

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Hasil penilaian pengisian dokumentasi asuhan keperawatan dengan menggunakan instrumen A dari Dep.Kes. RI tahun 1997.

Penilaian ini dilaksanakan di Ruang Rawat Melati, Teratai dan Flamboyan RSUD Panembahan Senopati Bantul selama 2 minggu, dari tanggal 1 sampai 13 Juni 2009 dengan masing-masing ruang rawat sebanyak 20 sampel rekam medis yaitu rekam medis pasien yang telah pulang dan dirawat minimal 3 hari di ruang rawat tersebut serta berkas rekam medis belum dikembalikan kebagian rekam medis.

Gambaran Ruang Rawat Inap Melati, Teratai dan Flamboyan RSUD Panembahan Senopati Bantul dapat diperlihatkan pada tabel 3. berikut:

Tabel 3 Gambaran Ruang Rawat Inap Melati, Teratai dan Flamboyan RSUD Panembahan Senopati Bantul tahun 2008

Ruang rawat	Σ TT	Σ perawat	BOR
Melati	24	15	85,37 %
Teratai	25	20	125,18 %
Flamboyan	22	15	94,03 %
Jumlah	71	50	Rata-rata =101,526 %

Sumber : Laporan tahun 2008 RSUD Panembahan Senopati Bantul

Berdasarkan hasil penelitian dengan menggunakan instrumen A Dep.Kes. RI 1997 didapatkan hasil sebagaimana terlihat pada tabel berikut :

Tabel 4 Gambaran pengisian pendokumentasian asuhan keperawatan di Ruang Melati, Teratai dan Flamboyan RSUD Panembahan Senopati Bantul tahun 2009.

Aspek Yang Dinilai	Melati		Flamboyan		Teratai	
	Rata-rata		Rata-rata		Rata-rata	
	Σ	%	Σ	%	Σ	%
Pengkajian	56	70	50	62,5	48	60
Dx Keperawatan	41	68,3	41	68,3	40	66,7
Perencanaan	78	65	78	65	72	60
Tindakan Keperawatan	47	58,8	43	53,8	39	48,8
Evaluasi Keperawatan	28	70	28	70	26	65
Catatan Keperawatan	73	73	72	72	67	67
Rata-Rata (%)	53,8	67,5	52	65,3	48,7	61,3
Kategori	Tidak lengkap		Tidak lengkap		Tidak lengkap	

Tabel 4. menunjukkan bahwa secara umum pelaksanaan pengisian pendokumentasian asuhan keperawatan termasuk tidak lengkap. Pendokumentasian asuhan keperawatan dipengaruhi oleh berbagai faktor. Secara garis besar pendokumentasian asuhan keperawatan dipengaruhi oleh unsur masukan, unsur lingkungan dan unsur proses sebagaimana diungkapkan oleh Azwar (1994).

2. Hasil diskusi kelompok terarah (FGD). FGD dilaksanakan pada hari Sabtu, tanggal 20 Juni 2009, pukul 11.30 Wib sampai dengan 12.30 Wib, di Ruang Aula B RSUD Panembahan Senopati Bantul

dengan 9 orang partisipan dari ketiga ruang rawat inap yang menjadi subyek penelitian.

- a. Karakteristik partisipan dalam *FGD* sebagaimana terdapat dalam tabel 5 berikut :

Tabel 5 Karakteristik partisipan dalam *FGD*

Karakteristik Partisipan	Frekuensi	Prosentase
Jenis Kelamin :		
a. Laki-laki	1	11 %
b. Perempuan	8	89 %
Umur :		
a. 20-30 tahun	2	22 %
b. 31-40 tahun	7	78 %
c. 41-50 tahun	-	-
Pendidikan :		
a. DIII Keperawatan	8	89 %
b. DIV Keperawatan	1	11 %
Masa Kerja		
a. 2-6 tahun	3	34 %
b. 7-11 tahun	2	22 %
c. 12-16 tahun	4	44 %
Pelatihan SAK :		
a. Pernah	6	67 %
b. Belum pernah	3	33 %

- b. Hasil *FGD* secara garis besar terdapat pada tabel 6 berikut :

Tabel 6 Hasil *FGD* faktor yang mempengaruhi pendokumentasian asuhan keperawatan meliputi unsur masukan, lingkungan dan proses.

