

**KUALITAS DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN
DI RUANG RAWAT INAP RS PKU MUHAMMADIYAH
YOGYAKARTA**

NASKAH PUBLIKASI



Disusun oleh :

SRI HARTATI

O80201123

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN 'AISYIYAH
YOGYAKARTA
2010**

**KUALITAS DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN
DI RUANG RAWAT INAP RS PKU MUHAMMADIYAH
YOGYAKARTA**

NASKAH PUBLIKASI

Diajukan Guna Melengkapi Sebagai Syarat Mencapai Gelar Sarjana Keperawatan Pada
Program Pendidikan Ners-Program Studi Ilmu Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan 'Aisyiyah
Yogyakarta



Disusun oleh :

SRI HARTATI

080201123

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN 'AISYIYAH
YOGYAKARTA
2010**

HALAMAN PERSETUJUAN

**KUALITAS DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN DI RUANG
RAWAT INAP RS PKU MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA**

NASKAH PUBLIKASI



Disusun oleh
Sri Hartati
NIM : 080201123

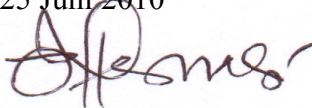
Telah Memenuhi Persyaratan dan Disetujui Untuk Mengikuti Ujian Skripsi Pada
Program Pendidikan Ners-Program Studi Ilmu Keperawatan STIKES 'Aisyiah
Yogyakarta

Oleh :

Pembimbing : Yuli Isnaeni, M.Kep, Sp Kom

Tanggal : 25 Juni 2010

Tanda tangan


.....

THE QUALITY OF THE NURSING DOCUMENTATION AT INWARD ROOMS AT PKU MUHAMMADIYAH HOSPITAL OF YOGYAKARTA¹

Sri Hartati², Yuli Isnaeni³

ABSTRACT

Background of Study: The nursing documentation is one of accountable proves from what nurses have done to patients. A professional and accountable proof of any nursing treatment might be achieved through a good handling upon documentation. However, there were many documentation sheets that were left blank. **Research Objective:** To figure out the quality of the nursing documentation by studying its elements, such as assessment, nursing diagnose, planning, implementation, evaluation, and nursing documentation as well. **Methodology:** The type of the research was descriptive non-experimental research with random sampling method. The subjects were 297 medical record files of the in-patients from October to December 2009. Data collecting technique was done by studying *Instrumen A Evaluasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit*. The collected data was analyzed by Univariate Analysis, which resulted in distribution of frequency and percentage. **Research Findings:** The research proved a good result on the quality of documentations upon assessment, that was 55.81%; nursing diagnose 53.65%; planning 74.07%; implementation 55.81%; evaluation 68.18%; and nursing documentation 75.56%. The median was 63.85%. **The researcher** gives advice to the Head of Nursing Division to hold trainings in nursing documentation and to maintain continuous observation upon it. The next research is expected to study about the relation between the quality of nursing documentation and its influential factors.

Key words : Quality, nursing documentation
Reference : 22 books (1995-2009)
Page number : x, 54 pages, 7 tables, attachments

¹ Thesis Title

² Student of Aisyiyah School of Health Sciences

³ Lecturer of PPN-PSIK STIKES Aisyiyah Yogyakarta

PENDAHULUAN

Keperawatan di Indonesia telah mengalami perubahan konsep dan terjadi pergeseran yang sangat penting. Salah satu pergeseran penting yang terjadi dalam proses profesionalisasi keperawatan adalah dalam pelaksanaan tindakan keperawatan. Tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan saat ini dan di masa yang akan datang berkaitan dengan tingkat pendidikan masyarakat yang juga semakin meningkat. Salah satu pengaruh peningkatan pendidikan ini adalah peningkatan pengetahuan masyarakat, termasuk pengetahuan hukum yang berkaitan dengan hak-hak masyarakat sebagai penerima jasa pelayanan keperawatan (Dinarti dkk,2009). Hasil kajian yang dilakukan oleh (Depkes & UI,2005) menunjukkan bahwa terdapat perawat yang menetapkan diagnosis penyakit sebanyak (92,6%), membuat resep

