

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil**

##### **1. Gambaran Umum RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo**

Rumah sakit umum Daerah wates terletak di dusun Beji kecamatan wates, Jl. Tentara pelajar KM.1 No.5 wates kulon progo dengan luas tanah 31.010 m<sup>2</sup>, luas bangunan 8,731 m<sup>2</sup>. Pada tanggal 1 januari 2009 kedudukan rumah sakit daerah wates menjadi badan pelayanan umum daerah (BLUD) sehingga rumah sakit umum daerah wates ditingkatkan kelasnya menjadi kelas B.

Pelayanan yang diberikan di rumah sakit umum daerah wates yaitu pelayanan gawat darurat (IGD), pelayanan kekritisan (ICU), pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat inap, serta pelayanan penunjang. Pelayanan rawat inap di RSUD wates berupa Rawat inap penyakit dalam, rawat inap penyakit syaraf, rawat inap penyakit bedah, rawat inap penyakit anak, rawat inap penyakit obstetri. Pelayanan rawat jalan di RSUD Wates berupa poliklinik penyakit dalam, poliklinik penyakit bedah, poliklinik penyakit anak, poliklinik penyakit syaraf, poliklinik penyakit obstetric, Ginekologi dan KB, poliklinik penyakit THT, poliklinik penyakit mata, poliklinik penyakit penyakit gigi dan mulut, poliklinik penyakit kulit kelamin, poliklinik fisioterapi.

Penelitian ini dilakukan di Bangsal Penyakit Dalam (bougenvil) Rumah Sakit Umum Daerah Wates Kabupaten Kulon Progo Bangsal, bangsal penyakit dalam (bougenvil) mempunyai 14 orang Perawat, 1 orang bagian administrasi dan 20 tempat tidur. Menurut informasi dari kepala ruang Bangsal Penyakit Dalam (Bougenvile) RSUD wates Kabupaten Kulon Progo bahwa tingkat pendidikan seluruh perawat di Ruang Penyakit Dalam (Bougenvile) adalah berpendidikan DIII Keperawatan, 1 orang perawat melaksanakan ijin belajar, dan lama kerja perawat dari 14 orang perawat tersebut adalah 11

orang diantara 5-10 tahun, 2 orang di atas 20 tahun dan 1 orang perawat kurang dari 1 tahun, rata rata perawat tersebut PNS (pegawai negeri sipil) dan 1 orang KS (kontrak sosial). Menurut informasi dari kepala ruang dan beberapa perawat lainnya bahwa perawat-perawat di bangsal penyakit dalam (bougenvile) sering diutus untuk mengikuti pelatihan-pelatihan yaitu seperti pelatihan Asuhan Keperawatan pada tahun 2004-2005, penanggulangan HIV/AIDS, DOT tahun 2012, edukasi diabetes mellitus, kusta dan masih banyak lagi pelatihan-pelatihan yang mereka ikuti.

## 2. Analisis Univariat

Analisis ini dilakukan untuk mengetahui bagaimana Gambaran Kinerja Perawat Ditinjau dari Dokumentasikan Asuhan Keperawatan di bangsal penyakit dalam (bougenvile) RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo.

Hasil observasi kinerja perawat dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan dapat dilihat pada table berikut:

Tabel 4.1  
Distribusi Frekuensi Kinerja Perawat pada Tahap Pengkajian Keperawatan di Bangsal Penyakit Dalam (Bougevile) RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo

Kinerja	Frekuensi	Prosentase (%)
Baik	23	57,5
Cukup	8	20
Kurang	9	22,5
Jumlah	40	100

Sumber: Data Primer Tahun 2012

Dari tabel 4.1 diperoleh informasi bahwa kinerja perawat pada tahap pengkajian keperawatan sebagian besar adalah pada kategori baik yaitu 23 dokumen (57,5%) dan sebagian kecil pada kategori cukup 8 dokumen (20%). Sedangkan pada kategori kurang sebanyak 9 dokumen (22,5%).

Tabel 4.2.

Distribusi Frekuensi Kinerja Perawat pada Tahap Diagnosis Keperawatan di Bangsal Penyakit Dalam (Bougevil) RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo

Kinerja	Frekuensi	Prosentase (%)
Baik	1	2,5
Cukup	30	75
Kurang	9	22,5
<b>Jumlah</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Sumber: Data Primer Tahun 2012

Tabel 4.2 menginformasikan bahwa kinerja perawat pada tahap diagnosis keperawatan sebagian besar adalah pada kategori cukup sebanyak 30 dokumen (75%), pada kategori kurang 9 dokumen (22,5%), sedangkan pada kategori baik yaitu 1 dokumen (2,5%).

