

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian *deskriptif observasional*. Penelitian deskriptif bertujuan untuk memaparkan (mendeskripsikan) peristiwa-peristiwa yang terjadi saat ini. Penelitian *deskriptif observasional* dilaksanakan dengan cara melakukan observasi dokumentasi hasil asuhan keperawatan untuk memperoleh gambaran bagaimana kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien di Instalasi Penyakit Dalam (Ruang Bougenvil) RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo dengan tujuan untuk mengetahui kinerja perawatnya.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Instalasi Penyakit Dalam (Ruang Bougenvil) RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo pada tanggal 16 juni sampai dengan 20 Juni 2012.

C. Variabel Penelitian

Menurut Arikunto (2010) variabel adalah objek penelitian, atau apa yang menjadi titik perhatian suatu penelitian. Variabel adalah segala sesuatu yang berbentuk apa saja, atribut seseorang atau obyek yang mempunyai variasi antara satu orang dengan yang lain atau satu obyek dengan obyek lain yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga diperoleh informasi tentang hal tersebut, kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2008). Di dalam penelitian ini hanya ada satu variabel penelitian yaitu *Gambaran kinerja perawat ditinjau dari dokumentasi asuhan keperawatan*.

D. Definisi Operasional

Definisi operasional variabel dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

Kinerja perawat ditinjau dari dokumentasi asuhan keperawatan adalah kemampuan perawat dalam membuat bukti dari pelaksanaan asuhan keperawatan yang menggunakan metode pendekatan proses keperawatan dan catatan tentang tanggapan/ respon pasien terhadap tindakan medis atau reaksi pasien terhadap penyakit yang berguna untuk kepentingan klien dan tim kesehatan dengan dasar komunikasi yang lengkap secara tertulis. Dokumentasi asuhan keperawatan terdiri dari :

1. Pengkajian

- a. Mencatat data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian
- b. Data dikelompokkan (bio-psiko-sosio-spiritual)
- c. Data yang dikaji sejak pasien masuk sampai pulang
- d. Masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan.

Observasi Dokumentasi Asuhan Keperawatan dilakukan berdasarkan setiap kondisi dokumen pada saat itu. Penilaian dilakukan dengan memberi skor 1 jika pendokumentasian lengkap dan skor 0 jika tidak lengkap.

Skala pengukuran adalah ordinal :

- Kategori dikatakan Baik apabila dokumentasi memenuhi 4 kriteria, 75 -100%
- Kategori dikatakan Cukup apabila dokumentasi memenuhi 3 kriteria, 50 - 74%
- Kategori dikatakan kurang apabila dokumentasi memenuhi 2-1 kriteria, < 50%

2. Diagnosis.

- a. Diagnosis keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan
- b. Diagnosis keperawatan mencerminkan PE/PES
- c. Merumuskan diagnosis keperawatan aktual/potensial.

Ovservasi Dokumentasi Asuhan Keperawatan dilakukan berdasarkan setiap kondisi dokumen pada saat itu. Penilaian dilakukan dengan memberi skor 1 jika pendokumentasian lengkap dan skor 0 jika tidak lengkap.

Skala pengukuran adalah Ordinal :

- Kategori dikatakan Baik dokumentasi memenuhi 3 krteria, 66,7-100%
- Kategori dikatakan Cukup dokumentasi memenuhi 2 kriteria 33,4 – 66,6%
- Kategori dikatakan kurang apabila dokumentasi memenuhi 1 kreteria, < 33,4%

3. Perencanaan

- a. Berdasarkan diagnosis keperawatan
- b. Disusun menurut urutan prioritas
- c. Rumusan tujuan mengandung komponen klien/subyek, perubahan perilaku, kondisi klien dan atau kriteria
- d. Rencana tindakan mengacu pada pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas dan atau melibatkan pasien/ keluarga.
- e. Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien atau keluarga.
- f. Rencana tindakan menggambarkan kerja sama dengan tim kesehatan lain.

