

BAB 4

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini penulis akan menguraikan hasil penelitian dan pembahasan dari Penerapan Standar Asuhan Keperawatan Pendokumentasian Oleh Perawat Pelaksana Di Rsi Sakinah Mojokerto. Hasil penelitian disajikan dalam bentuk diagram dan tabel serta keterangan singkat. Penyajian data tersebut meliputi, data umum dan data khusus.

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Data Khusus

Tabel 4.1 Distribusi frekuensi Responden Berdasarkan Standar Dokumentasi Di Rawat Inap Rsi Sakinah Mojokerto.

NO	Standar Dokumentasi	F	%
1	Terpenuhi Lengkap	17	68,0
2	Terpenuhi Sebagian	8	32,0
3	Tidak Terpenuhi	0	0
Total		25	100,0

Berdasarkan tabel 4.3 menunjukkan bahwa sebagian besar Standar dokumentasi di rawat inap rsi sakinah mojokerto sebanyak 17 rekam medis (68%) dengan hasil terpenuhi lengkap.

Tabel 4.2 Distribusi frekuensi kuesioner Dokumentasi Keperawatan Berdasarkan Standar Snars di RSI Sakinah Mojokerto tahun 2020.

No	Pengkajian	N	F	%
1.	Ada bukti keterlibatan keluarga dalam melengkapi asesmen awal	25	195	78
2	Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat inap (ranap) meliputi riwayat kesehatan pasien dan pemeriksaan fisik	25	215	86
3	Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien gawat darurat meliputi riwayat kesehatan pasien dan pemeriksaan fisik.	25	200	80
Total			610	
Diagnosa				
4	Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat inap menghasilkan diagnosis awal dan masalah kesehatan pasien	25	190	76
5	Hasil laboratorium yang kritis dicatat didalam rekam medis pasien	25	205	82
6	Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat inap meliputi faktor bio-psiko-sosio-kultural spiritual.	25	150	60
Total			545	
Intervensi				
7	Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien ranap menghasilkan rencana asuhan	25	185	74
8	Pasien diskriming untuk kebutuhan fungsional termasuk risiko jatuh.	25	220	88
9	Ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat inap harus selesai dalam waktu 24 jam atau lebih cepat sesuai dengan kondisi pasien	25	210	84
Total			615	
Implementasi				
10	Ada bukti pelaksanaan isi, jumlah dan jenis asesmen awal disiplin keperawatan	25	200	80
11	Pasien dengan kebutuhan fungsional lanjutan termasuk risiko jatuh, memperoleh asuhan yang sesuai ketentuan RS.	25	205	82
12	Ada bukti pelaksanaan asesmen ulang oleh perawat minimal satu kali per shift atau sesuai dengan perubahan kondisi pasien	25	210	84
Total			615	

Evaluasi			
13	Asesmen dicatat sedemikian sehingga memfasilitasi asesmen ulangan yang teratur dan tindak lanjut sesuai kriteria yang dikembangkan oleh RS dan kebutuhan pasien	25	185 74
14	RS menetapkan pengaturan urutan penyimpanan lembar-lembar RM agar mudah dicari kembali diakses dan terstandar, PPA dapat menemukan dan mencari kembali hasil asesmen di rekam medis.	25	200 80
Total			385

Hasil penelitian pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan indikator pengkajian didapatkan hasil yang paling dominan pada kuesioner no 2 dengan skor 215 (86%) yang menjelaskan tentang ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat inap (ranap) meliputi riwayat kesehatan pasien dan pemeriksaan fisik.

Untuk indikator diagnosa didapatkan nilai terbanyak di kuesioner no 5 dengan total 205 (82%) yang menyatakan tentang hasil laboratorium yang kritis dicatat didalam rekam medis pasien.

Untuk indikator intervensi didapatkan hasil yang paling unggul di kuesioner no 8 dengan total 220 (88%) yaitu Pasien diskriming untuk kebutuhan fungsional termasuk risiko jatuh.

