS tersebut. Struktural adalah semua masukan (input) untuk sistem pelayanan sebuah RS yang meliputi M1 (tenaga), M2 (sarana prasarana), M3 (Metode Asuhan Keperawatan), M4 (dana), M5 (Marketing), dan lainnya. Ada sebuah asumsi yang mengatakan, bahwa jika struktur sistem RS tertata dengan baik, akan lebih menjamin mutu pelayanan. Baik tidaknya struktur RS diukur dari tingkat kewajaran, kuantitas, biaya (efisiensi), dan mutu dari masing-masing komponen struktur. Proses adalah semua kegiatan dokter, perawat, dan tenaga profesi lain yang mengadakan interaksi secara profesional dengan pasien. *Outcome* adalah hasil akhir kegiatan dokter, perawat, dan tenaga profesi lain terhadap pasien. Terdapat lima indikator mutu, yaitu: indikator mutu yang mengacu pada aspek pelayanan,

indikator mutu pelayanan untuk mengukur tingkat efisiensi RS, indikator mutu yang berkaitan dengan tingkat kepuasan pasien, indikator cakupan pelayanan sebuah RS, dan indikator mutu yang mengacu pada keselamatan pasien.

Indikator mutu yang mengacu pada keselamatan pasien di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta menunjukkan bahwa insiden keselamatan pasien yang terjadi adalah KTD, KNC, KTC, dan KPC. Insiden keselamatan pasien yang terjadi di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta tersebut diperkuat dengan adanya hasil wawancara kepada pasien atau keluarga pasien di ruang rawan inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Ekawati (2014) terdapat data insiden KNC setelah dilakukan pelatihan *patient safety* & komunikasi SBAR di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II. Penyebab tersering KNC terjadi di bagian farmasi pada saat melakukan tugas screening penggunaan obat dan perawat yang sering menyebabkan KNC adalah perawat junior dengan masa kerja yang belum lama. Suparti (2013) terdapat data insiden dengan jenis KTD, KPC, KNC dan KTC. Aziz (2015) ada peningkatan jumlah laporan insiden dan ada pergeseran jenis laporan insiden yang dulunya lebih banyak KTD bergeser mejadi yang lebih banyak adalah KPC. Sumarsi (2011) mencegah pasien jatuh, masuk kriteria kurang baik, dikarenakan sarana pendukung seperti tanda segitiga merah untuk pasien rawan jatuh, tanda segitiga kuning jika pasien potensial jatuh dan segitiga hijau jika pasien kooperatif, belum tersedia. Nurasis K (2014) beban kerja dan stres kerja perawat

berpengaruh terhadap *patient safety attitudes* di ruang rawat inap RSUD Panembahan Senopati Bantul secara bersama-sama/simultan. Wibowo (2012) gaya kepemimpinan dan kerja tim karyawan secara bersama-sama berpengaruh signifikan terhadap budaya *patient safety* di RS PKU Muhammadiyah Delanggu. Lestari (2015) pelaksanaan program *patient safety* khususnya identifikasi pasien pada kondisi awal di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta belum dilakukan dengan baik. Budianti (2013) pengetahuan perawat tentang dentifikasi pasien secara benar pada pelaksanaan *patient safety* di ruang rawat inap RSUD Kertosono Kabupaten Nganjuk sebagian besar masih kurang karena setiap pasien yang dirawat belum menggunakan gelang identitas. Arumaningrum (2014) tingkat pengetahuan perawat tentang *patient safety* di unit anak RS PKU Muhammadiyah Bantul, RS PKU Muhmmadiyah Yogyakarta Unit I, dan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II adalah perawat memiliki tingkat pengetahuan baik lebih besar dibandingkan dengan perawat yang memiliki tingkat pengetahuan cukup. Ashar (2012) pengetahuan dan sikap perawat tentang *patient safety* secara bersama-sama mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap penatalaksanaan program *patient safety* di ruang rawat inap RS PKU Muhammadiyah Bantul.