No	Kategori data	Hasil <i>FGD</i>	Core
1.	Berdasarkan unsur masukan yang meliputi pendidikan, pelatihan dan sarana	- Selama pendidikan semua perawat mendapat materi tentang dokumentasi asuhan keperawatan tetapi masih belum cukup menjadikan perawat melakukan pendokumentasian secara lengkap.	- Pendidikan penting untuk meningkatkan pendokumentasian asuhan keperawatan.

		<ul style="list-style-type: none"> - Tingkat pendidikan mempunyai pengaruh terhadap pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan. - Pelatihan dapat meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan dalam dokumentasi asuhan keperawatan - Diperlukan pelatihan secara rutin untuk menumbuhkan motivasi perawat dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan. - Format yang ada sudah ada sejak tahun 1994 belum pernah ada perubahan sehingga saat ini dirasakan sudah tidak relevan lagi. 	<ul style="list-style-type: none"> -Diperlukan pelatihan untuk meningkatkan ketrampilan dan motivasi pendokumentasian asuhan keperawatan. -Format sudah tidak relevan dan perlu diganti
2.	Berdasarkan unsur lingkungan yang meliputi kebijakan, organisasi dan manajemen	<ul style="list-style-type: none"> - Dibutuhkan standar asuhan keperawatan dan adanya sosialisasi yang jelas sehingga tidak membingungkan perawat dalam melakukan pendokumentasian - Perawat membutuhkan adanya reward untuk dapat melakukan 	<ul style="list-style-type: none"> - Perlu dibuat standar asuhan keperawatan yang baru sesuai perkembangan ilmu keperawatan. - Perawat membutuhkan reward .

		<p>pendokumentasian yang lengkap dan bermutu yang disebabkan oleh pekerjaan yang berat dan waktu yang lebih banyak untuk menulis pendokumentasian yang lengkap.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perlu adanya sistem evaluasi SAK yang rutin sehingga dapat diketahui mutu pelayanan keperawatan. - Perawatan membutuhkan pengawasan yang berupa teguran atau insentif sehingga pelaksanaan pendokumentasian dapat dilaksanakan dengan sebaik-baiknya. - Diperlukan manajerial yang lebih baik, lebih memperhatikan perawat dalam hal pendokumentasian asuhan keperawatan. 	<ul style="list-style-type: none"> - Perlu adanya evaluasi rutin - Perlu adanya teguran atau insentif. - Diperlukan perbaikan manajerial rumah sakit
3.	Berdasarkan unsur proses yang meliputi waktu, motivasi dan kegunaan.	<ul style="list-style-type: none"> - Pendokumentasian belum dapat dilaksanakan secara lengkap disebabkan waktu untuk menuliskannya terlalu lama dan sibuk dengan tindakan 	<ul style="list-style-type: none"> - Waktu tidak cukup untuk menulis.

		<p>keperawatan, sementara shift jaga sudah habis.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perawat kurang mempunyai motivasi untuk melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan yang disebabkan kurang adanya pengawasan dari pihak manajerial (kepala ruang). Tidak adanya sangsi yang tegas atau reward yang memadai menjadikan perawat tidak termotivasi untuk melakukan pendokumentasian dengan baik dan lengkap. - Perawat tahu dan menyadari bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan penting terutama untuk tanggung gugat namun belum dapat melaksanakan dengan baik karena faktor individu perawat sendiri dan juga lingkungan. 	<ul style="list-style-type: none"> - Perawat membutuhkan reward atau panisemen untuk dapat melakukan pendokumentasian secara lengkap - Perawat malas menuliskan dokumentasi secara lengkap
--	--	--	--

Hasil *FGD* yang dilakukan peneliti terhadap perawat dengan jelas memberikan gambaran bahwa pelaksanaan pendokumentasian

asuhan keperawatan masih belum dilaksanakan dengan baik, dalam arti pengisian pendokumentasian asuhan keperawatan masih belum lengkap.