Tabel 4.3.

Distribusi Frekuensi Kinerja Perawat pada Tahap Perencanaan Keperawatan di Bangsal Penyakit Dalam (Bougevil) RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo

Kinerja	Frekuensi	Prosentase (%)
Baik	8	20,0
Cukup	7	17,5
Kurang	25	62,5
<b>Jumlah</b>	<b>40</b>	

Sumber: Data Primer Tahun 2012

Tabel 4.3 diperoleh informasi bahwa kinerja perawat pada tahap perencanaan asuhan keperawatan sebagian besar pada kategori kurang yaitu 25 dokumen (62,5%), sedangkan sebagian kecil pada kategori cukup yaitu 7 dokumen (17,5%), dan pada kategori baik sebanyak 8 dokumen (20%).

Tabel 4.4.

Distribusi Frekuensi Kinerja Perawat pada Tahap Intervensi Keperawatan di Bangsal Penyakit Dalam (Bougevil) RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo

Kinerja	Frekuensi	Prosentase (%)
Baik	8	20,0
Cukup	9	22,5
Kurang	23	57,5
<b>Jumlah</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Sumber: Data Primer Tahun 2012

Dari Tabel 4.4 diperoleh informasi kinerja karyawan pada tahap Intervensi keperawatan sebagian besar pada kategori kurang yaitu 23

dokumen (57,5%) dan sebagian kecil pada kategori baik yaitu 8 dokumen (20%), dan pada kategori cukup sebanyak 9 dokumen (22,5%).

Tabel 4.5.

Distribusi Frekuensi Kinerja Perawat pada Tahap Evaluasi Keperawatan di Bangsal Penyakit Dalam (Bougevile) RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo

Kinerja	Frekuensi	Prosentase (%)
Baik	34	85
Cukup	6	15
Kurang	-	0
<b>Jumlah</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Sumber: Data Primer Tahun 2012

Dari tabel 4.5 diperoleh informasi bahwa kinerja pada tahap evaluasi asuhan keperawatan sebagian besar pada kategori baik yaitu 34 dokumen (85%), dan kategori cukup 6 dokumen (15%) serta pada kategori kurang tidak ada (0%).

Tabel 4.6.

Distribusi Frekuensi Kinerja Perawat pada Catatan Asuhan Keperawatan di Bangsal Penyakit Dalam (Bougevile) RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo

Kinerja	Frekuensi	Prosentase (%)
Baik	40	100
Cukup	-	0
Kurang	-	0
<b>Jumlah</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Sumber: Data Primer Tahun 2012

Dari tabel 4.6 diperoleh informasi bahwa kinerja pada catatan asuhan keperawatan pada kategori baik yaitu 40 dokumen (100%), kategori cukup tidak ada (0%), kategori kurang tidak ada (0%) .

Tabel 4.7.

Distribusi Frekuensi Kinerja Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Secara Keseluruhan di Bangsal Penyakit Dalam (Bougevil) RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo

Kinerja	Frekuensi	Prosentase (%)
Baik	13	32,5
Cukup	25	62,5
Kurang	2	5,0
<b>Jumlah</b>	<b>40</b>	<b>100</b>

Dari tabel 4.7 diperoleh informasi bahwa kinerja pendokumentasian asuhan keperawatan sebagian besar pada kategori cukup yaitu 25 dokumen (67,5%) dan sebagian kecil pada kategori kurang 2 dokumen (5%).

## **B. Pembahasan**

### **1. Kinerja perawat pada tahap pengajian keperawatan**

Kinerja perawat pada tahap pengkajian keperawatan sebagian besar pada kategori baik sebanyak 23 dokumen (57,5%). Namun dalam pengkajian ada sebagian aspek yang belum terkaji secara lengkap yaitu pada komponen psiko-sosio-spiritual sebanyak 26 dokumen dan hanya diberi kode saja, sedangkan pada komponen bio sudah dicatat/terkaji secara lengkap, padahal menurut Nursalam (2011) tujuan dari dokumentasi itu sendiri adalah mengumpulkan, mengorganisasi, dan mendokumentasikan data yang menjelaskan respons pasien yang mempengaruhi pola kesehatannya.

