

## **BAB 4**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **4.1 Hasil Penelitian**

##### **4.1.1 Pengkajian**

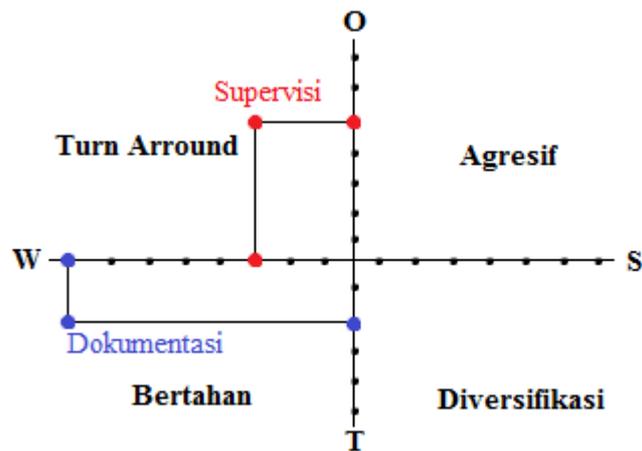
Dari hasil pengkajian yang dilakukan saat pengambilan data awal di Ruang Shofa Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang didapatkan sistem pendokumentasian adalah SOR (*Source Oriented Record*) yaitu : sistem pendokumentasian yang berorientasi pada 5 komponen (lembar penilaian berisi biodata, lembar order dokter, lembar riwayat medis atau penyakit, catatan perawat, dan laporan). Format pengkajian sudah ada sehingga memudahkan perawat dalam mengkaji, tetapi ada beberapa dari rekam medis pasien yang format pengkajiannya tidak di isi secara lengkap atau hanya mengisi pada point pengkajian fisik saja sedangkan pada point pengkajian data yang dikelompokkan berdasarkan bio, psiko, sosio, dan spiritual tidak di isi. Dari hasil wawancara pada 3 perawat (22%) mengatakan bahwa diagnosa keperawatan yang diangkat pada setiap pasien hanya 1 diagnosa kecuali ada beberapa masalah keperawatan yang sangat menonjol baru mengangkat diagnosa lebih dari 1. Catatan asuhan keperawatan pasien kurang lengkap masih banyak perawat yang tidak mencantumkan nama pada setiap mengisi lembar implementasi pasien. Dari hasil wawancara pada 3 perawat (22%) mengatakan melakukan dokumentasi keperawatan segera setelah selesai melakukan tindakan ke semua pasien dan hal itu dilakukan secara konsisten.

**Tabel 4.1 Analisis SWOT supervisi keperawatan dan dokumentasi keperawatan di Paviliun Shofa Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang Sidoarjo**

No	Analisis SWOT	Bobot	Rating	Bobot x Rating	
<b>1</b>	<b>Supervisi Keperawatan</b>				
	<b>Internal Faktor (IFAS)</b>				
	<b>STRENGTH</b>				
	1. Supervisi keperawatan sudah dilakukan di Ruang Shofa Marwah 1 kali dalam sebulan oleh KARU.	0,1	3	0,3	<b>S – W</b> <b>= 3,5-3,8</b> <b>= -0,3</b>
	2. Kabid keperawatan dan kepala ruangan mendukung kegiatan supervisi demi peningkatan mutu pelayanan keperawatan	0,2	4	0,8	
	3. RS Siti Khodijah Sepanjang merupakan RS non pendidikan proses tipe B yang menjadi RS rujukan bagi wilayah setempat	0,15	3	0,45	
	4. Adanya kemauan perawat untuk berubah	0,15	3	0,45	
	5. Kepala ruangan mendukung kegiatan supervisi demi meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.	0,2	4	0,8	
	6. Adanya sistem pendelegasian supervisi dari kabid ke kasie 1 dan kasie 2 jika kabid berhalangan.	0,1	3	0,3	
	7. Supervisi dilakukan oleh karu kepada perawat-perawat baru untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.	0,1	4	0,4	
	<b>TOTAL</b>	<b>1</b>		<b>3,5</b>	
	<b>WEAKNESS</b>				
	1. Kurangnya supervisi inventaris diruangan.	0,1	2	0,2	
	2. Supervisi tentang dokumentasi tidak pernah dilakukan.	0,2	4	0,8	
	3. Tidak adanya jadwal supervisi dokumentasi keperawatan yang terencana.	0,4	4	1,6	
	4. Tidak adanya <i>check list</i> supervisi dokumentasi keperawatan.	0,3	4	1,2	
	<b>TOTAL</b>	<b>1</b>		<b>3,8</b>	
	<b>Eksternal Faktor (EFAS)</b>				
	<b>OPPORTUNITY</b>				
	1. Adanya supervisi buat perawat yang baru.	0,5	4	2,0	<b>O – T</b> <b>= 3,5 – 3</b> <b>= 0,5</b>
2. Adanya peluang melanjutkan pendidikan	0,5	3	1,5		