B. Pembahasan

1. Hasil Penilaian Standar Asuhan Keperawatan.

Berdasarkan hasil penelitian dengan instrumen A dari DepKes RI tahun 1997 di dapatkan data kuantitatif yang memberikan gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan secara umum di Ruang Rawat Melati, Teratai dan Flamboyan RSUD Panembahan Senopati Bantul.

Tabel 4. memberikan gambaran bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat masih tergolong kurang baik. Pendokumentasian yang kurang baik dapat ditunjukkan dengan pengisian pendokumentasian asuhan keperawatan yang tidak lengkap, rata-rata nilai dari ketiga ruang rawat inap tersebut yaitu 64,7 %, sedangkan kategori lengkap adalah ≥ 75 %.

Model pendokumentasian yang diberlakukan di RSUD Panembahan Senopati Bantul adalah *Source Oriented Record* (SOR). Model ini disebut juga catatan berorientasi pada sumber, merupakan catatan atas dasar disiplin orang atau sumber yang mengelola pencatatan. Bagian penerimaan pasien mempunyai lembar isian tersendiri, dokter menggunakan lembar untuk

mencatat instruksi, lembaran riwayat penyakit dan perkembangan penyakit, perawat menggunakan lembar catatan keperawatan, begitu pula disiplin lain mempunyai lembar catatan masing-masing. Catatan berorientasi pada sumber ini terdiri dari lima komponen yaitu : lembar penerimaan yang berisi biodata pasien, lembar order dokter, lembar riwayat medik/penyakit, catatan perawat, catatan dan laporan khusus. Kerugian dalam *Source Oriented Record* antara lain : potensial terjadinya pengumpulan data yang terfragmentasi, karena tidak berdasarkan waktu.

Format asuhan keperawatan yang ada sekarang merupakan format yang telah dibuat pada tahun 1994. Format tersebut berisi tentang format pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi keperawatan. Bila dibanding dengan menggunakan instrumen A Dep.Kes. RI tahun 1997 format tersebut tidak ada catatan asuhan keperawatan.

Pengisian dokumentasi asuhan keperawatan pada format pengkajian rata-rata 64,2 % yaitu kategori tidak lengkap. Hal ini dikarenakan adanya data yang tidak dikelompokkan (bio-psiko-sosial-spiritual), dan masalah yang timbul tidak dituliskan. Menurut Nursalam (2002) rumusan masalah merupakan salah satu aspek yang penting dalam pengkajian karena rumusan masalah digunakan untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Adapun untuk aspek data dikaji sejak pasien masuk sampai pulang dan

masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan sebagian dicatat lengkap. Menurut Doenges (1998), pengkajian merupakan proses dinamis yang terorganisir yang meliputi 3 aktivitas dasar yaitu mengumpulkan data secara sistematis, menyortir dan mengatur data yang dikumpulkan serta mendokumentasikan data dalam format yang dapat dibuka kembali. Untuk itu keefektifan dan keakuratan pengkajian sangatlah penting untuk perumusan masalah keperawatan.

Penulisan dokumentasi asuhan keperawatan pada format diagnosa keperawatan rata-rata 67,8 % yaitu kategori tidak lengkap. Hal ini dikarenakan bahwa hampir semua diagnosa yang ditulis merupakan aktual, sedangkan diagnosa potensial dan resiko tidak dirumuskan. Dalam satu berkas rekam medis, diagnosa keperawatan yang dirumuskan hanya satu dari pasien datang sampai pulang, tidak pernah ada revisi, modifikasi atau penambahan diagnosa selama pasien dirawat. Selama penelitian terdapat beberapa perawat yang tidak pernah merumuskan diagnosa keperawatan, sedangkan yang menuliskan diagnosa keperawatan hanya perawat-perawat tertentu saja. Menurut Maryorita (2003), hal ini terjadi karena perawat masih kurang mampu merumuskan untuk menganalisis dan menginterpretasikan data yang telah dikumpulkan selama pengkajian.