Ovservasi Dokumentasi Asuhan Keperawatan dilakukan berdasarkan setiap kondisi dokumen pada saat itu. Penilaian dilakukan dengan memberi skor 1 jika pendokumentasian lengkap dan skor 0 jika tidak lengkap.

Skala pengukurannya adalah Ordinal :

- Kategori dikatakan Baik apabila dokumentasi memenuhi 6 kriteria, 83 -100%

- Kategori dikatakan Cukup apabila dokumentasi memenuhi 5-4 kriteria, 66 - 82%
- Kategori dikatakan kurang apabila dokumentasi memenuhi 3-1 kriteria, < 66%

4. Intervensi

- a. Intervensi dilaksanakan mengacu pada rencana keperawatan.
- b. Perawat mengobservasi respon pasien terhadap intervensi keperawatan.
- c. Revisi intervensi berdasarkan hasil evaluasi.
- d. Semua intervensi yang telah dilaksanakan dicatat ringkas dan jelas.

Observasi Dokumentasi Asuhan Keperawatan dilakukan berdasarkan setiap kondisi dokumen pada saat itu. Penilaian dilakukan dengan memberi skor 1 jika pendokumentasian lengkap dan skor 0 jika tidak lengkap.

Skala pengukurannya adalah Ordinal :

- Kategori dikatakan Baik apabila dokumentasi memenuhi 4 kriteria, 75 -100%
- Kategori dikatakan Cukup apabila dokumentasi memenuhi 3 kriteria, 50 - 74%
- Kategori dikatakan kurang apabila dokumentasi memenuhi 2-1 kriteria, < 50%

5. Evaluasi

- a. Evaluasi mengacu pada tujuan (SOAP)
- b. Evaluasi tertulis setiap shift.

Observasi Dokumentasi Asuhan Keperawatan dilakukan berdasarkan setiap kondisi dokumen pada saat itu. Penilaian dilakukan dengan memberi skor 1 jika pendokumentasian lengkap dan skor 0 jika tidak lengkap.

Skala pengukuran adalah Ordinal :

- Kategori dikatakan Baik apabila dokumentasi memenuhi 2 kriteria, 50 - 100%
- Kategori dikatakan Cukup apabila dokumentasi memenuhi 1 kriteria, 26 - 49%
- Kategori dikatakan Kurang apabila dokumentasi tidak ada memenuhi kriteria, < 26%

6. Catatan asuhan keperawatan

- a. Pencatatan sesuai dengan tindakan yang dilaksanakan
- b. Pencatatan ditulis dengan jelas, ringkas, istilah yang baku dan benar.
- c. Setiap dokumentasi perawat mencantumkan paraf / nama jelas jam dan tanggal dilakukan tindakan.
- d. Setiap melakukan tindakan atau kegiatan perawat mencantumkan paraf atau nama jelas jam dan tanggal dilakukan tindakan.
- e. Berkas catatan keperawatan disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Observasi Dokumentasi Asuhan Keperawatan dilakukan berdasarkan setiap dokumen pada saat itu. Penilaian dilakukan dengan memberi skor 1 jika pendokumentasian lengkap dan skor 0 jika tidak lengkap.

Skala pengukurannya adalah Ordinal :

- Kategori dikatakan Baik apabila dokumentasi memenuhi 5 kriteria, 80 - 100%
- Kategori dikatakan Cukup apabila dokumentasi memenuhi 4 – 3 kriteria, 60 - 79 %
- Kategori dikatakan kurang apabila dokumentasi dokumentasi memenuhi 2 – 1 kriteria, < 60 %

E. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek/subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2006). Populasi dalam penelitian ini adalah dokumen asuhan keperawatan pasien pada tanggal 1 sampai dengan 20 Juni 2012 yang dirawat di Instalasi Penyakit Dalam (Ruang Bougenvile) RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo sebanyak 40 dokumen.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang diteliti (Arikunto, 2006). Metode pengambilan sampel menggunakan teknik *total sampling* atau sampel jenuh, yaitu teknik penentuan sampel bila seluruh anggota populasi digunakan sebagai sampel (Sugiyono, 2007). Jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 40 dokumen dengan kriteria sebagai berikut:

a. Kriteria inklusi

- 1) Dokumentasi yang bisa dibaca dengan jelas.
- 2) Dokumentasi yang telah dievaluasi terhadap pasien yang dirawat minimal 3 hari.

b. Kriteria eksklusi

- 1) Dokumentasi /data yang tidak lengkap/hilang.
- 2) Dokumentasi yang rusak

F. Alat dan Metode Pengumpulan Data

1. Alat penelitian

a. Instrumen

Instrumen penelitian adalah alat atau fasilitas yang digunakan oleh peneliti dalam mengumpulkan data agar mempermudah pekerjaan dan hasilnya lebih baik, dalam arti lebih cermat, lengkap dan sistematis sehingga lebih mudah diolah (Arikunto, 2010).

Alat yang digunakan untuk pengumpulan data dalam penelitian ini menggunakan instrumen observasi *check-list* yaitu lembar instrumen studi dokumentasi penerapan standar asuhan keperawatan (instrumen "A" penilaian standar asuhan keperawatan di Rumah Sakit). Pengumpulan data selanjutnya dilakukan dengan mencermati langsung dokumentasi asuhan keperawatan pasien yang dirawat di Instalasi Penyakit Dalam (Ruang Bougenvile) RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo, kemudian membutuhkan tanda cek pada lembar instrumen setiap kali muncul aspek yang diteliti. Penilaian dilakukan dengan memberikan skor 1 jika pendokumentasian lengkap dan 0 jika pendokumentasian tidak lengkap.

Instrumen pengamatan dokumentasi standar asuhan keperawatan diadopsi dari instrumen pengamatan penilaian Dokumentasi Standar Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit (instrumen A) yang pernah diteliti oleh Yokanan Muryadi (1999) walaupun tipe rumah sakitnya berbeda, Instrumen Pengamatan penilaian Dokumentasi Standar Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit (Instrumen A) ini juga sudah baku yang telah ditetapkan oleh DEPKES (1995) sehingga instrumen ini tidak di uji coba. Observasi dilakukan berdasarkan setiap dokumentasi asuhan keperawatan pada saat itu. Instrumen ini terdiri dari 24 item pernyataan.

2. Metode pengumpulan data

a. Data Primer

Data diperoleh dari hasil observasi/pengamatan Dokumentasi Asuhan Keperawatan melalui instrumen di bangsal penyakit dalam (Bougenvile) RSUD wates kabupaten kulon progo.

b. Data Sekunder

Data sekunder di peroleh dari kepala ruang bangsal penyakit dalam RSUD wates kabupaten kulon progo dan diperoleh dari kepala bagian keperawatan RSUD wates kabupaten kulon progo.

G. Jalannya Penelitian

Prosedur kegiatan penelitian yang akan dilakukan peneliti beberapa tahap yaitu:

1. Tahap Persiapan

- a. Melakukan studi pendahuluan untuk mengidentifikasi masalah dalam penelitian.
- b. Mengurus ijin penelitian dari STIKES Jenderal Achmad Yani Yogyakarta.
- c. Mengurus surat penelitian dari propinsi DIY.
- d. Memberikan surat tembusan dari propinsi kepada gubernur DIY sebagai laporan, kemudian kepada DINKES DIY sebagai laporan, kemudian kepada KPT kulon progo sebagai laporan.
- e. Mengurus surat ijin penelitian kepada KPT kulon progo.
- f. Memberikan surat tembusan dari KPT kulon progo kepada bupati kulon progo sebagai laporan, kemudian kepada DINKES kulon progo sebagai laporan.
- g. Mengurus surat ijin penelitian kepada DINKES kulon progo.
- h. Mengurus surat ijin penelitian kepada RSUD wates kabupaten kulon progo.
- i. Memberikan surat pengantar dari kepala RSUD wates kabupaten kulon progo kepada kepala ruang penyakit dalam (bougenvile) RSUD wates kabupaten kulon progo.
- j. Mempersiapkan Instrument yang digunakan untuk penelitian.