obat sebanyak (93,1%), melakukan tindakan pengobatan didalam maupun diluar gedung Puskesmas sebanyak (97,1%), melakukan tugas administrasi seperti bendahara sebanyak (63,6%). Hal inilah yang menunjukkan bahwa perawat telah banyak yang melupakan pekerjaannya dalam melakukan asuhan keperawatan khususnya dokumentasi keperawatan. Pendokumentasian Keperawatan merupakan hal penting yang dapat menunjang pelaksanaan mutu asuhan keperawatan. (Kozier,E. 1990 dalam <http://www.fkep.unpad.ac.id>). Selain itu dokumentasi keperawatan merupakan bukti akontabilitas tentang apa yang telah dilakukan oleh seorang perawat kepada pasiennya. Dengan adanya pendokumentasian yang benar maka bukti secara profesional dan legal dapat dipertanggung jawabkan. Apalagi pada saat ini tingkat kesadaran masyarakat tentang hukum memberi implikasi pada profesi

keperawatan sehingga perawat harus berhati-hati dalam memberikan asuhan keperawatan, demikian halnya dalam melakukan dokumentasi asuhan keperawatan. Profesi keperawatan merupakan profesi yang memiliki resiko hukum. Kesalahan perawat yang mengakibatkan kecacatan atau kematian klien dapat menyeret perawat ke pengadilan. Karenanya, segala aktivitas yang dilakukan perawat terhadap klien harus terdokumentasikan dengan baik. Inilah fungsi pentingnya dokumentasi keperawatan. (Asmadi, 2008) . Dari studi pendahuluan yang dilakukan adanya keluhan dari salah satu dokter di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta yang menyatakan prihatin atas kondisi asuhan keperawatan yang dilakukan oleh para perawat diruangan, beliau menyatakan kenapa askep yang dibuat tidak menyatakan apa yang telah dilakukan dan tidak menggambarkan adanya tindakan

keperawatan sehingga tidak layak jika disebut sebagai alat komunikasi antar perawat pada shif berikutnya, Selain itu pengamatan yang dilakukan diruangan didapatkan perawat yang lebih mementingkan pekerjaan medis seperti menyuntik, memasang infus dan lain-lain yang sifatnya pekerjaan medis dan para perawat malas untuk melakukan pendokumentasian tindakan yang telah mereka lakukan, banyaknya lembar asuhan keperawatan yang dibiarkan kosong walaupun pasien sudah menjalani rawat inap lebih dari 3 hari juga menjadi gambaran bahwa perawat melupakan pekerjaan pokoknya yaitu melakukan asuhan keperawatan.

Berdasarkan latar belakang tersebut penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “ Kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.”

METODOLOGI PENELITIAN

Dalam penelitian ini menggunakan rancangan penelitian deskriptif non eksperimental. Dilakukan secara retrospektif yaitu penelitian yang berusaha melihat ke belakang (Notoatmodjo,2005). Penelitian dilakukan untuk mengetahui kualitas dokumentasi Asuhan Keperawatan di ruang rawat inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Variabel penelitian ini adalah kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di bangsal rawat inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta, yang meliputi dokumentasi pengkajian, dokumentasi diagnosis keperawatan, dokumentasi perencanaan, dokumentasi tindakan/implementasi dan dokumentasi evaluasi. Penilaian studi dokumentasi diukur dengan Instrumen A Evaluasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit. Hasilnya kemudian

dimasukkan dalam rentang nilai menurut Sugiyono hasilnya dinyatakan baik bila didapatkan nilai 66 - 100%, dinyatakan sedang bila didapatkan nilai 32 - 65%, dinyatakan kurang bila didapatkan nilai 0 - 31%. Dalam penelitian ini jumlah populasi pasien rawat inap di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada bulan Oktober 2009 sampai dengan bulan Desember 2009 dari seluruh berkas rekam medik pasien rawat inap di RS. berjumlah 2019 dari seluruh berkas rekam medis pada bulan Oktober sampai bulan Desember 2009. peneliti menggunakan penentuan jumlah sampel yang dikembangkan oleh Isaac dan Michael dengan tingkat kesalahan 5% berdasarkan tabel didapatkan besar sampel adalah 297. Pengambilan sampel dilakukan dengan tehnik random sampling. Cara pengambilan sampel dilakukan dengan cara membagi jumlah populasi dengan