Penulisan dokumentasi asuhan keperawatan pada format rencana keperawatan rata-rata 63,3 % yaitu kategori tidak lengkap. Hal ini karena perawat hanya merumuskan tujuan intervensi saat pertama membuat diagnosa untuk selanjutnya tujuan intervensi tidak pernah dituliskan lagi. Padahal menurut Carpenito (1995), tujuan intervensi membantu perawat untuk menentukan keberhasilan atau kesesuaian rencana asuhan keperawatan. Rencana intervensi telah dirumuskan berdasarkan prioritas diagnosa keperawatan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas, akan tetapi masih banyak rencana intervensi yang masih belum menggambarkan keterlibatan pasien/ keluarga dan juga kerjasama dengan tim kesehatan lain.

Penulisan dokumentasi asuhan keperawatan pada format tindakan keperawatan rata-rata 53,8 % yaitu kategori tidak lengkap. Hal ini dikarenakan banyak perawat yang melakukan tindakan keperawatan tidak mengacu pada rencana intervensi keperawatan, banyak yang tidak mengobservasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan, tidak pernah ada revisi berdasarkan hasil evaluasi dan banyak tulisan yang kurang baik, kurang jelas dan sulit dibaca atau dengan singkatan-singkatan yang tidak baku sehingga sulit dipahami orang lain.

Penulisan dokumentasi asuhan keperawatan pada format evaluasi keperawatan rata-rata 68,3 % yaitu kategori tidak

lengkap. Hal ini dikarenakan sebagian besar perawat menuliskan evaluasi keperawatan tidak mengacu pada tujuan yang telah ditetapkan. Menurut Carpenito (1995), perawat bertanggung jawab untuk mengevaluasi status dan kemajuan klien terhadap pencapaian hasil setiap hari. Evaluasi ini bermanfaat untuk mengetahui seberapa baik tujuan pasien dicapai dan apakah aktivitas perawat membantu pencapaian tujuan pasien ataukah perlu adanya revisi atau modifikasi tindakan keperawatan.

Penulisan dokumentasi asuhan keperawatan pada format dokumentasi keperawatan rata-rata 70,7 % yaitu kategori tidak lengkap. Hal ini dikarenakan sebagian perawat didalam menuliskan dokumentasi asuhan keperawatan tidak jelas, banyak yang menggunakan singkatan-singkatan atau istilah-istilah yang tidak baku, tidak setiap tindakan/ kegiatan perawat mencantumkan paraf/nama jelas dan tanggal, jam dilakukannya tindakan. Menurut Bjorvell et all (1999), bahwa sebagai dokumen yang sah, tanggal, waktu pencatatan dan tanda tangan pencatat harus dicantumkan dan perawat hendaknya menggunakan kosakata yang dapat dipahami oleh semua anggota tim kesehatan lainnya.

Pengisian pendokumentasian yang tidak lengkap dapat mempengaruhi mutu pendokumentasian yang ada di satu ruangan secara keseluruhan. Huffman (1994), menjelaskan bahwa mutu rekam medis tergantung pada informasi yang dimasukkan para

profesional yang berhak menyediakan pelayanan dan bertanggung jawab untuk mendokumentasikan pelayanan tersebut. Pendokumentasian yang tidak lengkap akan mempengaruhi komunikasi antara perawat jaga ketika melakukan pergantian shift. Informasi yang tidak lengkap, dapat mempengaruhi tindakan yang harus dilakukan perawat.

2. Hasil diskusi kelompok terarah.

FGD diikuti oleh 9 orang perawat yang mewakili 3 ruang yaitu Melati, Flamboyan dan Teratai. Masing-masing ruang diwakili 3 orang yang mencerminkan perilaku pengisian pendokumentasian asuhan keperawatan. Berdasarkan hasil diskusi kelompok terarah didapatkan keterangan faktor-faktor yang mempengaruhi ketidaklengkapan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan pada perawat di Ruang Rawat Inap Melati, Teratai dan Flamboyan RSUD Panembahan Senopati Bantul. Hasil FGD berdasarkan unsur masukan, unsur lingkungan dan unsur proses dapat dilakukan analisis sebagai berikut :

a. Kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan unsur masukan :

1) Pendidikan

Ketidaklengkapan pengisian pendokumentasian asuhan keperawatan dapat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan perawat. Perawat yang memiliki tingkat

pendidikan lebih tinggi diharapkan dapat melakukan pengisian pendokumentasian dengan lebih lengkap dibandingkan dengan perawat dengan tingkat pendidikan yang lebih rendah. Menurut Anoraga, dkk (1995), pendidikan merupakan salah satu faktor umum yang sangat mendasar yang mempengaruhi kinerja seseorang. Secara umum diungkapkan bahwa seseorang yang berpendidikan lebih tinggi memiliki kinerja yang lebih baik daripada orang yang berpendidikan lebih rendah.