	atau magang.				
	<b>TOTAL</b>	<b>1</b>		<b>3,5</b>	
	<b>THREATENED</b>				
	1. Tuntutan pasien sebagai pelanggan untuk mendapatkan pelayanan yang profesional dan bermutu.	0,5	3	1,5	
	2. Persaingan antar RS akan kualitas pelayanan keperawatan semakin ketat.	0,5	3	1,5	
	<b>TOTAL</b>	<b>1</b>		<b>3</b>	
<b>2</b>	<b>Dokumentasi Keperawatan</b>				
	<b>Internal Faktor (IFAS)</b>				<b>S – W</b>
	<b>STRENGTH</b>				<b>= 3,2 – 4</b>
	1. Pendokumentasian asuhan keperawatan model SOR ( <i>Source Oriented Record</i> ).	0,1	3	0,3	<b>= -0,8</b>
	2. Adanya kemauan perawat untuk melaksanakan pendokumentasian.	0,2	4	0,8	
	3. Dokumentasi keperawatan yang dilakukan meliputi pengkajian menggunakan sistem B1-B6 serta diagnosis keperawatan sampai dengan evaluasi menggunakan SOAP	0,1	3	0,3	
	4. Pendokumentasian diagnosa keperawatan lengkap (100%)	0,2	3	0,6	
	5. Pendokumentasian intervensi keperawatan lengkap (100%)	0,2	3	0,6	
	6. Pendokumentasian evaluasi keperawatan lengkap (100%)	0,2	3	0,6	
	<b>TOTAL</b>	<b>1</b>		<b>3,2</b>	
	<b>WEAKNESS</b>				
	1. Sistem pendokumentasian masih dilakukan secara manual, belum ada sistem komputerisasi.	<b>1</b>	4	4	
	<b>TOTAL</b>	<b>1</b>		<b>4</b>	
	<b>Ekternal Faktor (EFAS)</b>				<b>O – T</b>
	<b>OPPORTUNITY</b>				<b>= 3,2-3,4</b>
	1. Peluang perawat untuk meningkatkan pendidikan (pengembangan SDM).	0,4	2	0,8	<b>= -0,2</b>
	2. Adanya kerjasama yang baik antara perawat dengan kepala ruangan sehingga dapat memberikan masukan dalam	0,6	4	2,4	

	pendokumentasian asuhan keperawatan yang lebih baik.				
	<b>TOTAL</b>	<b>1</b>		<b>3,2</b>	
	<b>TREATHENED</b>				
	1. Adanya tingkat kesadaran yang tinggi dari pasien dan keluarga tentang tanggung jawab dan tanggung gugat.	0,3	3	0,9	
	2. Makin tingginya kesadaran masyarakat akan hukum.	0,3	3	0,9	
	3. Adanya pertanggung jawaban legalitas bagi pasien	0,4	4	1,6	
	<b>TOTAL</b>	<b>1</b>		<b>3,4</b>	



