

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. HASIL**

##### **1. Profil Lokasi Penelitian**

Lokasi penelitian dilakukan di RSUD Panembahan Senopati Bantul, pada bulan Agustus 2015. Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati Bantul merupakan institusi kesehatan dikabupaten Bantul berlokasi di jl. Dr. Wahidin Sudiro Husodo, No. 14 Bantul berdiri diatas lahan seluas 2,5 Ha dengan luas bangunan 8300 m<sup>2</sup> dengan usulan pengembangan perluasan sebesar 11.500 m<sup>2</sup>.

Untuk mewujudkan visinya yaitu "*Terwujudnya Rumah Sakit Yang Unggul Dan Menjadi Pilihan Utama Masyarakat Kabupaten Bantul Dan Sekitarnya*". RSUD Panembahan Senopati Bantul senantiasa melakukan pendekatan dalam pelayanan kesehatan. Salah satu peningkatannya yaitu dengan menambah jumlah tempat tidur diruang rawat inap. Jumlah tempat tidur pertanggal 2 April 2012 mengalami peningkatan dari tahun yang lalu 266 tempat tidur menjadi sebanyak 289 tempat tidur yang mempunyai 289 kamar tidur ini memiliki 21 dokter spesialis dalam empat spesialis besar yakni : bedah, dalam, anak, kebidanan dan kandungan juga didukung dengan 222 perawat dan 30 bidan.

RSUD Panembahan Senopati Bantul juga memiliki 15 unit klinik rawat jalan, 12 unit instalasi pendukung, selain itu sumber daya manusia yang cukup lengkap memberikan pelayanan yang bermutu dan terjangkau. Dari hasil survei penelitian dari 2014 jumlah pasien sebanyak 26.939 yang terdiri dari 13.578 pasien non bedah, 14.236 pasien bedah, dan 30.402 pasien kebidanan dengan rata-rata perhari kurang lebih 70 pasien.

IGD RSUD Panembahan Senopati Bantul terdapat fasilitas yang memadai dengan kapasitas tempat tidur 7 buah. Perawat yang bertugas di IGD tersebut sebanyak 21 orang. 1 sebagai kepala ruang, 5 sebagai perawat primer, 15 sebagai perawat assosiet. Untuk penghitungan jumlah pasien

IGD di hitung dari 5 bulan terakhir sebanyak 11807 pasien, jadi rata-rata pasien IGD 1967,83. Hal ini seiring dengan motto RSUD Panembahan Senopati Bantul yang mengutamakan kepuasan klien, “*Kepuasan Anda Adalah Kebahagiaan Kami*”.

## 2. HASIL

Penelitian ini dilakukan pada 82 dokumen asuhan keperawatan di Instalasi Gawat Darurat RSUD Panembahan Senopati Bantul dengan tujuan mengevaluasi kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan meliputi seluruh rangkaian asuhan keperawatan. Penilaian dilakukan dengan memberikan kode pada setiap item observasi, item observasi yang kosong selanjutnya di akumulasikan menjadi kategori baik, cukup, atau kurang. Secara spesifik dibahas sebagai berikut

Tabel 4.1 Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Instalasi Gawat Darurat

| Aspek Penilaian                     | Kriteria Penilaian |      |       |      |        |      |
|-------------------------------------|--------------------|------|-------|------|--------|------|
|                                     | Baik               |      | Cukup |      | Kurang |      |
| Dokumentasi Asuhan Keperawatan      | n                  | %    | n     | %    | n      | %    |
| Pengisian Pengkajian                | 81                 | 98,8 | 1     | 1,2  | 0      | 0    |
| Diagnosis Keperawatan               | 82                 | 100  | 0     | 0    | 0      | 0    |
| Perencanaan Keperawatan             | 78                 | 95,2 | 4     | 4,8  | 0      | 0    |
| Implementasi Keperawatan            | 66                 | 80,5 | 16    | 19,5 | 0      | 0    |
| Evaluasi Keperawatan                | 0                  | 0    | 0     | 0    | 82     | 100  |
| Aspek Legal Dokumentasi Keperawatan | 62                 | 75,6 | 7     | 8,5  | 13     | 15,9 |