Sedangkan untuk indikator implementasi didapatkan skor tertinggi pada kuesioner no 12 dengan nilai 210 (84%) tentang ada bukti pelaksanaan asesmen ulang oleh perawat minimal satu kali per shift atau sesuai dengan perubahan kondisi pasien.

Pada indikator terakhir yaitu evaluasi didapatkan skor tertinggi pada pernyataan no 14 dengan jumlah skor 200 (80%). RS menetapkan pengaturan

urutan penyimpanan lembar-lembar RM agar mudah dicari kembali diakses dan terstandar, PPA dapat menemukan dan mencari kembali hasil asesmen di rekam medis.

Dari semua indikator dokumentasi asuhan keperawatan yang ada di Rsi sakinah Mojokerto bahwa indikator yang skornya tertinggi yaitu indikator intervensi dan indikator implementasi dengan skor yang sama yaitu 615. Yang berarti bahwa pelaksanaan asesmen awal pasien rawat inap harus selesai dalam waktu 24 jam atau lebih cepat sesuai dengan kondisi pasien, dan pelaksanaan asesmen ulang oleh perawat minimal satu kali per shift atau sesuai dengan perubahan kondisi pasien dengan baik.

4.2 Pembahasan

Hasil penilaian terbanyak penerapan standar asuhan keperawatan pendokumentasian di Rsi Sakinah Mojokerto menunjukkan bahwa sebagian besar standar dokumentasi di rawat inap Rsi Sakinah Mojokerto sebanyak 17 responden (68%) terpenuhi lengkap. Sedangkan untuk terpenuhi sebagian sebanyak 8 responden (32%). Hal ini didukung dari 25 responden yang menunjukkan pada indikator pengkajian didapatkan hasil yang paling dominan pada kuesioner no 2 dengan skor 215 (86%) yang menjelaskan tentang ada bukti pelaksanaan asesmen awal pasien rawat inap (ranap) meliputi riwayat kesehatan pasien dan pemeriksaan fisik.

Untuk indikator diagnosa didapatkan nilai terbanyak di kuesioner no 5 dengan total 205 (82%) yang menyatakan tentang hasil laboratorium yang kritis dicatat didalam rekam medis pasien.

Untuk indikator intervensi didapatkan hasil yang paling unggul di kuesioner no 8 dengan total 220 (88%) yaitu Pasien diskriming untuk kebutuhan fungsional termasuk risiko jatuh.

Sedangkan untuk indikator implementasi didapatkan skor tertinggi pada kuesioner no 12 dengan nilai 210 (84%) tentang ada bukti pelaksanaan asesmen ulang oleh perawat minimal satu kali per shift atau sesuai dengan perubahan kondisi pasien.

Pada indikator terakhir yaitu evaluasi didapatkan skor tertinggi pada pernyataan no 14 dengan jumlah skor 200 (80%). RS menetapkan pengaturan urutan penyimpanan lembar-lembar RM agar mudah dicari kembali diakses dan

terstandar, PPA dapat menemukan dan mencari kembali hasil asesmen di rekam medis.

Dokumentasi merupakan bagian integral proses keperawatan, bukan sesuatu yang berbeda dari metode *problem solving*. Dokumentasi proses keperawatan mencakup pengkajian, identifikasi masalah, perencanaan, tindakan, dan evaluasi terhadap klien. (Olfah, 2016). Penerapan Standar Asuhan Keperawatan Pendokumentasian di Rsi Sakinah Mojokerto menunjukkan bahwa sebagian besar Standar Dokumentasi Di Rawat Inap Rsi Sakinah Mojokerto sebanyak 17 rekam medis (68%). Hal tersebut didukung oleh peneliti (Muryani,2019). Gambaran kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD di Kalimantan Tengah berkualitas dengan sebanyak 124 rekam medis (55,9%) dan tidak berkualitas sebanyak 98 rekam medis (44,1%). Pendokumentasian asuhan keperawatan yang tidak lengkap dapat menurunkan mutu pelayanan di Rumah Sakit sehingga disarankan perawat dapat terus menjaga kualitas penulisan asuhan keperawatan sesuai dengan standar yang ditetapkan.