jumlah sampel yang diinginkan. Dalam penelitian ini di dapatkan jumlah populasi 2019 dibagi 297 maka hasilnya adalah 6,79 atau dibulatkan menjadi 7. Maka anggota populasi yang terkena sampel adalah setiap elemen yang mempunyai nomor kelipatan 7 sampai jumlah sampel 297. Metode pengumpulan data dibuat berdasarkan Instrumen Penilaian Evaluasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Depkes RI, 2005. Instrumen ini menggunakan studi dokumentasi yang terdiri dari 24 item, yang meliputi pengkajian 4 item, diagnosis

keperawatan 3 item, perencanaan 6 item, tindakan 4 item, evaluasi 2 item dan catatan keperawatan 5 item. Setelah data terkumpul dan diolah kemudian dianalisis. Pada penelitian dengan satu variabel menggunakan satu variabel menggunakan analisis data univariat yang menghasilkan distribusi prosentase (Notoatmodjo, 2002). Dalam penelitian ini analisis data yang digunakan adalah analisis univariat karena hanya ada satu variabel yaitu dokumentasi asuhan keperawatan. Disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tabel 1.

Distribusi frekuensi kualitas dokumentasi dari aspek pengkajian			
No	Aspek yang dinilai	f	%
1	Mencatat data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian	254	85,52%
2	Data dikelompokkan (bio- psiko-sosio-spiritual)	176	59,25
3	Data dikaji sejak pasien masuk sampai pulang	79	26,5
4	Masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan	169	56,9

Dari tabel 1. Dapat dilihat bahwa sebagian besar dokumentasi asuhan keperawatan dari aspek pengkajian memiliki kualitas cukup dimana 254 berkas pengkajian telah dilakukan pencatatan data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian, data telah dikelompokkan sesuai bio,psiko,sosio,spiritual dan masalah telah dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan. Sedangkan sebanyak 79 berkas atau 26,59 % memiliki kualitas yang kurang hal ini terdapat pada data yang tidak dikaji sejak pasien masuk sampai pulang. Dalam pengkajian yang akurat, lengkap, sesuai kenyataan, kebenaran data sangat

penting dalam merumuskan diagnosa keperawatan, selain itu pengkajian juga bertujuan untuk menyusun data dasar mengenai kebutuhan, masalah kesehatan, dan respon klien terhadap masalah. Jadi apabila pengkajian tidak dilakukan secara lengkap dapat mempengaruhi dalam tahap pembuatan diagnosa keperawatan. Hal ini dipengaruhi oleh pengetahuan dan ketrampilan perawat dalam melakukan pengkajian dimana sebagian besar perawat diruangan adalah lulusan D III keperawatan, hal ini tidak sesuai dengan Utami (2002) yang menyatakan bahwa tingkat pendidikan tidak mempunyai pengaruh dengan pelaksanaan asuhan keperawatan.

Tabel 2.
Distribusi frekuensi kualitas dokumentasi asuhan keperawatan dari aspek diagnosa keperawatan

No	Aspek yang dinilai	f	%
1	Diagnosa Keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan	161	54,21%
2	Diagnosa Keperawatan mencerminkan PE/PES	224	75,42%
3	Merumuskan Diagnosa Keperawatan Aktual/Potensial	92	30,97%

Berdasarkan tabel 2 dapat dilihat bahwa pada Diagnosa Keperawatan memiliki kualitas baik pada diagnosa PE/PES yaitu sebanyak 224 berkas atau 75,42 %, sedangkan kualitas cukup sebanyak 161 berkas atau 54,21% dimana diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan, sedangkan yang berkualitas kurang dimana diagnosa keperawatan dirumuskan aktual/potensial yaitu sebanyak 92 berkas atau 30,97%. Sedangkan pada aspek diagnosa keperawatan dengan jumlah rata-rata yang mencapai 53,65 % dan memiliki kualitas yang cukup, sedangkan pada tabel 2 dapat dilihat bahwa persentase terendah adalah pada aspek merumuskan diagnosa keperawatan aktual/potensial yang mencapai 30,97%, hal ini di karenakan perawat tidak membuat diagnosa