Gambar 4.1 Diagram layang analisis SWOT

#### 4.1.2 Masalah Keperawatan

Kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan

#### 4.1.3 Pelaksanaan Tindakan Supervisi Dokumentasi Keperawatan

Tindakan supervisi dokumentasi keperawatan dilakukan pada tanggal 27-

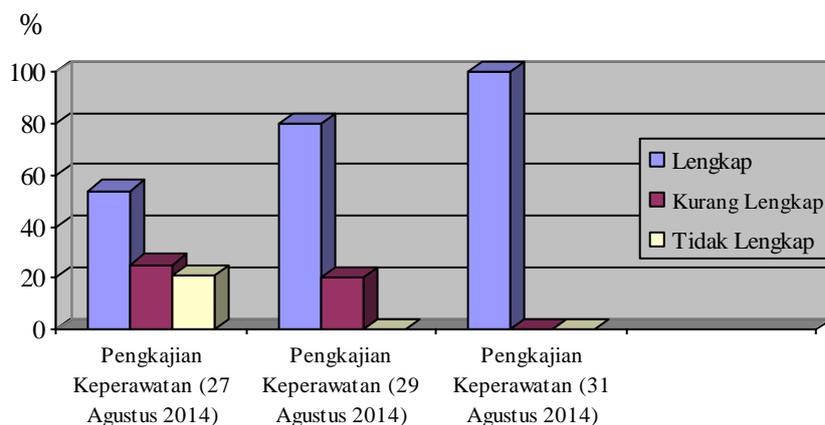
31 Agustus 2014 :

1. Penelitian ini dilakukan 5 hari, hari pertama yang dilakukan adalah menilai kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di ruangan oleh peneliti, hari kedua supervisi tidak langsung pertama yang dilakukan oleh kepala ruangan, hari ketiga penilaian kelengkapan dokumentasi keperawatan yang ke 2 oleh peneliti, hari keempat supervisi tidak langsung kedua yang dilakukan oleh kepala ruangan, dan hari kelima adalah penilaian kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan ketiga yang dilakukan oleh peneliti
2. Penilaian kelengkapan dokumentasi keperawatan menggunakan instrumen standart dokumentasi keperawatan dari Depkes RI 1995 form A yang meliputi: pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan, dan catatan asuhan keperawatan. Penilaian kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan tersebut dilakukan sebanyak 3 kali yaitu pada tanggal 27 Agustus 2014, tanggal 29 Agustus 2014, dan terakhir tanggal 31 Agustus 2014.
3. Supervisi keperawatan yang dilaksanakan adalah supervisi tidak langsung oleh kepala ruangan shofa marwah yaitu kepala ruangan tidak melakukan langsung supervisi keperawatan kepada perawat yang akan di supervisi tetapi kepala ruangan hanya menilai dokumentasi asuhan keperawatannya saja dan memberikan catatan kecil pada point dimana dokumentasi tersebut tidak/ kurang lengkap. Supervisi keperawatan tersebut dilakukan 2 kali dengan jaran antara supervisi yang pertama dan supervisi yang kedua adalah 1 hari yaitu dilakukan pada tanggal 28 Agustus 2014 dan tanggal 30 Agustus 2014.

#### 4.1.4 Hasil Observasi Dokumentasi Keperawatan

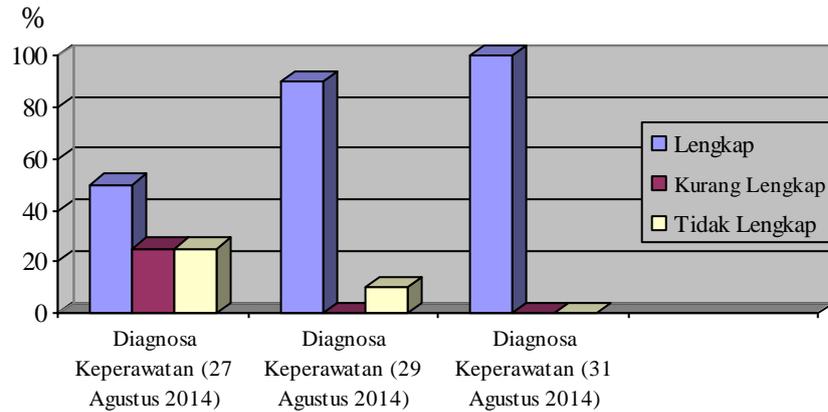
##### 4.1.4.1 Identifikasi Penerapan Supervisi Kepala Ruangan Dalam Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan di Ruang Shofa Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang

Dalam melaksanakan studi kasus selama 5 hari dengan melakukan tindakan supervisi dokumentasi dalam kelengkapan dokumentasi keperawatan di ruang shofa marwah RS Siti Khodijah Sepanjang Sidoarjo didapatkan hasil sebagai berikut:



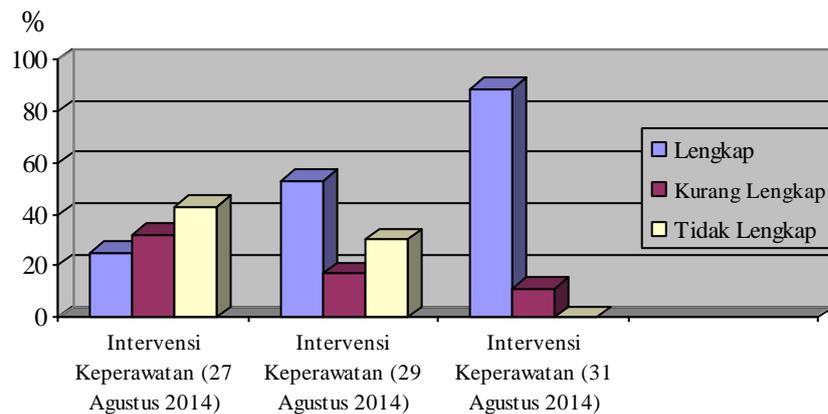
Gambar 4.2 Hasil Kelengkapan Pengkajian Keperawatan di Ruang Shofa Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang Sidoarjo tanggal 27-31 Agustus 2014.

Berdasarkan gambar 4.2 menunjukkan bahwa kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pada poin pengkajian keperawatan tanggal 27 Agustus 2014 dari 28 rekam medis yang lengkap sebanyak 57%, pada tanggal 29 Agustus 2014 dari 30 rekam medis yang lengkap sebanyak 87%, pada tanggal 31 Agustus 2014 dari 18 rekam medis seluruhnya lengkap yaitu 100%.



Gambar 4.3 Hasil Kelengkapan Diagnosa Keperawatan di Ruang Shofa Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang Sidoarjo tanggal 27-31 Agustus 2014.

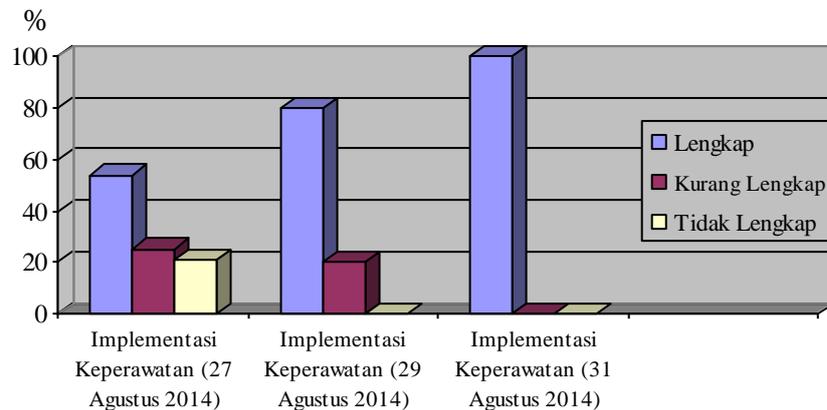
Berdasarkan gambar 4.3 menunjukkan bahwa kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pada poin diagnosa keperawatan tanggal 27 Agustus 2014 dari 28 rekam medis yang lengkap sebanyak 50%, pada tanggal 29 Agustus 2014 dari 30 rekam medis yang lengkap sebanyak 90%, pada tanggal 31 Agustus 2014 dari 18 rekam medis seluruhnya lengkap yaitu 100%.