Berdasarkan tabel 4.1 di atas dapat dilihat distribusi pendokumentasian asuhan keperawatan di Instalasi gawat Darurat RSUD Panembahan Senopati Bantul Yogyakarta, pada aspek pengkajian didapatkan mayoritas dokumen pengkajian dalam kategori baik, yaitu

sekitar 81 dokumen (98,8%). Pada diagnose keperawatan seluruhnya terisi, Perencanaan didapatkan 78 dokumen terisi dalam katagori baik (95,1%), implementasi sebanyak 66 dokumen (80,5%) terisi dengan katagori baik, dan pada asepek evaluasi didapatkan tidak ada dokumen evaluasi berdasarka SOAP di Intalasi Gawat Darurat, pada aspek legal dokumentasi didptkan 62 dokumen (75,6%) dengan katagori baik.

Tabel 4.2 Distribusi Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Instalasi Gawat Darurat

| No | Kelengkapan ASKEP | jumlah | Persentase (%) |
|----|-------------------|--------|----------------|
| 1  | Baik              | 71     | 86,6           |
| 2  | Cukup             | 11     | 13,4           |
|    | Total             | 82     | 100            |

Berdasarkan tabel 4.2 diatas dapat dilihat mayoritas dokumentasi asuhan keperawatan di IGD RSUD Panembahan Senopati Bantul sudah dalam katagori baik, yaitu sekitar (86,6%) dari sampel yang digunakan.

### 3. PEMBAHASAN

Pada tahap pengkajian dapat dilihat sebanyak 98,8% pengkajian keperawatan dicatat, artinya proses dokumentasi keperawatan selama pengkajian dilakukan pada hampir seluruh pasien yang masuk ke IGD. 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 (Hidayat, 2004).

Menurut Nursalam (2008), 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. Adapun pengkajian

yang sering tidak terisi dalam dokumen pengkajian seperti tingkat nyeri pasien, GCS, dan tingkat kesadaran pasien

Dari tabel 4.1 diatas dapat dilihat dokumentasi keperawatan lebih banyak dalam katagori baik. Jika dilihat secara keseluruhan jumlah dokumen asuhan keperawatan di instalasi gawat darurat sebanyak 71 (86,6%) terisi lengkap atau katagori baik, dan 11 (13,3%) dalam katagori cukup. Hal ini dikarenakan dari seluruh item yang diobservasi sebanyak 32 item yang terdiri dari proses pengkajian sampai aspek legal dokumentasirata-rata terisi diatas 25 item observasi. Hal ini menunjukkan proses dokumentasi keperawatan di IGD sebenarnya berjalan dengan baik, dokumentasi keperawatan dicatat dari awal masuk sampai pasien pulang atau dipindahkan keruangan jika memerlukan perawatan intensif.

Begitupun pada proses diagnose keperawatan seluruh dokumen yang dijadikan sampel terisi diagnose keperawatan yang jelas. Menurut NANDA, diagnosis keperawatan adalah keputusan klinik mengenai respon 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 Sedangkan pada tahap perencanaan keperawatan sebanyak 95,1% dokumen terisi perencanaan yang secara baik dan tujuan yang diinginkan. Perencanaan meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi atau mengoreksi masalah-masalah yang telah diidentifikasi pada diagnosis keperawatan. Setiap klien yang memerlukan asuhan keperawatan perlu suatu perencanaan yang baik Nursalam (2008).

Dalam penelitian ini aspek- aspek yang di nilai Aspek-aspek yang dinilai pada perencanaan antara lain ; rumusan tujuan tindakan keperawatan (80 dokumen), rumusan tujuan mengandung kriteria hasil (75 dokumen), dan tujuan yang relevan dengan diagnose keperawatan (77 dokumen). Dari lampiran master tabel dapat dillihat hal yang kadang tidak terisi adalah rumusan masalah dengan kriteria hasil yang jelas dan tujuan

tindakan yang kurang. Sedangkan pada implementasi keperawatan dapat dilihat (80,5%) dokumentasi dalam katagori baik dengan aspek penilaian antara lain : tindakan keperawatan yang telah dilakukan (82 dokumen), dan respon pasien terdokumentasi (65 dokumen). Menurut Iyer, Taptich, Bernochi-Losey (1996) dalam Nursalam (2008), implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. Dari hasil observasi pada dokumentasi implementasi keperawatan didapatkan hal yang paling sering dilewatkan selama implementasi keperawatan adalah menilai respon pasien. Respon pasien setelah mendapat tindakan keperawatan maupun tindakan medis sering tidak di dokumentasi oleh perawat di IGD.