2. Tahap Pelaksanaan

Pelaksanaan penelitian ini dilakukan sendiri oleh peneliti, adapun langkah-langkah dalam pengumpulan data dalam penelitian adalah sebagai berikut:

- a. Bertemu dan meminta ijin kepada kepala ruang bangsal penyakit dalam (bougenvile) RSUD wates kabupaten kulon progo.
- b. Mengumpulkan berkas dokumentasi asuhan keperawatan pasien yang telah dirawat selama 3 hari, pengamatan dilakukan pada tgl

16 juni sampai dengan 20 juni 2012, data terkumpul sebanyak 40 dokumen. Pengamatan setiap 1 dokumen menghabiskan 4-5 menit.

- c. Pengamatan di bantu oleh Sri Lestari mahasiswa PSIK Stikes A. yani semester VIII.
- d. Setelah melakukan pengamatan, data langsung dikumpul oleh peneliti, kemudian dilakukan rekapitulasi dan analisis data.

3. Tahap Akhir

Analisa atau pengelolaan data dimulai dari *editing* data. Peneliti melakukan koreksi setiap instrument untuk memastikan *check-list* telah terisi seluruhnya. Setelah dilakukan *editing* data peneliti melakukan *coding*, yaitu memberi tanda atau simbol pada setiap nomor *check-list* yang telah diisi oleh peneliti. *Check-list* yang telah diisi dan diberi simbol kemudian dipindahkan kedalam tabel sesuai kriteria. Data diolah melalui program komputer yaitu SPSS17 dan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dan prosentase. Hasil analisis data kemudian dilaporkan dalam bentuk skripsi, setelah terlebih dahulu diperiksa dan disetujui oleh dosen pembimbing.

H. Metode Pengolahan dan Analisa Data

1. Metode pengolahan data

Menurut Arikunto (2006) pengolahan data dilakukan dengan tahap-tahap sebagai berikut :

a. *Editing*

Peneliti melakukan koreksi data untuk melihat kebenaran pengisian, kelengkapan jawaban, dan relevansi jawaban terhadap kuesioner yang diberikan responden. Hasil yang diperoleh dapat dikatakan bahwa responden dapat mengisi data sesuai dengan petunjuk, baik dari penjelasan peneliti maupun dari petunjuk yang sudah ada di kuesioner.

b. *Coding*

Peneliti melakukan pengkodean untuk memberikan skor terhadap masing-masing jawaban pada kuesioner sehingga memudahkan proses pemasukan data di computer.

c. Tabulasi

Peneliti memasukkan data-data hasil penelitian ke dalam tabel-tabel sesuai kriteria, sehingga mempermudah memasukkan data ke komputer.

d. Entry

Peneliti memasukan data hasil penelitian ke dalam alat bantu pengolah data dengan menggunakan program computer.

Data yang diperoleh pada waktu pengumpulan data selanjutnya akan dianalisis. Pengolahan data dilakukan dengan cara, data hasil observasi dokumentasi asuhan keperawatan ditabulasikan dalam bentuk tabel, kemudian dibuat proporsi dan persentasenya dengan rumus :

$$P = \frac{f}{n} \times 100\%$$

Dengan,

P = prosentase

f = frekuensi

n = jumlah responden.

Hasil prosentase yang diperoleh kemudian ditafsirkan dalam bentuk kalimat yang bersifat kualitatif yang menggambarkan hasil pengamatan terhadap kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan.