

## BAB V

### HASIL STUDI DOKUMENTASI DAN PEMBAHASAN

#### A. Hasil Studi Dokumentasi

Hasil pengamatan yang telah dilakukan pada dua dokumen yang diamati berdasarkan fokus studi dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien Diabetes Melitus + *Diabetic Foot* dengan intoleransi aktivitas yang meliputi data pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan. Penelitian dilakukan pada tanggal 26 April sampai dengan 29 April 2019 di ruang Cendrawasih RSUD Wangaya.

#### 1. Pengkajian dan analisa data pasien Diabetes Melitus + *Diabetic Foot* dengan intoleransi aktivitas

Pengkajian yang telah dilakukan dalam penelitian ini terhadap dua dokumen pasien Diabetes Melitus + *Diabetic Foot* dengan intoleransi aktivitas.

##### a. Pengkajian data subjektif dan objektif

Tabel 1  
Pengkajian Data Subjektif dan Objektif pada  
Pasien dengan Intoleransi Aktivitas

Dokumen Subjek Pertama (Ny.SY)	Dokumen Subjek Kedua (Tn.SM)
1	2
Data Subjektif :	Data Subjektif :
Pasien mengeluh lemas, lelah	Pasien mengeluh lemah, tidak mampu beraktivitas seperti biasanya
Data Objektif :	Data Objektif :
- Keadaan umum lemah	- Keadaan umum lemah
- Dibantu ADL	- Dibantu ADL
- TD : 140/80 mmHg	- TD : 140/90 mmHg
Nadi : 80 kali/menit	- Nadi : 80 kali/menit

Dokumen subjek pertama yaitu Ny. SY berusia 56 tahun dengan nomor Rekam Medik 689031 dengan diagnosa medis DM-DF. Dokumen subjek kedua yaitu Tn. SM berusia 46 tahun dengan nomor Rekam Medik 691478 dengan diagnosa medis DM-DF.

Berdasarkan tabel di atas terdapat perbedaan pada data subjektif yaitu dokumen subjek pertama mengeluh lemas, lelah dan terdapat perbedaan pada dokumen subjek kedua yaitu mengeluh lemah, tidak mampu beraktivitas seperti biasanya. Sedangkan pada data objektif memiliki kesamaan yaitu kondisi umum lemah, dibantu ADL. Terdapat perbedaan hanya pada data hasil pemeriksaan tanda-tanda vital.

## **2. Diagnosa keperawatan pada pasien Diabetes Melitus + *Diabetic Foot* dengan intoleransi aktivitas**

Hasil penelitian pada bagian diagnosa keperawatan yang ditegakkan di ruang Cendrawasih RSUD Wangaya pada kedua dokumen pasien sama yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan pernyataan verbal tentang keletihan dan kelemahan, kondisi menurun, ketidakmampuan beraktivitas ringan. Diagnosa keperawatan tidak memiliki kolom khusus melainkan digabung dengan kolom rencana keperawatan.

### **3. Perencanaan keperawatan pada pasien Diabetes Melitus + *Diabetic Foot* dengan intoleransi aktivitas**

#### **a. Tujuan dan kriteria hasil**

Hasil penelitian pada dokumen subjek pertama (Ny.SY) dan subjek kedua (Tn.SM) ditemukan persamaan pada tujuan dan kriteria hasil yaitu setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam pasien mengidentifikasi faktor-faktor yang menurunkan intoleransi aktivitas, menunjukkan toleransi terhadap aktivitas yang biasa dilakukan dengan daya tahan, penghematan energi, dan perawatan diri dengan kriteria hasil mengidentifikasi faktor-faktor yang menurunkan intoleransi aktivitas, menunjukkan penghematan energi (menyadari keterbatasan energi, menyeimbangkan aktivitas dan istirahat), melaporkan penurunan gejala-gejala intoleransi aktivitas.

#### **b. Rencana keperawatan**

Rencana keperawatan yang didokumentasikan oleh perawat ditemukan persamaan antara dokumen subjek pertama (Ny.SY) dengan dokumen subjek kedua (Tn.SM) yang terdiri dari rencana tindakan mandiri perawat antara lain tentukan penyebab kelelahan (karena perawatan, pengobatan, nyeri), gunakan teknik relaksasi distraksi selama aktivitas, pantau respon kardiorespiratori terhadap aktivitas (takipnea, dispnea, takikardia, pucat, berkeringat), kaji respon emosi, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas, evaluasi motivasi dan keinginan pasien untuk meningkatkan aktivitas, ajarkan pengaturan waktu aktivitas dan istirahat, monitor tanda-tanda vital dan nutrisi, dan rencana tindakan kolaborasi perawat yaitu berikan pengobatan nyeri sesuai program dokter sebelum aktivitas. Rencana keperawatan pada kedua dokumen dijabarkan dalam tabel berikut.