Sedangkan evaluasi keperawatan menggunakan pendekatan SOAP tidak dilakukan di IGD. evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan keberhasilan dari diagnosis keperawatan, rencana intervensi dan implementasinya. Tahap evaluasi pada proses keperawatan meliputi kegiatan mengukur pencapaian tujuan klien 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, analisis, perencanaan dan implementasi intervensi (Ignatavicius dan Bayne, 1994 dalam Nursalam, 2008). Semua tahap-tahap keperawatan didokumentasikan ke dalam format yang telah ditetapkan oleh instansi.

Aspek legal dokumentasi di IGD RSUD Panembahan Senopati Bantul tidak seluruhnya terisi dengan baik, hanya 75% dokumen dengan aspek legal dokumen dalam kondisi lengkap, adapun kekurangan-kekurangan didapatkan pada ; adanya dokumen keperawatatan yang tidak ditandatangani perawat (66), nama dan No. rekam medis pasien tidak terdokumentasi lengkap (68). Dari data tersebut perawat di IGD ternyata sering tidak memberikan nama yang jelas pada format asuhan keperawatn

di IGD Panembahan Senopati Bantul. Selain itu, perawat juga tidak jelas dalam menuliskan rekam medis atau nama pasien, banyak form pengkajian yang teridentifikasi No. rekam medis saja dengan nama pasien yang tidak jelas atau tidak dapat dibaca.

Dokumentasi merupakan salah satu aspek terpenting dari peran pemberi perawatan kesehatan. Dokumentasi juga merupakan bukti bahwa tanggung jawab dan etik perawat terhadap pasien sudah dipenuhi, dan pasien menerima asuhan keperawatan yang bermutu. Perawat sebagai tenaga profesional bertanggung jawab untuk mendokumentasikan asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien. Proses keperawatan merupakan cara yang sistematis yang dilakukan oleh perawat bersama pasien dalam menentukan kebutuhan asuhan keperawatan dengan melakukan pengkajian, menentukan diagnosis, merencanakan tindakan yang akan dilakukan, melaksanakan tindakan keperawatan dan melakukan evaluasi hasil asuhan keperawatan yang telah dilakukan dengan berfokus pada pasien, berorientasi pada tujuan pada setiap tahap saling ketergantungan dan kesinambungan (Nursalam, 2003).

Apabila Pencatatan pada tiap tahapan proses asuhan keperawatan masih kurang lengkap maka tujuan keperawatan belum bisa dicapai dengan baik (Nursalam, 2003; Dermawan, 2012). Sehingga diperlukan usaha-usaha untuk meningkatkan pelaksanaandokumentasi asuhan keperawatan di IGD RSUD Panembahan Senopati Bantul.

Secara keseluruhan pengisian dokumentasi keperawatan sudah baik, namun beberapa yang masih terlewatkan pada setiap proses. Pada tabel 4.2 menunjukkan mayoritas pengisian dokumentasi keperawatan dalam katagori baik. Meskipun ada beberapa dokumen yang masuk dalam katagori cukup dan kurang. Pengisian asuhan keperawatan seharusnya dilakukan sesuai dengan standa operasional yang ada dan harus diisi selengkap-lengkapnyanya. Ketidak patuhan dalam pengisian dokumen asuhan keperawatan mencerminkan kepatuhan yang dimiliki perawat terhadap aturan masih lemah. Menurut Hartati (2005), dalam pelaksanaannya ada

beberapa faktor yang mempengaruhi perawat dalam pelaksanaan standar asuhan keperawatan sehingga memberikan gambaran kualitas pelayanan kesehatan secara umum di suatu rumah sakit dan dapat juga berdampak pada kepuasan kerja perawat dan pasien seperti pengetahuan perawat, motivasi, sikap perawat, pendidikan perawat, dan status kepegawaian.