keperawatan secara aktual/potensial kebanyakan diagnosa keperawatan hanya yang aktual saja perawat jarang memunculkan diagnosa potensial dalam pembuatan diagnosa keperawatan. Menurut Potter&Perry,2009 Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menguraikan respon aktual atau potensial terhadap masalah kesehatan klien. Diagnosa keperawatan menurut Carpenito (2000) dapat dibedakan menjadi 5 kategori yaitu : aktual, resiko, kemungkinan, wellness, dan diagnosa keperawatan sindrom. Kurang lengkapnya pembuatan diagnosa keperawatan juga berhubungan dengan kurang lengkapnya aspek pengkajian sehingga hal ini mempengaruhi dalam pembuatan diagnosa keperawatan

Tabel 3.
Distribusi frekuensi Dokumentasi Asuhan Keperawatan dari aspek
Perencanaan

No	Aspek yang dinilai	f	%
1	Berdasarkan Diagnosa Keperawatan	219	73,74%
2	Disusun berdasarkan urutan prioritas	219	73,74%
3	Rumusan tujuan mengandung komponen pasien/subyek, perubahan, perilaku, kondisi pasien dan atau kriteria	219	73,74%
4	Rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas dan atau melibatkan pasien/keluarga	219	73,74%
5	Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien/keluarga	219	73,74%
6	Rencana tindakan menggambarkan kerjasama dengan tim kesehatan lain.	219	73,74%

Dari tabel 3 dapat dilihat bahwa pada aspek pengkajian dokumentasinya memiliki kualitas yang baik hal ini ditunjukkan pada semua aspek didapatkan sebanyak 219 berkas atau 73,74%. Dari aspek perencanaan yang mencapai 73,74 % merupakan pencapaian dengan kualitas yang baik pada dokumentasi asuhan keperawatan. Hal ini di karenakan pada aspek perencanaan sudah menggunakan format checklist (V) pada setiap perencanaan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang telah di buat. Hal ini juga sudah sesuai dengan definisi perencanaan menurut Potter dan Perry (1997) yang menyatakan bahwa perencanaan adalah kegiatan dalam keperawatan yang meliputi : meletakkan pusat tujuan pada klien, menetapkan hasil yang ingin dicapai, dan memilih intervensi keperawatan

untuk mencapai tujuan. Sedangkan belum maksimalnya aspek perencanaan (mencapai 100%) menurut pengamatan peneliti hal ini dipengaruhi oleh adanya lembar perencanaan yang tidak sesuai dengan kasus/diagnosa medis, adanya beberapa kasus penyakit yang tidak ada lembar perencanaan menjadi

kendala bagi perawat dalam membuat perencanaan karena kebanyakan perawat yang mempunyai latar belakang pendidikan DIII dan mempunyai masa kerja diatas 5 tahun juga turut mempengaruhi kualitas asuhan keperawatan yang belum maksimal.

Tabel 4.
Distribusi frekuensi Dokumentasi Asuhan Keperawatan dari aspek Tindakan

No	Aspek yang dinilai	f	%
1	Tindakan dilakukan mengacu pada rencana keperawatan	87	29,29%
2	Perawat mengobservasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan	170	57,24%
3	Revisi tindakan keperawatan berdasarkan hasil evaluasi	137	46,13%
4	Semua tindakan yang telah dilakukan dicatat ringkas dan jelas	262	88,21%

Dari tabel 4 dapat dilihat pada aspek tindakan yang telah dilakukan dicatat ringkas dan jelas memiliki kualitas yang paling baik yaitu sebanyak 262 berkas atau 88,21 %, sedangkan pada aspek perawat mengobservasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan mempunyai kualitas yang cukup begitu juga

dengan aspek revisi tindakan keperawatan berdasarkan hasil sebesar 137 atau 46,13%, sedangkan aspek tindakan dilakukan mengacu pada rencana keperawatan memiliki kualitas yang kurang yaitu sebanyak 87 berkas atau 29,29%. Dari aspek tindakan keperawatan terdapat 87 berkas atau 29,29% yang kualitasnya