Tabel 2  
Perencanaan Keperawatan pada Dokumen Subjek Pertama (Ny.SY) dan  
Dokumen Subjek Kedua (Tn.SM)

<b>RENCANA KEPERAWATAN</b>	
<b>TUJUAN DAN KRITERIA HASIL</b>	<b>INTERVENSI</b>
<p><b>NOC :</b></p> <p>Setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3x24 jam, pasien menunjukkan toleransi terhadap aktivitas yang biasa dilakukan dengan daya tahan, penghematan energi, dan perawatan diri dengan kriteria hasil:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> mengidentifikasi faktor-faktor yang menurunkan intoleransi aktivitas</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> menunjukkan penghematan energi (menyadari keterbatasan energi, menyeimbangkan aktivitas dan istirahat)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> melaporkan penurunan gejala-gejala intoleransi aktivitas</p>	<p><b>NIC :</b></p> <p>Mandiri</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tentukan penyebab kelelahan (karena perawatan, pengobatan, nyeri)</li> <li>2. Gunakan teknik relaksasi distraksi, selama aktivitas</li> <li>3. Pantau respon kardiorespiratori terhadap aktivitas (takipnea, dispnea, takikardia, pucat, berkeringat)</li> <li>4. Kaji respon emosi, sosial, dan spiritual terhadap aktivitas</li> <li>5. Evaluasi motivasi dan keinginan pasien untuk meningkatkan aktivitas</li> <li>6. Ajarkan pengaturan waktu aktivitas dan istirahat</li> <li>7. Monitor tanda-tanda vital dan status nutrisi</li> </ol> <p>Kolaborasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berikan pengobatan nyeri sesuai program dokter sebelum aktivitas</li> </ol>

Berdasarkan data hasil dokumentasi keperawatan pada tahap tujuan dan kriteria hasil serta perencanaan keperawatan yang didokumentasikan pada

dokumen subjek pertama (Ny.SY) dan dokumen subjek kedua (Tn.SM) memiliki kesamaan.

#### **4. Implementasi keperawatan pada pasien Diabetes Melitus + *Diabetic Foot* dengan intoleransi aktivitas**

Implementasi keperawatan yang didokumentasikan pada dokumen subjek pertama (Ny.SY) dan dokumen subjek kedua (Tn.SM) disajikan dalam tabel berikut.

Tabel 3  
Implementasi Keperawatan pada Dokumen Subjek Pertama (Ny.SY)  
dan Dokumen Subjek Kedua (Tn.SM)

Dokumen Subjek Pertama (Ny. SY) dan Subjek Kedua (Tn.SM)
1. Mengukur tanda vital dilakukan pada pagi, siang, malam
2. Mobilisasi/ROM
3. Mencegah pasien jatuh
4. Mengajarkan pengaturan waktu aktivitas dan istirahat
5. Memonitor status nutrisi

Berdasarkan tabel di atas terdapat kesamaan dalam pemberian tindakan keperawatan yang didokumentasikan pada dokumen subjek pertama (Ny.SY) dan subjek kedua (Tn.SM).

#### **5. Evaluasi keperawatan pada pasien Diabetes Melitus + *Diabetic Foot* dengan intoleransi aktivitas**

Hasil studi dokumentasi yang diperoleh pada tahap evaluasi keperawatan pada dokumen subjek pertama (Ny.SY) dan subjek kedua (Tn.SM) dengan intoleransi aktivitas pada tanggal 29 April 2019 adalah sebagai berikut.