Hasil penelitian ini didapatkan karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan sebagai berikut : tidak ada responden yang berpendidikan SPK, 8 orang berpendidikan D III Keperawatan dan 1 orang berpendidikan DIV Keperawatan sebagaimana ditunjukkan tabel 5.

Responden yang berpendidikan DIII Keperawatan namun tidak melakukan pendokumentasian Asuhan Keperawatan dengan lengkap dapat disebabkan karena banyak faktor. Salah satu faktor tersebut adalah ketidaksesuaian format pengkajian yang diajarkan di sekolah formal dengan format pengkajian yang digunakan di rumah sakit. Hal tersebut terungkap berdasarkan hasil diskusi dengan responden yang menyatakan bahwa :

“Selama menempuh pendidikan formal memang telah diajarkan pendokumentasian. Bagaimana cara pengisiannya, kepentingannya, kegunaannya dan sebagainya. Namun setelah lulus dan bekerja disini, ternyata format yang digunakan untuk pendokumentasian tidak sama, jadinya kita agak bingung juga dalam mengisi pendokumentasian karena sejak saya masuk tidak ada penjelasan atau sosialisasi sehingga nulisnya hanya ikut-ikutan yang senior aja”

“Kalau menurut saya sih, antara SPK dan DIII Keperawatan, tidak terlalu jauh perbedaannya dalam mengisi pendokumentasian, hanya saja, kalau yang D III saja kebingungan dalam mengisi pendokumentasian, apalagi yang SPK, tentunya lebih bingung lagi, karena bagaimanapun juga, DIII lebih tinggi dibandingkan SPK”

Ungkapan responden tersebut menunjukkan bahwa meskipun responden berpendidikan D III Keperawatan, namun perbedaan format pengkajian antara yang dipelajari dengan yang dipraktekkan dan juga tidak adanya sosialisasi penulisan asuhan keperawatan menyebabkan pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan tidak lengkap. Menurut responden pendidikan formal saja belum cukup untuk menjadikan perawat melakukan pendokumentasian

secara lengkap. Hal tersebut disebabkan karena format pengkajian yang berbeda.

Dalam hal ini responden mengungkapkan dalam hasil diskusi sebagai berikut :

“Saya rasa pendidikan formal saja belum cukup untuk menjadikan perawat melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan secara lengkap. Sebab format pendokumentasian berbeda dengan yang dipelajari, apalagi dari berbagai lulusan institusi yang berbeda-beda, sehingga dalam pengisiannya pun, kami agak merasa bingung juga ”

2) Pelatihan

Pelatihan sangat berpengaruh untuk meningkatkan keterampilan dokumentasi asuhan keperawatan. Adanya pelatihan tentang tata cara penulisan dokumentasi asuhan keperawatan akan membantu pelaksanaan pendokumentasian secara lengkap. Responden yang tidak melakukan pendokumentasian secara tidak lengkap salah satunya disebabkan karena tidak adanya pelatihan tentang pengisian dokumentasi asuhan keperawatan. Dalam hal ini responden mengungkapkan sebagai berikut :

“Perlu adanya pelatihan tentang cara pengisian format pendokumentasian, sehingga pengetahuan dan

keampilan perawat akan meningkat dalam hal pendokumentasian”

“Pelatihan pendokumentasian asuhan keperawatan sangat diperlukan untuk mengantisipasi perubahan-perubahan format pengkajian yang berubah”

Pelatihan yang kurang menyebabkan perawat melakukan pendokumentasian secara tidak lengkap. Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Suwarno (2004) yang menyimpulkan bahwa pelatihan yang kurang menyebabkan belum optimalnya pendokumentasian asuhan keperawatan.