Sedangkan dalam proses dokumentasi keperawatan beberapa faktor yang dapat berpengaruh antara lain : faktor sosial dan faktor profesionalisme. Faktor sosial meliputi pengakuan atau penghargaan, baik berupa material maupun non material yang adil dan layak pada perawat sebagai balasan atas kontribusi mereka terhadap pencapaian tujuan pendokumentasian. Gaji atau reward yang kurang menyebabkan mempengaruhi motivasi perawat dalam memberikan asuhan. Prilaku, merupakan salah satu faktor dalam terlaksananya tugas sebaik mungkin yang diberikan oleh pimpinan. Sedangkan faktor profesionalisme meliputi : Keterampilan dan pengalaman kerja. Keterampilan kemampuan dokumentasi yang lengkap dan benar sesuai standar, menggambarkan profesionalisasi perawat. Pengalaman kerja dapat mencerminkan kemampuan perawat dalam memecahkan masalah dan keterampilan melakukan tindakan kurangnya tenaga perawat, tidak adanya standar dokumentasi menyebabkan waktu untuk memberikan asuhan lebih lama. Pengetahuan dokumentasi keperawatan menggambarkan asuhan individu dalam memecahkan masalah keperawatan (Dermawan, 2012).

Beberapa penelitian tentang dokumentasi perawat juga membahas beberapa faktor yang dapat meningkatkan kepatuhan dalam pendokumentasian perawat. Hasil penelitian oleh Farida (2001) menyatakan supervisi kepala ruangan mempunyai hubungan bermakna dengan proses asuhan keperawatan di RS jantung Harapan Kita, dengan nilai *p value* 0,04. Sedangkan menurut Manarung (2004), juga menyatakan ada hubungan erat antara supervisi kepala ruang dengan dokumentasi keperawatan di RS GCI Jakarta dengan nilai *p value* 0,003.

Dalam penelitian sebelumnya Hartati (2005), juga membahas tentang “Analisis kelengkapan dokumentasi proses keperawatan pasien rawat inap di RSUD Muhammadiyah Gombong, Jawa Tengah.” Penelitian ini bersifat deskriptif retrospektif yaitu mengetahui gambaran pendokumentasian dengan membandingkan antara dokumentasi proses keperawatan pada pasien yang dirawat inap minimal 3 (tiga) hari di RSUD Muhammadiyah Gombong dengan Standar Asuhan Keperawatan Depkes RI tahun 1997 yang telah dimodifikasi oleh peneliti. Penelitian ini dilakukan dengan cara mengambil seluruh sampel berkas rekam medis pasien yang dirawat inap minimal 3 (tiga) hari selama periode bulan Juli 2001. Jumlah sample seluruhnya adalah 153 berkas. Hasil penelitian menunjukkan pendokumentasian tahap pengkajian mendapat skor 59 % (kategori cukup), tahap diagnosa keperawatan mendapat skor 60 % (kategori cukup), tahap perencanaan mendapat skor 59 % (kategori cukup), tahap tindakan mendapat skor 57 % (kategori cukup) dan tahap evaluasi mendapat skor 42 % (kategori kurang). Secara keseluruhan, pendokumentasian proses keperawatan pasien rawat inap di RSUD Muhammadiyah Gombong mendapat skor 58 % (kategori cukup). Perbedaan dengan penelitian ini adalah pada sampel penelitian. Penelitian sebelumnya menggunakan sampel rekam medis pasien rawat inap, sedangkan dalam penelitian ini menggunakan sampel rekam medis pasien instalasi gawat darurat. Perbedaan lainnya adalah pada lokasi penelitian. Persamaan dengan penelitian ini adalah pada jenis penelitian deskriptif dan analisis data menggunakan rumus distribusi frekuensi serta protap pendokumentasian asuhan keperawatan yang digunakan.