kurang, hal ini terdapat pada tindakan yang dilakukan tidak mengacu pada rencana keperawatan dimana pada tahap tindakan keperawatan harus mengacu/diidentifikasi pada tahap perencanaan. Padahal menurut Bulechek, Butcher dan Dochterman (2008) implementasi merupakan bentuk penanganan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pertimbangan dan pengetahuan klinis yang bertujuan meningkatkan hasil perawatan klien. Dari observasi didapatkan bahwa perawat hanya melakukan tindakan terhadap keluhan

dari pasien tapi tidak memperhatikan rencana yang telah dibuat sebelumnya. Selain itu perawat lebih memprioritaskan pelaksanaan tindakan langsung pada pasien, padahal dalam tindakan /implementasi ada tiga tahap dalam tindakan keperawatan yaitu: persiapan, perencanaan dan dokumentasi, dalam lembar tindakan perawat kurang memperhatikan faktor dokumentasi padahal pada setiap tindakan harusnya segera dilakukan pendokumentasian sebagai bukti dari tindakan keperawatan pada pasien.

Tabel 5.
Distribusi frekuensi Dokumentasi Asuhan Keperawatan dari aspek Evaluasi

No	Aspek yang dinilai	f	%
1	Evaluasi mengacu pada tujuan	172	57,91%
2	Hasil evaluasi dicatat	232	78,11%

Berdasarkan tabel 5 dapat dilihat pada aspek hasil evaluasi dicatat mempunyai kualitas yang baik yaitu sebesar 232 berkas atau 78,11%, sedangkan pada aspek evaluasi mengacu pada tujuan mendapatkan

kualitas cukup yaitu sebesar 172 berkas atau 57,91%. Dokumentasi evaluasi sudah menggunakan format SOAP sehingga memudahkan perawat dalam melakukan evaluasi yang berkesinambungan. Hal ini sudah

sesuai dengan komponen evaluasi yaitu : menentukan kriteria, standar, dan pertanyaan evaluasi, mengumpulkan data mengenai keadaan kien terbaru, menganalisa dan

membandingkan data terhadap kriteria dan standar, merangkum hasil dan membuat kesimpulan dan melaksanakan tindakan yang sesuai berdasarkan kesimpulan.

Tabel 6.
Distribusi frekuensi dokumentasi dari aspek catatan asuhan keperawatan

No	Aspek yang dinilai	f	%
1	Menulis pada format yang baku	290	97,64%
2	Pencatatan dilakukan sesuai dengan tindakan yang dilaksanakan	216	72,72%
3	Setiap pencatatan ditulis dengan jelas,ringkas,istilah yang baku dan benar	262	88,21%
4	Setiap melakukan tindakan/kegiatan perawat mencantumkan paraf/nama jelas,dan tanggal jam dilakukannya tindakan	63	21,21%
5	Berkas catatan keperawatan disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku	295	98,32%

Berdasarkan tabel 6 dapat dilihat bahwa sebagian besar aspek telah dilakukan dengan baik/memiliki kualitas yang baik hal ini berdasarkan dari aspek berkas catatan keperawatan disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku sebanyak 295 berkas atau 98,32%, disusul dengan aspek menulis pada format yang baku sebesar 290 atau 97,64%, dilanjutkan pada aspek setiap

pencatatan ditulis dengan jelas,ringkas, istilah yang baku dan benar didapatkan 262 berkas atau 88,21%, kemudian aspek pencatatan dilakukan sesuai dengan tindakan yang dilaksanakan sebesar 216 berkas atau sebesar 72,72%. Sedangkan aspek setiap melakukan tindakan/kegiatan perawat mencantumkan paraf/nama jelas dan tanggal jam dilakukannya tindakan

didapatkan kualitas kurang yang terdapat pada 63 berkas atau 21,21%. Pada aspek setiap melakukan tindakan/kegiatan perawat mencantumkan paraf/nama jelas dan tanggal jam dilakukannya tindakan masih didapatkan kualitas kurang yang hanya dilakukan oleh perawat sebanyak 63 berkas atau 21,21 %. Selain itu perawat hanya mencantumkan tanggal dan paraf saja tanpa mencantumkan nama terang, padahal aspek ini sebagai suatu hal yang penting karena sebagai wujud dari tanggung jawab dan

tanggung gugat perawat. Faktor yang dapat mempengaruhi hal tersebut adalah perawat merasa tidak ada perbedaan yang signifikan antara mencantumkan nama dengan tidak mencantumkan nama terang pada catatan tindakan maupun yang lainnya. Hal ini juga kurangnya kesadaran dari perawat tentang pentingnya mencantumkan nama terang dalam dokumentasi sebagai tanggung jawab dari perawat itu sendiri terhadap tindakan yang telah dilakukannya.