Gambar 4.4 Hasil Kelengkapan Intervensi Keperawatan di Ruang Shofa Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang Sidoarjo tanggal 27-31 Agustus 2014.

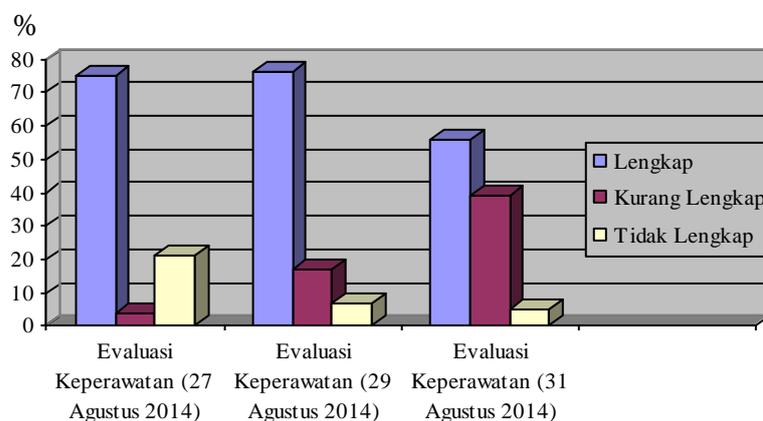
Berdasarkan gambar 4.4 menunjukkan bahwa kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pada poin intervensi keperawatan tanggal 27 Agustus 2014 dari 28 rekam medis yang lengkap sebanyak 25%, pada tanggal 29 Agustus 2014

dari 30 rekam medis yang lengkap sebanyak 53%, pada tanggal 31 Agustus 2014 dari 18 rekam medis yang lengkap sebanyak 89%.



Gambar 4.5 Hasil Kelengkapan Implementasi Keperawatan di Ruang Shofa Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang Sidoarjo tanggal 27-31 Agustus 2014.

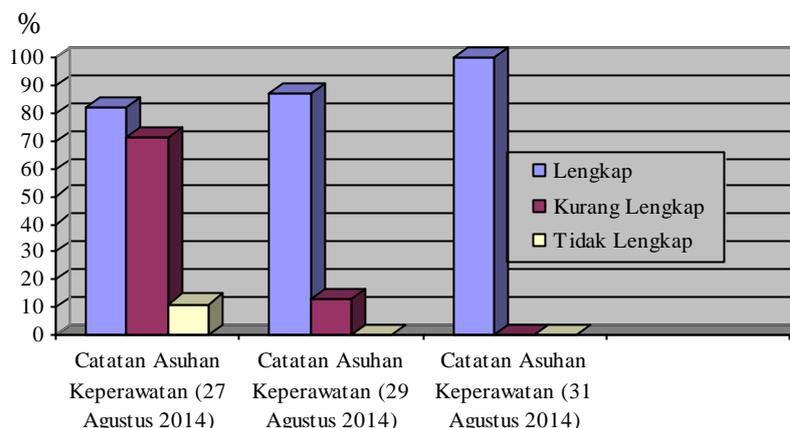
Berdasarkan gambar 4.5 menunjukkan bahwa kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pada poin implementasi keperawatan tanggal 27 Agustus 2014 dari 28 rekam medis yang lengkap sebanyak 53%, pada tanggal 29 Agustus 2014 dari 30 rekam medis yang lengkap sebanyak 80%, pada tanggal 31 Agustus 2014 dari 18 rekam medis seluruhnya lengkap yaitu 100%.



Gambar 4.6 Hasil Kelengkapan Evaluasi Keperawatan di Ruang Shofa Marwah RS Siti Kodijah Sepanjang Sidoarjo tanggal 27-31 Agustus 2014.