Tabel 4  
Evaluasi Keperawatan pada Dokumen Subjek Pertama (Ny.SY)  
dan Dokumen Subjek Kedua (Ny.SM)

Dokumen Subjek Pertama (Ny.SY)	Dokumen Subjek Kedua (Tn.SM)
S : Pasien mengatakan badan tidak terasa lemas	S : Pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, merasa lemah.
O : Kesadaran CM, ku cukup, luka di kaki kanan ukuran 10,5 cm sudah dirawat, rembes tidak ada, ma/mi habis 1 porsi, tanda-tanda hipoglikemia (-), ADL dan mobilisasi dibantu, risiko jatuh sedang (9), BS 20.00 = 105, pasien kooperatif. Hasil pemeriksaan TTV: S: 36°C N: 80x/menit TD: 120/80 mmHg RR: 20x/menit SPO <sub>2</sub> : 97%	O : Kesadaran CM, KU lemah, E4 V5 M6 nyeri luka post op debridement pedis (S) hr 0 skala 3 (0-10), mual (-), muntah (-), tanda-tanda hipoglikemia (-), keringat dingin (-), ADL dibantu, diit BB DM, panas naik turun, risiko jatuh sedang (8). Hasil pemeriksaan TTV: S: 37,4°C N: 84x/menit TD: 140/80 mmHg RR: 20x/menit SPO <sub>2</sub> : 98%
A : Belum teratasi/Teratasi sebagian/ <b>Teratasi</b>	A : <b>Belum teratasi</b> /Teratasi sebagian/Teratasi
P : <b>Pertahankan</b> /Lanjutkan Renpra No.(_____)	P : <b>Pertahankan/Lanjutkan Renpra</b> No.(_____)

Berdasarkan tabel di atas, terdapat perbedaan pada dokumen subjek pertama (Ny.SY) dan dokumen subjek kedua (Tn.SM). Perbedaan terdapat pada data SOAP. Dokumen subjek pertama (Ny.SY) data subjektif yaitu pasien mengatakan

badan tidak terasa lemas sedangkan pada dokumen subjek kedua (Tn.SM) data subjektif yaitu pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, merasa lemah. Pada data objektif Ny.SY dan Tn.SM juga terdapat perbedaan, baik dari keadaan umum sampai hasil pemeriksaan TTV. Komponen A (*Analisis/Assesment*) dokumen subjek pertama (Ny.SY) yaitu teratasi sedangkan pada dokumen subjek kedua (Tn.SM) yaitu belum teratasi. Perbedaan juga terdapat pada komponen P (*Planning*), dokumen subjek pertama (Ny.SY) yaitu pertahankan sedangkan pada dokumen subjek kedua (Tn.SM) lanjutkan renpra. Selain itu, ditemukan juga pendokumentasian dengan format SOAP di dalam catatan perkembangan pasien terintegrasi.

## **B. Pembahasan**

Pada pembahasan akan menguraikan tentang perbandingan dua dokumen subjek dengan teori yang dijadikan acuan oleh peneliti, serta argumentasi peneliti itu sendiri terhadap dua dokumen asuhan keperawatan yang diteliti berdasarkan dokumen keperawatan yaitu antara dokumen subjek pertama (Ny.SY) dan dokumen subjek kedua (Tn.SM) Diabetes Melitus + *Diabetic Foot* dengan intoleransi aktivitas di ruang Cendrawasih RSUD Wangaya yang dibahas dengan pendekatan proses keperawatam dimulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi sampai dengan evaluasi keperawatan. Penelitian dilakukan mulai dari tanggal 26 April sampai dengan 29 April 2019.

### **1. Pengkajian keperawatan pada pasien Diabetes Melitus + *Diabetic Foot* dengan intoleransi aktivitas**

Pada tahap pengkajian keperawatan, data hasil studi dokumentasi dengan teori acuan yang digunakan terdapat perbedaan. Dokumen hasil pengkajian pada subjek

pertama dan kedua tidak mengategorikan pengkajian ke dalam data mayor dan minor, berbeda dengan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia menurut (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017) yang mengategorikan pengkajian ke dalam data mayor dan minor. Pada pengkajian sesuai dengan teori acuan pada data subjektif mayor yaitu mengeluh lelah, sedangkan hasil studi dokumentasi didapatkan data subjektif pada dokumen subjek pertama mengatakan lemas, mengeluh lelah dan subjek kedua mengeluh lemah, tidak mampu beraktivitas seperti biasanya. Data objektif mayor yaitu frekuensi jantung meningkat  $>20\%$  dari kondisi istirahat berbeda dengan data hasil studi dokumentasi yang didapatkan data pada kedua dokumen subjek yaitu keadaan umum lemah dan ADL dibantu serta dicantumkan data hasil pemeriksaan tanda-tanda vital.

Berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia menurut (PPNI, 2017) pada penelitian ini ditemukan data subjektif mayor mengeluh lelah pada subjek pertama sedangkan pada subjek kedua pasien mengeluh lemah dan tidak mampu beraktivitas seperti biasanya. Data yang tidak ditemukan sesuai dengan teori acuan diantaranya data objektif mayor frekuensi jantung meningkat  $>20\%$ , data subjektif minor dispnea saat/setelah aktivitas, serta data objektif minor sianosis. Hal ini terjadi berkaitan dengan keluhan pasien saat pengkajian berbeda-beda dan penggunaan sumber acuan yang berbeda. Peneliti menggunakan sumber acuan SDKI yang belum semua rumah sakit menerapkan acuan tersebut termasuk di ruang Cendrawasih RSUD Wangaya.



## **2. Diagnosa keperawatan pada pasien Diabetes Melitus + *Diabetic Foot* dengan intoleransi aktivitas**

Laporan studi dokumentasi ini pada bagian diagnosa keperawatan ditemukan bahwa data hasil dokumentasi kedua subjek memiliki diagnosa keperawatan yang sama yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan pernyataan verbal tentang keletihan dan kelemahan, kondisi menurun, ketidakmampuan beraktivitas ringan. Terdapat rumusan masalah keperawatan di kolom pengkajian yang didokumentasikan namun untuk diagnosa keperawatan lengkap tidak memiliki kolom khusus melainkan digabung dengan kolom rencana keperawatan.

Terdapat perbedaan dan persamaan diagnosa keperawatan pada kedua subjek dengan teori perumusan diagnosa yang dijadikan sebagai acuan. Masalah keperawatan dan penyebabnya sama, namun berbeda di tanda dan gejala. Berdasarkan Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, perumusan diagnosa keperawatan yang dijadikan sebagai acuan yaitu intoleransi aktivitas berhubungan dengan (b.d) ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan (d.d) mengeluh lelah, frekuensi jantung meningkat >20% dari kondisi istirahat, dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah, tekanan darah berubah >20% dari kondisi istirahat, sianosis (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Sedangkan perumusan diagnosa di ruang Cendrawasih RSUD Wangaya menegakkan diagnosa intoleransi aktivitas berhubungan dengan ketidakseimbangan antara suplai dan kebutuhan oksigen dibuktikan dengan pernyataan verbal tentang keletihan dan kelemahan, kondisi menurun, ketidakmampuan beraktivitas ringan.

Perbedaan yang terjadi pada perumusan diagnosa ini karena adanya perbedaan acuan yang digunakan dalam merumuskan diagnosa keperawatan, karena di ruangan menggunakan format rumah sakit yang memang sudah tercetak dan digabung dengan kolom perencanaan keperawatan, sedangkan sesuai acuan menggunakan SDKI tahun 2017. Hal ini yang menyebabkan adanya perbedaan penulisan istilah diagnosa keperawatan.

### **3. Perencanaan keperawatan pada pasien Diabetes Melitus + *Diabetic Foot* dengan intoleransi aktivitas**

Hasil studi dokumentasi perencanaan keperawatan pada dokumen subjek pertama (Ny.SY) dan subjek kedua (Tn.SM) memiliki kesamaan pada tujuan dan kriteria hasil maupun pada perencanaan keperawatan yang dirumuskan. Pada bagian tujuan dan kriteria hasil, dari kedua dokumen subjek sama yaitu setelah diberikan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam pasien mengidentifikasi faktor-faktor yang menurunkan intoleransi aktivitas, menunjukkan toleransi terhadap aktivitas yang biasa dilakukan dengan daya tahan, penghematan energi, dan perawatan diri dengan kriteria hasil mengidentifikasi faktor-faktor yang menurunkan intoleransi aktivitas, menunjukkan penghematan energi (menyadari keterbatasan energi, menyeimbangkan aktivitas dan istirahat), melaporkan penurunan gejala-gejala intoleransi aktivitas.

Rencana keperawatan dari kedua dokumen subjek yaitu terdiri dari rencana keperawatan mandiri yang terdiri dari tentukan penyebab kelelahan (karena perawatan, pengobatan, nyeri), gunakan teknik relaksasi distraksi, selama aktivitas, pantau respon kardiorespiratori terhadap aktivitas (takipnea, dispnea, takikardia, pucat, berkeringat), kaji respon emosi, sosial, dan spiritual terhadap

aktivitas, evaluasi motivasi dan keinginan pasien untuk meningkatkan aktivitas, ajarkan pengaturan waktu aktivitas dan istirahat, monitor tanda-tanda vital dan status nutrisi. Selain itu ada juga rencana tindakan kolaborasi perawat yaitu berikan pengobatan nyeri sesuai program dokter sebelum aktivitas.

Perencanaan keperawatan pada kedua dokumen subjek dengan teori acuan yang digunakan ditemukan perbedaan pada kriteria hasil maupun pada rencana keperawatan. Teori acuan yang digunakan pada kriteria hasil dan tujuan yaitu setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil tingkat kelelahan menurun, kelemahan berkurang, mempertahankan kemampuan aktivitas seoptimal mungkin, status kenyamanan meningkat (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018). Serta teori acuan yang digunakan pada intervensi yakni intervensi utama dari diagnosa keperawatan intoleransi aktivitas adalah manajemen energi dan terapi aktivitas, dalam setiap intervensi keperawatan yang dibuat terdapat rencana tindakan meliputi observasi, terapeutik, edukasi, dan kolaborasi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018).

Beberapa intervensi yang ditemukan antara data dokumentasi di rumah sakit dengan teori acuan memiliki makna yang sama hanya penulisan yang berbeda. Perbedaan ini terjadi karena perencanaan keperawatan yang dirumuskan di ruangan mengacu pada buku Aplikasi Diagnosa Keperawatan NANDA NIC-NOC tahun 2015-2017 sedangkan teori acuan yang digunakan yaitu dengan buku Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) tahun 2019 untuk menentukan tujuan dan kriteria hasil dan buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) tahun 2018 untuk menentukan rencana keperawatan yang akan diberikan.

#### **4. Implementasi keperawatan pada pasien Diabetes Melitus + *Diabetic Foot* dengan intoleransi aktivitas**

Hasil studi dokumentasi pada tahap implementasi keperawatan didapatkan dari dokumen kedua subjek sama, hanya berbeda waktu pemberian saja. Implementasi keperawatan yang didokumentasikan pada kedua subjek selama 3x24 jam menggunakan format dalam bentuk tabel yang diisi dengan jam sesuai dengan waktu pemberian implementasi keperawatan. Implementasi keperawatan yang dilakukan sesuai dengan perencanaan keperawatan hanya terdapat tiga intervensi antara lain mengukur tanda-tanda vital yang dilakukan pada pagi, siang, malam, memonitor status nutrisi, mengajarkan pengaturan waktu aktivitas dan istirahat. Terdapat tindakan keperawatan di luar perencanaan keperawatan yang dirumuskan yaitu membantu personal hygiene pasien, merawat luka, mencegah pasien jatuh, memberikan obat oral, memberikan obat injeksi, memberikan KIE.

Implementasi keperawatan di ruang Cendrawasih RSUD Wangaya menggunakan lembar format tindakan keperawatan dalam bentuk tabel yang sudah berisi komponen tindakan keperawatan dan terdapat juga lembar kosong apabila di dalam komponen tersebut tidak terdapat tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat. Pada lembar format tindakan keperawatan tersebut, perawat ruangan menuliskan waktu pemberian implementasi keperawatan disertakan dengan paraf perawat yang melakukan implementasi tersebut. Teori acuan implementasi keperawatan dilakukan sesuai intervensi dengan pedoman SLKI dan SIKI.

## **5. Evaluasi keperawatan pada pasien Diabetes Melitus + *Diabetic Foot* dengan intoleransi aktivitas**

Hasil studi dokumentasi pada tahap evaluasi keperawatan diperoleh data pada dokumen subjek pertama (Ny.SY) dan dokumen subjek kedua (Tn.SM) terdapat perbedaan. Evaluasi keperawatan pada kedua dokumen subjek menggunakan metode SOAP. Terdapat perbedaan dari kedua dokumen pasien, pada dokumen subjek pertama hasil evaluasi keperawatan yaitu S : Pasien mengatakan badan tidak terasa lemas, O : keadaan umum cukup, ADL dibantu dan mobilisasi dibantu, A : teratasi, P : pertahankan kondisi pasien. Sedangkan pada dokumen subjek kedua hasil evaluasi keperawatan terdiri dari S : pasien mengatakan nyeri pada luka operasi, merasa lemah, O : keadaan umum lemah, ADL dibantu, A: belum teratasi, P : lanjutkan renpra.