Pengkajian data dasar pada proses keperawatan merupakan kegiatan yang komprehensif dan menghasilkan kumpulan data mengenai status kesehatan klien, kemampuan klien untuk mengelola kesehatan dan perawatan terhadap dirinya sendiri, serta hasil konsultasi medis (terapis) atau profesi kesehatan lainnya.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan pendapat Nursalam (2008), yang menyatakan bahwa pengkajian harus lengkap dan seakurat mungkin. Suatu pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis dan logis akan mengarah dan mendukung indentifikasi masalah klien. Masalah-masalah ini menggunakan data pengkajian sebagai dasar formulasi untuk menegakkan diagnosis keperawatan.

### **2. Kinerja perawat pada tahap diagnosis keperawatan**

Kinerja perawat pada tahap diagnosis keperawatan sebagian besar pada kategori cukup sebanyak 30 dokumen (75%). Hal ini disebabkan masih ada dokumen diagnosis yang belum lengkap dalam mencerminkan PE/PES yaitu sebanyak 39 dan yang lengkap hanya 1 dokumen. Dari Jumlah seluruh diagnosa keperawatan sebanyak 40 dokumen tersebut terdapat 74 diagnosa,

dan yang yang belum mencerminkan PE/PES sebanyak 68 diagnosa, sedangkan yang sudah mencerminkan PE/PES sebanyak 6 diagnosa.

Menurut *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, diagnosis keperawatan adalah keputusan klinik mengenai respons individu (klien dan masyarakat) tentang masalah kesehatan aktual atau potensial sebagai dasar seleksi intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat. Semua diagnosis harus didukung oleh data.

Menurut Nursalam (2008), diagnosis keperawatan yang belum mencerminkan PE/PES belum dapat melihat hubungan pertimbangan perawat mengenai masalah klien dan asuhan keperawatan yang sesuai dengan data penunjang. Faktor penyebab belum adanya pencerminan PE/PES kemungkinan disebabkan perawat yang berbeda harus mengambil tindakan segera.

Kinerja diagnosis keperawatan dipengaruhi oleh kinerja dari pengkajian. Pada pengkajian belum focus karena data belum dikelompokkan dalam psiko-sosio-spiritual, sehingga belum dapat digunakan sebagai dasar perumusan diagnosis keperawatan memakai proses PE/PES.

### 3. Kinerja perawat pada tahap perencanaan keperawatan

Kinerja perawat pada tahap perencanaan keperawatan asuhan keperawatan sebagian besar pada kategori kurang yaitu 25 dokumen (62,5%). Hal ini disebabkan pada tahap perencanaan tidak diketemukan rumusan tujuan intervensi sebanyak 26 dokumen, padahal menurut Nursalam (2011) setiap diagnosis keperawatan harus mempunyai sedikitnya kriteria hasil, kriteria hasil dapat diukur dengan tujuan yang diharapkan yang mencerminkan masalah klien yang menghubungkan tujuan jangka panjang dan tujuan jangka pendek. Begitu juga menurut Carpenito (1995) dalam lintang sari (2005), tujuan intervensi adalah membantu perawat untuk menentukan keberhasilan atau kesesuaian rencana asuhan keperawatan, dan begitu juga rencana intervensi belum mengacu pada tujuan sebanyak 26 dokumen, serta rencana intervensi belum menggambarkan keterlibatan klien (pasien dan keluarga) dalam merencanakan tindakan keperawatan sebanyak 23 dokumen. Hal ini tidak

sesuai dengan teori Nursalam (2008), bahwa setiap klien yang memerlukan asuhan keperawatan perlu suatu perencanaan yang baik.

Menurut Nursalam (2008), perencanaan meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi atau mengoreksi masalah-masalah yang telah diidentifikasi pada diagnosis keperawatan. Kinerja perencanaan keperawatan dipengaruhi oleh kinerja dari pengkajian dan diagnosis. Pada dokumentasi pengkajian belum focus karena data belum dikelompokkan dalam bio-psiko-sosio-spiritual, sehingga belum dapat digunakan sebagai dasar perumusan diagnosis keperawatan memakai proses PE/PES. Hal ini mengakibatkan perawat mengalami kesulitan dalam menyusun rumusan tujuan intervensi, rencana intervensi mengacu pada tujuan dan rencana intervensi belum menggambarkan keterlibatan klien (pasien dan keluarga) dalam merencanakan tindakan keperawatan.