Tabel 7.
Distribusi Frekuensi Gambaran umum dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta

No	Aspek yang dinilai	%	Kategori
1	Pengkajian	55,81%	Cukup
2	Diagnosa Keperawatan	53,65%	Cukup
3	Perencanaan	74,07%	Baik
4	Tindakan	55,81%	Cukup
5	Evaluasi	68,18%	Baik
6	Catatan Asuhan Kep.	75,56%	Baik
	Rata-rata	63,85%	Cukup

Berdasarkan tabel 7 dapat dilihat bahwa sebagian besar dokumentasi keperawatan mempunyai kualitas yang cukup, hal ini dapat dilihat dari rata-rata dokumentasi yang

mencapai 63,85% dengan kategori kualitas cukup.

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi pelaksanaan asuhan keperawatan antara lain : tingkat

pendidikan/pengetahuan, motivasi, beban kerja, pelatihan dan kinerja. Sebagian besar perawat di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta adalah D III Keperawatan dengan masa kerja diatas 5 tahun dengan rata-rata pendidikan D III seharusnya perawat dapat melakukan asuhan keperawatan dengan baik . Kinerja dikategorikan dari kemampuan yang dimiliki oleh tenaga perawat dalam melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pasien yang ditinjau dari aspek pengetahuan perawat atas pelaksanaan asuhan keperawatan, melaksanakan dan mengikuti pelatihan terutama pelatihan bidang keperawatan khususnya dalam pembuatan asuhan keperawatan, memiliki semangat kerja yang tinggi karena adanya motivasi kerja baik dari dalam diri sendiri tenaga perawat maupun dari luar dalam konteks kerumahsakitannya dan adanya beban kerja yang dapat dilaksanakan oleh perawat seperti

pemberian tugas tambahan namun perawat masih memiliki kemampuan yang maksimal untuk tetap melaksanakan tugas tambahan tersebut.

Menurut Wahyuni (2009) terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan perawat dengan pelaksanaan asuhan keperawatan, dimana subyek penelitian ini adalah perawat dengan latar belakang pendidikan S 1 Ners hal ini berarti bahwa semakin tinggi jenjang pendidikan yang ditempuh, semakin banyak ilmu yang didapat sehingga mempengaruhi dalam pelaksanaan di rumah sakit. Disamping itu belum berjalan dengan baiknya asuhan keperawatan di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta juga dipengaruhi oleh kurangnya pengawasan dari atasan akan pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan. Tidak adanya evaluasi dan monitoring pelaksanaan asuhan

keperawatan, hasil asuhan dari manajer asuhan keperawatan menjadikan perawat merasa tidak ada bedanya antara melakukan asuhan keperawatan dengan benar dan tidak. Tidak adanya kontrol dari atasan apakah itu kepala ruang atau dari bidang perawatan membuat perawat semakin enggan untuk membuat asuhan keperawatan yang baik. Disamping itu tidak adanya pelatihan untuk mendukung pembuatan asuhan keperawatan juga ikut mempengaruhi, karena banyak perawat dengan latar belakang pendidikan D III sudah tidak mengetahui penulisan askep yang benar, karena setiap tahun terjadi perubahan ilmu yang baru dalam penulisan askep hal ini yang menjadi kendala bagi perawat yang memiliki masa kerja yang lebih dari 5 tahun dan tidak pernah mendapatkan penyegaran penulisan asuhan keperawatan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Setelah melakukan penelitian, pengolahan data, dan analisa data dari 297 berkas rekam medis asuhan keperawatan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta tentang kualitas dokumentasi asuhan keperawatan dari tanggal 10 April sampai dengan 20 April 2010, dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

1. Kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap mempunyai kualitas sedang/cukup yaitu 63,85 %
2. Kualitas dokumentasi hasil pengkajian asuhan keperawatan mempunyai kualitas cukup (55,81%)
3. Kualitas dokumentasi hasil diagnosa keperawatan mempunyai kualitas cukup (53,65%)

DAFTAR PUSTAKA

- Aisyah,(2004). *Perbandingan Kualitas Asuhan Keperawatan ruang Arofah dengan*

- Kualitas Asuhan Keperawatan ruang Marwa RSUD PKU Muhammadiyah Yogyakarta*, Skripsi UMY tidak dipublikasikan
- Arikunto, S, (2002). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, Edisi Revisi IV, PT Rineka Cipta, Jakarta.
- Carpenito, LJ,(1995). *Hand Book of Nursing Diagnoses*, Philadelphia, JB, Lippincot
- Cahyani, Devi,(2008) *Hubungan Beban Kerja Perawat dan Kualitas Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Kebuman*, Skripsi UGM tidak dipublikasikan.
- Dinarti, Ariyani, Nurhaeni, Chairani, (2009). *Dokumentasi Keperawatan*, TIM, Jakarta.
- Fisch Bach, FT,(1991). *Documenting Care; Communication, the Nursing Process and Documentation Standards*. Philadelphia, FA Davis Company
- Fitria, (2009). *Perlu kah ada Sistem Informasi Manajemen Asuhan Keperawatan dalam*
- <http://www.fkep.unpa.d.ac.id/>, diakses tanggal 3 Desember 2009
- Handayaningsih,I, (2007). *Dokumentasi Keperawatan "DAR" Panduan, Konsep, dan Aplikasi*, Mitra Cendekia, Yogyakarta.
- Hidayat,A,A (2002). *Pengantar Dokumentasi Proses Keperawatan*, EGC, Jakarta.
- Iyer, P.W, et al, (1996). *Nursing Process and Nursing Diagnosis*, W. B. Saunders Company, Philadelphia.
- Marr & Giebing, (2001). *Penjaminan Kualitas dalam Keperawatan: Konsep, Metode, dan Studi Kasus*, EGC, Jakarta.
- Maryorita, (2003). *Kualitas Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Intensif RS Bethesda Yogyakarta*, Skripsi UGM tidak dipublikasikan
- Maxwell R.J,(1984). *Quality Assesment in Healt*, British Medical Journal.

- NANDA, (2007), *Toxonomy I, with Official Diagnostic Categories*, NANDA, St Louis.
- Notoatmodjo, S., (2005). *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta.
- Nursalam,(2001). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktek*, Salemba Medika, Jakarta.
- , (2002), *Manajemen Keperawatan : Aplikasi dalam Praktek Keperawatan Profesional, ED I*, Salemba Medika, Jakarta.
- Potter, A, (2005). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan : Konsep, proses, dan praktek*, Edisi 4, Jakarta : EGC
- , (2009). *Fundamental Keperawatan, Buku I edisi 7*,Salemba medika Jakarta.
- PPNI, (2000). *Standart Praktek Keperawatan*, PPNI, Jakarta
- , (2006), *Hari keperawatan Sedunia (International Nurses Day)* dalam <http://www.inna.ppni.or.id> diakses tanggal 12 Februari 2010.
- RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta (2006). *Sejarah Singkat RS PKU Muhammadiyah* , dari <http://www.pkujogja.com>
- Sugiyono, (2007), *Statistik untuk Penelitian*, CV Alfabeta, Jakarta.
- Tim Depkes R.I, (2005), *Instrumen Evaluasi Penerapan Standart Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit*, Cetakan ke-5, Depkes RI Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Direktorat RSU & Pendidikan, Jakarta
- Tim Depkes R.I, (2001), *Standar Pelayanan Rumah Sakit*, cetakan V, Jakarta.
- Wahyuni, (2009), *Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat tentang Kode Etik Keperawatan dan Hukum Kesehatan Terhadap Kinerja Perawat yang Melaksanakan Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta*, Skripsi UMY tidak di publikasikan.