

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah di bahas dalam halaman sebelumnya, maka dapat di simpulkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien di Ruang Lavender Bawah RSUD Kardinah Kota Tegal dari 33 rekam medis dapat di tarik beberapa kesimpulan secara khusus sebagai berikut :

1. Hasil yang di dapatkan dari 33 dokumen rekam medis menunjukkan bahwa secara umum, dokumentasi keperawatan telah dilakukan dengan baik oleh perawat. Aspek evaluasi memiliki tingkat kelengkapan tertinggi, yaitu 100%, diikuti oleh implementasi sebesar 98%, dan diagnosa sebesar 91%. Sementara itu, aspek pengkajian menunjukkan tingkat kelengkapan sebesar 83% dan intervensi sebesar 80%.
2. Hasil yang di dapatkan dari 33 dokumen rekam medis pasien rawat inap menunjukkan data pengkajian keperawatan sebagian besar telah terisi. Sebanyak 100% dokumen mencantumkan data identitas klien, keluhan utama, keluhan penyerta, tanda vital, dan pengkajian fisik. Namun, tidak satu pun dokumen yang mencantumkan data riwayat kesehatan keluarga.
3. Hasil yang di dapatkan dari 33 dokumen rekam medis menunjukkan bahwa secara umum, perawat telah menetapkan diagnosa keperawatan sesuai dengan standar. Sebanyak 87% diagnosa didasarkan pada masalah yang telah dirumuskan, 93% menggunakan format PE/PES, dan 93% mencerminkan jenis aktual atau potensial.
4. Hasil yang di dapatkan dari 33 dokumen rekam medis menunjukkan bahwa sebagian besar perencanaan keperawatan telah disusun sesuai standar. Sebanyak 97% dokumen menunjukkan perencanaan berdasarkan diagnosa, prioritas, dan tujuan yang lengkap. Namun, tidak ditemukan keterlibatan pasien atau keluarga dalam penyusunan rencana asuhan pada seluruh dokumen 0%.
5. Hasil yang di dapatkan dari 33 dokumen rekam medis menunjukkan tingkat kesesuaian yang tinggi. Sebanyak 97% tindakan dilaksanakan

sesuai rencana dan mencatat respon klien secara tepat. Kolaborasi dengan tim kesehatan dan pencatatan tindakan dilakukan sepenuhnya 100%.

6. Hasil yang di dapatkan dari 33 dokumen rekam medis evaluasi keperawatan telah dilaksanakan secara optimal. Seluruh dokumen (100%) mencatat data subjektif, objektif, assessment, dan planning secara lengkap dan sesuai. Komponen assessment mencerminkan status masalah keperawatan dengan baik, dan planning mencakup rencana untuk pasien dan perawat.

5.2 Saran

1. Bagi pihak RSUD Kardinah Kota Tegal agar meningkatkan kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan pada Pasien Rawat inap
2. Bagi Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia agar dapat mengembangkan rekam medis nya lebih lanjut
3. Bagi rekan-rekan Mahasiswa peneliti menyarankan untuk lebih banyak belajar guna meningkatkan ilmu pengetahuan khususnya mengenai Dokumentasi Asuhan Keperawatan pada Pasien Rawat Inap
4. Bagi Institusi agar hasil penelitian ini dapat di jadikan suatu referensi mengenai Pendokumentasian Asuhan Keperawatan pada Pasien Rawat Inap
5. Bagi penliti selanjutnya, pada program Diploma III agar mengembangkan penelitian yang terkait dengan variabel penelitian ini.