4. Kinerja perawat pada tahap intervensi/implementasi keperawatan

Kinerja perawat pada tahap intervensi keperawatan sebagian besar pada kategori kurang yaitu 23 dokumen (57,5%). Hal ini disebabkan intervensi belum mengacu pada rencana asuhan keperawatan sebanyak 26 dokumen, perawat tidak mengobservasi respon klien terhadap intervensi keperawatan sebanyak 33 dokumen, hal ini belum sesuai dengan teori Nursalam (2011) bahwa tujuan intervensi itu sendiri adalah untuk mengatur atau menyusun asuhan keperawatan berdasarkan respons klien terhadap masalah kesehatannya, dengan sasaran mencegah, menghilangkan, atau meminimalkan penyebab yang mempengaruhi status kesehatan tersebut. Begitu juga revisi intervensi belum berdasarkan hasil evaluasi sebanyak 33 dokumen.

Kinerja perawat pada tahap intervensi keperawatan dipengaruhi oleh kinerja pada tahap perencanaan intervensi keperawatan. Tidak diketemukannya rumusan tujuan intervensi, rencana intervensi belum mengacu pada tujuan dan rencana intervensi belum menggambarkan keterlibatan klien (pasien dan keluarga), sehingga dalam merencanakan intervensi keperawatan mengakibatkan kinerja perawat pada tahap intervensi/implementasi keperawatan menjadi kurang. Hal ini sesuai dengan teori Iyer *et al.*, (1996)

dalam Nursalam (2008), bahwa intervensi/implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik.

Hal ini sesuai dengan pernyataan Nicolette dan Cit Rothrock dalam Lintang sari (2005) buruknya pendokumentasian intervensi keperawatan ini juga dipengaruhi buruknya tahap pengkajian dan perencanaan asuhan keperawatan.

#### 5. Kinerja perawat pada tahap evaluasi keperawatan

Kinerja perawat pada tahap evaluasi keperawatan sebagian besar pada kategori baik yaitu 34 dokumen (85%). Dokumentasi aspek evaluasi sudah dilakukan secara berkesinambungan dan juga terdapat parameter atau criteria yang diukur dalam pencapaian tujuan (SOAP) yang telah ditetapkan sebelumnya dan hasil evaluasi sudah di catat pada setiap shift. Hal ini disebabkan sudah adanya pembakuan dokumentasi asuhan keperawatan pada setiap tahap-tahap proses keperawatan sebagai kerangka dokumentasi asuhan keperawatan. Hal ini sudah sesuai dengan pendapat Nursalam (2008) bahwa semua tahap-tahap keperawatan didokumentasikan ke dalam format yang telah ditetapkan oleh instansi.

Menurut Nursalam (2008), evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi dan intervensi/implementasi. Tahap evaluasi pada proses keperawatan meliputi kegiatan mengukur pencapaian tujuan (SOAP) dan menentukan keputusan dengan cara membandingkan data yang terkumpul dengan tujuan dan pencapaian tujuan. Tahap evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor “kealpaan” yang terjadi selama tahap pengkajian, diagnosis, perencanaan dan intervensi/implementasi (Ignatavicius dan Bayne, 1994) dalam Nursalam (2008).

#### 6. Kinerja perawat pada catatan asuhan keperawatan

Kinerja perawat pada catatan asuhan keperawatan seluruhnya pada kategori baik yaitu 40 dokumen (100%). Pencatatan sudah dilakukan pada format yang sudah baku, pencatatan sesuai dengan intervensi yang dilaksanakan namun belum secara terinci, pendokumentasian ditulis dengan

jelas, ringkas dengan istilah yang baku dan benar, perawat mencantumkan paraf, nama, serta tanggal dan jam intervensi dilakukan serta berkas catatan disimpan sesuai dengan ketentuan.

Hasil penelitian ini telah sesuai dengan teori Nursalam (2011), bahwa dokumentasi keperawatan mempunyai makna yang penting dilihat dari aspek hukum, kualitas pelayanan, komunikasi, keuangan, pendidikan, penelitian dan akreditasi oleh karena itu data-data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas, obyektif dan ditandatangani oleh tenaga kesehatan, tanggal, dan perlu dihindari adanya penulisan yang dapat menimbulkan interpretasi yang salah.

Hal ini juga sudah sesuai dengan pernyataan Bjorvell *et al.* (1999) dalam Lintang Sari (2005), bahwa sebagai dokumen yang sah, tanggal, waktu pencatatan, dan tanda tangan pencatatan harus dicantumkan dan perawat hendaknya menggunakan kosakata yang dapat dipahami oleh semua anggota tim kesehatan lain.

7. Kinerja perawat pada pendokumentasian asuhan keperawatan secara keseluruhan.

Kinerja perawat pada tahap pendokumentasian asuhan keperawatan di Bangsal Penyakit Dalam (Bougevile) RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo secara keseluruhan cukup sebanyak 27 dokumen (67,5%). Dilihat dari keseluruhan aspek dokumentasi asuhan keperawatan, ternyata kinerja perawat dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan yang baik adalah pada tahap pengkajian, evaluasi dan catatan asuhan keperawatan. Kinerja diagnosis cukup. Sedangkan kinerja pada tahap perencanaan dan intervensi/implementasi kurang.

Faktor yang menyebabkan kinerja dokumentasi asuhan keperawatan ini belum baik, karena pada umumnya perawat lebih memprioritaskan pelaksanaan tindakan langsung kepada pasien daripada melakukan dokumentasi, terbukti dari pada tahap dokumentasi evaluasi keperawatan yang sudah baik 85% dan pada catatan asuhan keperawatan yang sudah baik 100% . Hal ini sebenarnya tidak boleh terjadi karena asuhan keperawatan yang baik dapat dilihat dari kinerja dokumentasi asuhan keperawatan yang baik, dengan mencakup semua

aspek dalam proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan tindakan, intervensi dan evaluasi.

Dalam upaya untuk mencapai suatu asuhan keperawatan yang profesional diperlukan suatu pendekatan yang disebut proses keperawatan dan dokumentasi keperawatan sebagai data tertulis yang menjelaskan tentang penyampaian informasi, penerapan suatu standar dokumentasi dan pelaksanaan proses keperawatan (Nursalam, 2011). Menurut Nursalam (2007), dokumentasi keperawatan mempunyai makna yang penting bila dilihat dari berbagai aspek, yaitu hukum, jaminan mutu, komunikasi, keuangan, pendidikan dan akreditasi. Kemampuan dalam melaksanakan tugas atau dokumentasi asuhan keperawatan merupakan unsur utama di dalam menilai kinerja seorang perawat. Hal ini sesuai dengan Isnaini (2010) yang menyatakan bahwa salah satu standar yang dipergunakan untuk menilai seberapa baik asuhan keperawatan adalah penilaian terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan.

Menurut Nursalam (2011) tujuan utama dari dokumentasi itu sendiri adalah untuk mengidentifikasi status kesehatan klien dalam rangka mendokumentasikan kebutuhan klien, merencanakan, melaksanakan asuhan keperawatan, dan mengevaluasi intervensi, dokumentasi untuk penelitian, keuangan, hukum, dan etika. Hal ini juga menyediakan : bukti kualitas asuhan keperawatan, bukti legal dokumentasi sebagai pertanggungjawaban kepada klien, informasi terhadap perlindungan individu, bukti aplikasi standar praktik keperawatan, sumber informasi statistik untuk standar dan riset keperawatan, pengurangan biaya informasi, sumber informasi untuk data yang harus dimasukkan, komunikasi konsep risiko asuhan keperawatan, informasi untuk peserta didik keperawatan, persepsi hak klien, dokumentasi untuk tenaga profesional, tanggung jawab etik, dan menjaga kerahasiaan informasi klien, suatu data keuangan yang sesuai dan data perencanaan kesehatan di masa yang akan datang.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan Yokanan Muryadi (1999) yang menunjukkan pengelolaan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien

Asthma Bronkhiale di ruang B1 Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta sudah baik dan lengkap.

### **C. Keterbatasan Penelitian**

Sampel yang diobservasi dalam penelitian ini hanya sebanyak 40 berkas dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien yang dirawat di Bangsal Penyakit Dalam (Ruang Bougenvile) RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo. Hal ini disebabkan keterbatasan sampel penelitian dan peneliti mengalami kesulitan untuk mendapatkan data secara lengkap, karena menurut informasi dari bagian DIKLAT RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo pada tanggal 16 juni 2012 bahwa dokumen yang telah sampai di bagian rekam medis belum boleh di ambil sebagai sampel penelitian dan sampel hanya boleh di ambil di bangsal saja.

PERPUSTAKAAN  
JENDERAL ACHMAD YANI  
STIKES JENDERAL ACHMAD YANI  
YOGYAKARTA