Berdasarkan gambar 4.6 menunjukkan bahwa kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pada poin evaluasi keperawatan tanggal 27 Agustus 2014 dari 28 rekam medis yang lengkap sebanyak 75%, pada tanggal 29 Agustus 2014

dari 30 rekam medis yang lengkap sebanyak 77%, pada tanggal 31 Agustus 2014 dari 18 rekam medis yang lengkap sebanyak 56%.

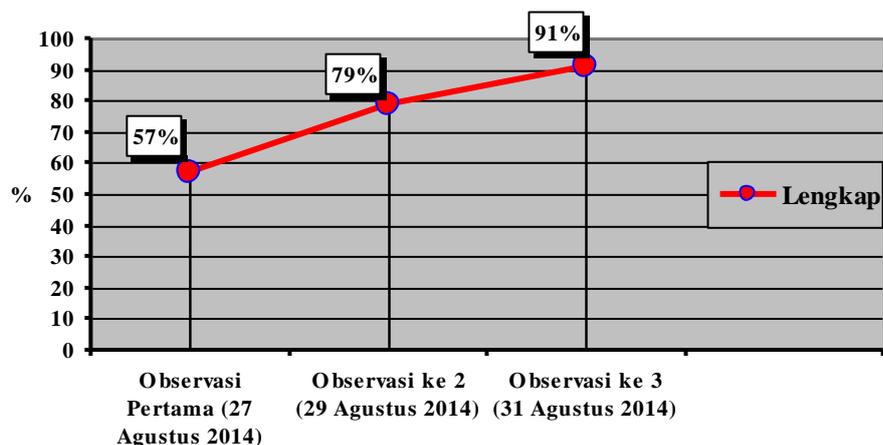


Gambar 4.7 Hasil Kelengkapan Catatan Asuhan Keperawatan di Ruang Shofa Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang Sidoarjo tanggal 27-31 Agustus 2014.

Berdasarkan gambar 4.7 menunjukkan bahwa kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pada poin catatan asuhan keperawatan tanggal 27 Agustus 2014 dari 28 rekam medis yang lengkap sebanyak 82%, pada tanggal 29 Agustus 2014 dari 30 rekam medis yang lengkap sebanyak 87%, pada tanggal 31 Agustus 2014 dari 18 rekam medis seluruhnya lengkap yaitu 100%.

#### 4.1.4.2 Evaluasi Penerapan Supervisi Kepala Ruangan Dalam Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Ruang Shofa Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang

Setelah dilaksanakan supervisi dokumentasi keperawatan sebanyak 2 kali didapatkan evaluasi kelengkapan dokumentasi keperawatan di ruang shofa marwah RS Siti Khodijah Sepanjang selama 3 kali observasi didapatkan hasil sebagai berikut :



Gambar 4.8 Hasil Evaluasi Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Shofa Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang Sidoarjo tanggal 27-31 Agustus 2014.

Berdasarkan gambar 4.8 menunjukkan bahwa evaluasi kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pada tanggal 27 Agustus 2014 dari 28 rekam medis pasien sebagian besar lengkap yaitu sebanyak 57%, pada tanggal 29 Agustus 2014 dari 30 rekam medis pasien sebagian besar lengkap yaitu sebanyak 79%, dan pada tanggal 31 Agustus 2014 dari 18 rekam medis pasien hampir seluruhnya lengkap yaitu sebanyak 91%.

## 4.2 Pembahasan

### 4.2.1 Identifikasi Penerapan Supervisi Kepala Ruangan Dalam Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan di Ruang Shofa Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang

Dari hasil observasi didapatkan bahwa kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pada tanggal 27 Agustus 2014 dari 28 rekam medis pasien sebagian besar lengkap yaitu sebanyak 57%, pada tanggal 29 Agustus 2014 dari 30 rekam medis pasien sebagian besar lengkap yaitu sebanyak 79%, dan pada tanggal 31

Agustus 2014 dari 18 rekam medis pasien hampir seluruhnya lengkap yaitu sebanyak 91%.