Swansburg (1996), menyatakan bahwa dengan adanya pelatihan, diharapkan dapat dicapai hasil atau tujuan yang diinginkan, dengan kata lain bahwa pelatihan merupakan suatu metode yang efektif untuk meningkatkan kemampuan sumber daya manusia, memperbaiki kesalahan dimasa lalu dan meningkatkan motivasi bagi orang yang mengikuti pelatihan itu sendiri.

3) Sarana

Sarana dalam pendokumentasian keperawatan adalah format dokumentasi asuhan keperawatan yang dibuat tahun 1994, hanya berisi pengkajian sampai evaluasi dan tidak ada catatan perkembangan sehingga menurut mereka

format dokumentasi membingungkan dalam pengisiannya. Cara pengisian format belum pernah diadakan sosialisasi pada perawat tentang cara pengisian format dokumentasi asuhan keperawatan dari pihak manajemen, baik dari bidang perawatan maupun kepala ruang, hal ini terungkap pada responden dibawah ini.

*“Ya... kayaknya format sudah nggak sesuai, apalagi sejak tahun 1994 belum pernah ada revisi, nggak sesuai dengan perkembangan ilmu keperawatan saat ini..
“Formatnya menurut saya masih rancu itu lho.....isine koyo lembaran diisi ini itu kok titik-titik, belum ada catatan perkembangan, ya pokoknya belum spesifik itu dan tidak ada sosialisasi yang jelas walaupun sebenarnya telah diterbitkan buku petunjuk tehnik pengisian tetapi karena tidak ada sosialisasi sehingga diisi sesuai penafsiran sendiri-sendiri”*

Sarana yang paling utama dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap Melati, Teratai dan Flamboyan adalah format. Dalam format dokumentasi asuhan keperawatan juga tidak ada kolom hasil dan catatan perkembangan pasien, sehingga cenderung kurang lengkap. Hasil penelitian ini sesuai dengan Anoraga (1995), yang menyatakan bahwa semakin lengkap sarana yang dimiliki,

maka proses dan produktifitas akan semakin baik. Hasil penelitian ini didukung oleh teori Soedarsono (cit Utami, 2002) yang menyatakan bahwa hambatan dan implementasi keperawatan adalah kualitas keperawatan yang terbatas, terutama bahan dan format dokumentasi yang tidak tersedia. Menurut penelitian Utami (2002), untuk perawat dengan mobilitas tinggi, dibutuhkan format dokumentasi keperawatan yang lebih ringkas.

b. Kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan unsur lingkungan :

1) Kebijakan

Kebijakan pihak manajerial terkait dengan pelaksanaan pendokumentasian di Ruang Melati, Teratai dan Flamboyan terkait dengan ada atau tidaknya sosialisasi format pendokumentasian, evaluasi, reward dan panisemen.

Dalam diskusi tersebut, responden mengungkapkan :

“Jika insentifnya banyak maka penulisan asuhan keperawatan mungkin akan baik, apalagi kalau penulisan asuhan keperawatan diberikan insentif berapa, pasti akan lengkap, kalau nggak seperti ini, ya..... asal jalan.”

“Untuk meningkatkan motivasi diperlukan adanya sosialisasi, pelatihan, peningkatan reward disesuaikan dengan penulisan, harus dibedakan. Kalau nulisnya betul

diberikan reward lebih kalau nulisnya salah ya tidak, kalau yang nulis baik dan tidak baik rewardnya sama,..... ya sampai kriting kerjaannya sama aja”

Kebijakan diperlukan untuk mengatur pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan. Kebijakan yang tepat sasaran mempengaruhi pencapaian tujuan yang maksimal. Sedangkan kebijakan yang tidak proporsional menyebabkan tidak jelasnya pencapaian tujuan.

Azwar (1994) menyebutkan bahwa kebijakan merupakan suatu mekanisme yang menetapkan batasan atau batas untuk tindakan administratif dan menentukan arah untuk diikuti. Kebijakan pelayanan keperawatan tersedia untuk memenuhi standarisasi dan sebagai sumber petunjuk bagi staf keperawatan.