Sesuai acuan teori, pasien dengan intoleransi aktivitas, indikator evaluasi yang diharapkan yaitu: tingkat keletihan menurun, kelemahan yang berkurang, mampu mempertahankan kemampuan aktivitas seoptimal mungkin, status kenyamanan meningkat (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2018).

Perumusan evaluasi keperawatan menggunakan empat komponen yang dikenal dengan istilah SOAP, yakni S (Subjektif) merupakan data informasi berupa ungkapan keluhan pasien, O (Objektif) merupakan data berupa hasil pengamatan, penilaian, dan pemeriksaan, A (*Analisis/ Assesment*) merupakan yaitu interpretasi makna data subjektif dan objektif untuk menilai sejauh mana tujuan yang telah ditetapkan dalam rencana keperawatan tercapai. Dikatakan tujuan tercapai apabila pasien mampu menunjukkan perilaku sesuai kondisi yang

ditetapkan pada tujuan, sebagian tercapai apabila perilaku pasien tidak seluruhnya tercapai sesuai dengan tujuan, sedangkan tidak tercapai apabila pasien tidak mampu menunjukkan perilaku yang diharapkan sesuai dengan tujuan.

Setelah analisis/*assessment* (A) dilanjutkan dengan *planning* (P) yang merupakan rencana tindakan berdasarkan analisis. Jika tujuan telah dicapai, maka perawat akan menghentikan rencana dan apabila belum tercapai, perawat akan melakukan modifikasi rencana untuk melanjutkan rencana keperawatan pasien. Evaluasi ini disebut juga evaluasi proses (Dinarti, 2013)

Berdasarkan hasil studi dokumentasi pada kedua dokumen subjek dengan teori acuan yang digunakan terdapat perbedaan pada indikator kriteria hasil dan pendokumentasian komponen A (Analisis/ *Assesment*) dan P (*Planning*) pada dokumen subjek pertama (Ny.SY) dan pendokumentasian komponen A (Analisis/ *Assesment*) pada dokumen subjek kedua (Tn.SM). Selain itu, ditemukan juga pendokumentasian dengan format SOAP di dalam catatan perkembangan pasien terintegrasi yang memiliki perbedaan dalam penulisan komponen A (Analisis/*Assesment*) dan komponen P (*Planning*). Komponen A (Analisis/*Assesment*) dokumen subjek pertama (Ny.SY) berisi tentang masalah keperawatan antara lain kerusakan integritas kulit, intoleransi aktivitas, dan risiko ketidakstabilan gula darah. Sedangkan pada dokumen subjek kedua (Tn.SM) tertulis intoleransi aktivitas, risiko ketidakstabilan gula darah, risiko kerusakan integritas kulit. Pada komponen P (*Planning*) berisi rentang waktu masalah teratasi, pada dokumen subjek pertama (Ny.SY) tertulis 3x24 jam integritas kulit terjaga, 3x24 jam toleransi aktivitas meningkat, 3x24 jam gula darah stabil dan dokumen subjek kedua (Tn.SM) tertulis 3x24 jam toleransi aktivitas meningkat,

3x24 jam integritas kulit terjaga, 3x24 jam gula darah stabil. Hal ini terjadi karena di setiap rumah sakit khususnya di ruang Cendrawasih RSUD Wangaya memiliki standar khusus di dalam pendokumentasian evaluasi keperawatan yang menggunakan metode pendokumentasian SOAP selain dengan cara menilai indikator kriteria hasil yang sudah ditetapkan.

### **C. Keterbatasan**

Keterbatasan menguraikan mengenai hal-hal yang menghambat peneliti selama proses menyusun studi dokumentasi ini yaitu :

1. Peneliti menemui hambatan saat mengurus ijin penelitian di rumah sakit tempat dilakukan penelitian karena proses yang cukup lama, sehingga membutuhkan waktu yang cukup lama untuk memulai penelitian.
2. Proses penelitian tidak mendapatkan waktu khusus, di mana waktu penelitian bersamaan dengan Praktik Klinik Keperawatan Medikal Bedah II di rumah sakit.
3. Tulisan pada rekam medik pasien yang sulit untuk dibaca khususnya pada bagian evaluasi keperawatan di catatan perkembangan pasien terintegrasi.