Dari hasil tersebut jika diuraikan ketidaklengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang shofa marwah RS Siti Khodijah Sepanjang diantaranya yaitu pada poin pengkajian keperawatan tentang data pasien yang dikaji sejak klien masuk sampai pulang rata-rata tidak dilakukan, pada poin diagnosa keperawatan tentang perumusan diagnosa aktual/ resiko/ potensial rata-rata tidak dilakukan karena diagnosa keperawatan yang diangkat dari setiap pasien masuk hanya 1 diagnosa keperawatan yang prioritas sehingga yang diangkat hanya diagnosa aktualnya saja sedangkan diagnosa potensial dan diagnosa resiko jarang diangkat, pada poin intervensi keperawatan tentang penyusunan intervensi menurut urutan prioritas rata-rata tidak dilakukan karena jika hanya 1 diagnosa keperawatan maka intervensi keprawatan tidak bisa disusun menurut urutan prioritas dan juga ada sebagian rencana intervensi keperawatan yang tidak mencantumkan keterlibatan klien/ keluarga, pada poin implementasi keperawatan rata-rata sebagian tidak mengacu pada rencana asuhan keperawatan, pada poin evaluasi keperawatan sebagian besar sudah lengkap, dan pada poin catatan asuhan keperawatan ada sebagian perawat tidak mencantumkan nama lengkap serta paraf setelah melakukan tindakan keperawatan ke pasien.

Dokumentasi keperawatan yang tidak lengkap disebabkan karena adanya format asuhan keperawatan yang tidak diisi lengkap, sumber daya manusia yang kurang memadai, standard operasional rumah sakit yang tidak dilaksanakan, faktor keuntungan bagi perawat, dan terakhir adalah motivasi perawat yang kurang dalam melengkapi dokumentasi asuhan keperawatan (Hidayat, 2008).

Menurut Linggardini (2010) pengetahuan perawat akan mempengaruhi kelengkapan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan yang ada di ruangan.

Pengetahuan perawat bisa diperbaiki dengan adanya supervisi dan pembinaan tentang dokumentasi keperawatan, tetapi supervisi dan pembinaan tentang pendokumentasian asuhan keperawatan di ruangan yang dilakukan penelitian oleh peneliti jarang dilakukan sehingga hal ini memungkinkan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan menjadi tidak lengkap.

#### **4.2.2 Evaluasi Penerapan Supervisi Kepala Ruangan dalam Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan di Ruang Shofa Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang**

Dari hasil observasi didapatkan bahwa kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pada tanggal 27 Agustus 2014 dari 28 rekam medis pasien sebagian besar lengkap yaitu sebanyak 57%, pada tanggal 29 Agustus 2014 dari 30 rekam medis pasien sebagian besar lengkap yaitu sebanyak 79%, dan pada tanggal 31 Agustus 2014 dari 18 rekam medis pasien hampir seluruhnya lengkap yaitu sebanyak 91%.

Kelengkapan dokumentasi keperawatan diatas ada perubahan dari tidak lengkap menjadi lengkap setelah dilakukan tindakan supervisi dokumentasi keperawatan selama 2 kali yang jarak antara supervisi yang pertama dan kedua adalah 1 hari. Pelaksanaan supervisi keperawatan dilakukan sesuai prosedur dengan memaksimalkan peran kepala ruangan dan perawat primer/ ketua tim. Tindakan supervisi tidak langsung yang dilaksanakan oleh kepala ruangan meliputi: persiapan materi yang akan dilaksanakan yaitu supervisi dokumentasi