2) Organisasi dan manajemen

Dalam pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan perlu adanya pengawasan dari atasan, agar pelaksanaan tugas pendokumentasian dapat berjalan dengan lancar sesuai dengan tujuan yang diharapkan. Hasil diskusi kelompok menunjukkan bahwa secara organisasi belum dilakukan pengawasan terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan. Dalam hal ini responden mengungkapkan bahwa :

“Mestinya setiap bulan itu dievaluasi, ada masalah atau tidak. Untuk insentif, reward belum dilaksanakan. Sangsi belum ada, baru berupa mengingatkan kekurangan dokumentasi asuhan keperawatan”

“Pengawasan dan penilaian, intern belum ada, paling Cuma dilihat kelengkapannya oleh kepala ruang. Kalau kurang Kita disuruh nambahi. Penialian atau evaluasi SAK belum dilaksanakan secara rutin.

Adanya pengawasan dari atasan akan memotivasi perawat dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan. Pengawasan yang baik jika tidak diimbangi dengan peningkatan kualitas pendokumentasian menyebabkan tujuan pendokumentasian tidak tercapai, seperti ketidaklengkapan pengisian pendokumentasian asuhan keperawatan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Utami (2002) yang menyimpulkan bahwa manajemen menyebabkan belum lengkapnya pendokumentasian asuhan keperawatan. Hasil ini didukung oleh Handoko (2005) yang menyatakan bahwa kegiatan pengawasan dan pengarahan harus dilakukan kepada para bawahannya sehingga bawahan bekerja dengan baik dan organisasi bergerak ke arah tujuannya.

Untuk mengontrol pendokumentasian asuhan keperawatan perlu diadakan evaluasi SAK secara teratur dan rutin. Hal ini sesuai dengan teori Hidayat (2001) yang menyatakan bahwa untuk mengontrol kegiatan pelaksanaan asuhan keperawatan serta aturan-aturan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan perlu dibentuk standar akreditasi asuhan keperawatan.

c. Kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan unsur proses :

1) Motivasi

Motivasi sebagai faktor yang berasal dari dalam individu yang menimbulkan, mengarahkan dan mengorganisasikan tingkah laku orang yang bersangkutan. Motivasi perawat dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan terkait dengan adanya reward. Dalam hal ini responden mengungkapkan sebagai berikut:

“Jika insentifnya banyak maka penulisan asuhan keperawatan akan baik, apalagi kalau penulisan asuhan keperawatan diberikan insentif berapa, pasti akan lengkap, kalau nggak seperti ini, ya..... asal jalan.”

“Untuk meningkatkan motivasi diperlukan adanya sosialisasi, pelatihan, peningkatan reward disesuaikan dengan penulisan, harus dibedakan. Kalau nulisnya betul

diberikan reward lebih kalau nulisnya salah ya tidak, kalau yang nulis baik dan tidak baik rewardnya sama,..... ya sampai kapanpun kerjanya tidak bakal baik”

Motivasi menyebabkan belum optimalnya pendokumentasian asuhan keperawatan di Ruang Rawat Melati, Teratai dan Flamboyan. Hasil diskusi kelompok terarah menunjukkan bahwa motivasi yang dimiliki responden terkait dengan reward atau penghargaan yang berupa uang. Semakin banyak reward yang diberikan maka pendokumentasian asuhan keperawatan akan semakin lengkap. Model motivasi yang dimiliki responden, menurut Taylor (*cit* Handoko, 1995) merupakan model tradisional dari motivasi yang menyatakan bahwa para pekerja pada dasarnya malas dan hanya dapat dimotivasi dengan penghargaan berwujud uang.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Utami (2002) dan Suwarno (2004) yang menyimpulkan bahwa motivasi mempengaruhi belum lengkapnya pendokumentasian asuhan keperawatan.

2) Waktu

Kekurangan waktu untuk menulis dokumen asuhan keperawatan merupakan alasan khas perawat. Perawat lebih banyak mengurus pasien dari pada menulis dokumentasi

asuhan keperawatan. Responden menyatakan bahwa jika pasiennya sedikit dan kondisi pasien baik, maka waktu untuk menulis dokumentasi keperawatan juga lebih banyak. Keterbatasan waktu penulisan pendokumentasian asuhan keperawatan juga disebabkan karena responden mempunyai kebiasaan melakukan penulisan pendokumentasian asuhan keperawatan menjelang pulang sebagaimana diungkapkan responden dalam diskusi kelompok terarah:

“Pendokumentasian asuhan keperawatan biasanya dilakukan menjelang pulang, hal tersebut dilakukan karena setiap kali akan melakukan pendokumentasian, selalu ada pasien yang datang dengan kasus yang lain.”