keperawatan, kemudian mengambil rekam medis pasien yang akan diperiksa kelengkapannya, memeriksa kelengkapan dokumentasi sesuai dengan standar dokumentasi asuhan keperawatan yang ditetapkan rumah sakit yaitu form A dari Depkes RI 1995, memberikan penilaian atas dokumentasi yang disupervisi dengan memberikan tanda bila ada yang masih kurang dan memberikan catatan tertulis pada perawat yang mendokumentasikan, kemudian memberikan catatan kecil pada lembar dokumentasi yang tidak lengkap atau tidak sesuai standar, pada catatan kecil tersebut mengandung unsur penilaian, memberikan *feedback*, memberikan *reinforcement* dan *follow up* perbaikan sehingga semua perawat yang mengisi dokumentasi asuhan keperawatan mengetahui dimana letak kesalahan/kekurangannya dalam pengisian dokumentasi asuhan keperawatan dan sekaligus mengetahui bagaimana cara memperbaiki ketidaklengkapan dokumentasi keperawatan tersebut supaya dokumentasi keperawatan menjadi lengkap.

Penelitian yang dilakukan Etlingawati (2012) mengemukakan bahwa tindakan supervisi dokumentasi keperawatan sangat berpengaruh pada kelengkapan dokumentasi keperawatan apalagi supervisi tersebut mempunyai sistem kelanjutan yang artinya tidak hanya 1 kali supervisi dokumentasi keperawatan yang dilakukan tetapi lebih dari 1 kali supervisi dokumentasi keperawatan sehingga bisa membuat dokumentasi keperawatan menjadi lengkap. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rostiani, dkk (2012) yang meneliti pengaruh variabel komunikasi dan supervisi kepala ruangan terhadap kelengkapan dokumentasi keperawatan, dari hasil penelitian tersebut Rostiani mengemukakan bahwa variabel yang paling berpengaruh terhadap kelengkapan

dokumentasi keperawatan adalah supervisi dokumentasi keperawatan yang dilakukan oleh kepala ruangan.

Menurut penelitian yang dilakukan Linggardini (2010) menyatakan bahwa perawat yang mendapatkan supervisi dan pembinaan secara teratur berpeluang 9,333 kali untuk menyusun dokumentasi proses keperawatan lebih baik dibandingkan dengan perawat yang tidak mendapatkan supervisi dan pembinaan setelah dikontrol dari lama kerja dan tehnik supervisi yang digunakan.

Menurut penelitian yang dilakukan Ardika (2012) menyatakan bahwa pengetahuan perawat sangat berpengaruh terhadap kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan. Hal ini sesuai dengan Agung Pribadi yang mengemukakan bahwa perawat yang berpengetahuan rendah memiliki resiko 6,280 kali lebih besar untuk melakukan pengisian dokumentasi yang tidak lengkap (Ardika, 2012).

Tujuan supervisi adalah memberikan bantuan kepada bawahan secara langsung, sehingga bawahan memiliki bekal yang cukup untuk dapat melaksanakan tugas atau pekerjaan dengan hasil yang baik (WHO, 2009).

Dari hasil penelitian yang dilakukan peneliti dan di dukung oleh beberapa teori diatas dapat disimpulkan bahwa supervisi dokumentasi keperawatan sangat bagus digunakan untuk memperbaiki dokumentasi asuhan keperawatan yang ada di ruangan sehingga dengan adanya supervisi dokumentasi keperawatan oleh kepala ruangan bisa membantu perawat dalam mendapatkan bekal pengetahuan yang cukup untuk dapat melengkapi dokumentasi asuhan keperawatan di ruangan dengan baik. Hal ini bisa dibuktikan dari hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti yaitu terjadinya perubahan hasil dokumentasi asuhan keperawatan dari tidak lengkap menjadi lengkap hanya dengan 2 kali supervisi keperawatan yang

jarak antara supervisi pertama dan supervisi kedua adalah 1 hari dan didukung dengan memaksimalkan faktor-faktor yang mempengaruhi kelengkapan dokumentasi keperawatan diantaranya adalah bekal pengetahuan yang cukup tentang pengisian dokumentasi asuhan keperawatan dan motivasi perawat yang besar untuk dapat melengkapi dokumentasi asuhan keperawatan sehingga dokumentasi asuhan keperawatan yang ada di ruangan menjadi lengkap.