“Biasanya saya melakukan tindakan keperawatan dulu, baru melakukan pendokumentasian. Kalo pasiennya banyak, ya... pendokumentasiannya seadanya, seingat saya, jadi tidak semua kasus dan tindakan didokumentasikan”

Ketidakiengkapan pendokumentasian disebabkan karena responden memiliki waktu yang sedikit untuk melakukan dokumentasi asuhan keperawatan. Selain itu banyaknya pasien dengan berbagai kasus menyebabkan responden menuliskan poin-poin yang penting saja, tidak secara keseluruhan. Tingkat kesibukan perawat dalam

memberikan asuhan keperawatan didukung dari nilai *BOR* (*Bed Occupancy Rate*) RSUD Panembahan Senopati Bantul tahun 2008 yang tinggi, *BOR* rata-rata untuk ketiga ruang rawat inap tersebut adalah 101,526 % jauh diatas nilai ideal yaitu 65 % - 85 %, artinya bahwa tidak adanya waktu yang cukup bagi perawat untuk mendokumentasikan asuhan keperawatan oleh karena terlalu banyaknya pekerjaan atau banyaknya pasien sehingga hanya menulis yang penting-penting saja.

Hasil penelitian ini mendukung pernyataan Carperito (1999) yang menyatakan bahwa faktor waktu mempunyai pengaruh yang sangat besar terhadap kegiatan yang dikerjakan. Waktu yang dibutuhkan untuk menuliskan dokumentasi asuhan keperawatan kurang lebih 30 – 40 menit. Waktu pembuatan dokumentasi keperawatan juga harus relevan dengan berat ringannya sakit pasien, tetapi masalah umum dari perawat dalam melakukan pendokumentasian adalah tidak adanya waktu untuk menulis sehingga dokumentasi asuhan keperawatan ditunda keesokan harinya atau pasiennya pulang.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh Utami (2002) yang

menyebutkan bahwa waktu menyebabkan pendokumentasian asuhan keperawatan lengkap atau tidak.

3) Kegunaan

Salah satu kegunaan pendokumentasian asuhan keperawatan adalah sebagai alat tanggungjawab dan tanggunggugat sebagaimana diungkapkan responden sebagai berikut :

“Dokumentasi asuhan keperawatan harusnya bisa digunakan sebagai tanggungjawab dan tanggunggugat sehingga harus lengkap. Namun tulisannya hanya itu-itu saja. Antara pasien yang satu dengan pasien yang lain tidak berbeda, semuanya hampir sama yaitu hanya berisi kebiasaan sehari-hari perawat sebagai contoh mengukur vs, Verbedent, memberikan obat oral, memberikan injeksi dan sebagainya”

Pendokumentasian asuhan keperawatan yang dilakukan responden belum mencerminkan kualitas SAK yang dapat dipertanggungjawabkan secara hukum, sebab semua pasien dianggap sama sakitnya. Menurut Hidayat (2002), Standar dokumentasi memuat aturan atau ketentuan tentang pelaksanaan pendokumentasian. Oleh karena itu, kualitas kebenaran dokumentasi asuhan keperawatan akan mudah

dipertanggungjawabkan dan dapat digunakan sebagai perlindungan atas gugatan karena sudah memiliki standar hukum.

C. Faktor yang mendukung dan menghambat

Faktor yang mendukung penelitian ini adalah, peneliti bekerja di RSUD Panembahan Senopati dan pekerjaan responden masih dalam pengawasan peneliti sehingga memudahkan responden dalam melakukan diskusi dan pengambilan data.

Faktor yang menghambat penelitian ini secara metodologi tidak ditemukan, namun secara tehnik ditemukan hambatan yaitu sulitnya mencari kesepakatan waktu antara peneliti dan partisipan untuk melakukan diskusi kelompok terarah karena mesti harus menyempatkan waktu sehingga partisipan menyatakan agak malas.