

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pelayanan keperawatan di rumah sakit merupakan bentuk pelayanan kesehatan berkaitan dengan mutu, dimana faktor manusia merupakan faktor yang menentukan (Wijono, 2000). Selain itu pelayanan di rumah sakit juga berorientasi pelayanan kepada pasien berdasarkan standar kualitas untuk memenuhi kebutuhan dan keinginan pasien, sehingga pasien dapat memperoleh kepuasan yang akhirnya dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan (Adikoesoemo, 2009).

Perawat sebagai seorang anggota tim kesehatan, dalam memberikan askep (asuhan keperawatan) terhadap klien haruslah dapat memberikan informasi tentang klien yang dirawatnya secara akurat dan komplit serta dalam waktu dan cara yang memungkinkan. Seorang klien tergantung pada pemberi perawatan untuk mengkomunikasikan kepada yang lainnya untuk memastikan mutu terbaik dari perawatan. Dokumentasi keperawatan dapat meningkatkan kualitas keperawatan serta membantu perawat dalam memberikan perawatan secara optimal dan berkelanjutan dengan cara memandu perawat untuk dapat menulis dokumentasi dengan benar (Gregory et al, 2008).

Masalah yang sering kali ditemukan dalam pendokumentasian adalah adanya pencatatan asuhan keperawatan yang berulang-ulang sampai minimnya pelayanan kesehatan yang diberikan karena tingkat kerja perawat yang dirasakan terlalu tinggi disebabkan perawat terlalu sibuk membuat pendokumentasian. Hal ini sesuai dengan pernyataan WHO yang mengatakan bahwa "Sebagian besar perawat dan bidan di

rumah sakit menghabiskan waktu kerjanya untuk melakukan aktifitas rumah tangga dasar dibandingkan untuk merawat klien” (www.searo.who.int, 2008). Dan menurut Westu bahwa ”Perawat yang jaga sore harus menghabiskan waktu di *nurse station* hampir 3 jam lebih dari waktu 8 jam jaga untuk pencatatan dokumentasi” (Wastu, 2011)

Sebuah penelitian di salah satu rumah sakit di Surabaya didapatkan bahwa perawat sering tidak mengisi format dokumentasi evaluasi sebesar 81,7%, format dokumentasi intervensi sebesar 59,8%, dan format rencana keperawatan sebesar 51,2% (Trisnawati, 2007). Kondisi tersebut di atas membuat perawat mempunyai potensi yang besar terhadap proses terjadinya kelalaian pada pelayanan kesehatan pada umumnya dan pelayanan keperawatan pada khususnya. Selain itu dengan tidak ada kontrol pendokumentasian yang benar maka pelayanan yang diberikan kepada pasien akan cenderung kurang baik dan dapat merugikan pasien (Haryati, 2009).

Untuk mengatasi masalah tersebut yaitu dengan mengetahui dasar-dasar dokumentasi efektif yang merupakan keyakinan perawat tentang esensi dan karakteristik dokumentasi keperawatan yang ditransfer ke dalam catatan kesehatan melalui catatan yang akurat dan lengkap. Esensi berupa pembukuan tertulis yang sistematis dari praktik keperawatan meliputi data pasien, diagnosa keperawatan. Esensi tersebut dapat dipengaruhi oleh kualitas catatan, pendidikan dan pengalaman, tersedianya waktu, serta tersedianya panduan tentang informasi penting bagaimana dokumentasi dapat dilengkapi.

Di Rumah Sakit Umum Prof Dr Aloei Saboe salah satu rumah sakit di provinsi Gorontalo, mempunyai Tim Peningkatan Mutu Keperawatan yang salah satu tugasnya mengadakan studi dokumentasi pada setiap ruangan di rumah sakit pada 30 sampel catatan perawatan yang dilakukan setiap 3 bulan sekali. Pada bulan Maret 2012 didapatkan data rata-rata dokumentasi asuhan keperawatan 44,38%. Pada bulan November 2012 juga dilakukan studi dokumentasi lagi dan didapatkan rata-rata 58,9%. Walaupun ada peningkatan nilai tapi belum sempurna diharapkan dokumentasi keperawatan akan lebih baik lagi dan mencapai lebih dari 80%, seiring dengan perkembangan jaman dan tuntutan dari masyarakat untuk mendapatkan pelayanan yang profesional. Kesalahan sekecil apapun yang dilakukan seorang perawat akan berdampak terhadap citra keperawatan secara keseluruhan dan akan dimintai pertanggungjawaban dan tanggung gugat oleh konsumen. (Nursalam)

Upaya untuk memberikan pelayanan dengan tanggung jawab dan tanggung gugat bisa ditempuh dengan terselenggaranya kegiatan pencatatan dan pelaporan dengan baik dan benar. Dokumentasi proses keperawatan tidak hanya bermakna sebagai alat pertanggungjawaban dan pertanggunggugatan yang dilihat dari sisi hukum, namun dokumentasi juga bermakna penting untuk jaminan mutu, komunikasi, keuangan, pendidikan, penelitian dan akreditasi (Nursalam).

Dalam melaksanakan tugasnya perawat menerapkan proses keperawatan yang sistematis yang biasanya dibagi dalam empat bagian lingkup praktik keperawatan berdasarkan praktik keperawatan di Indonesia, persyaratan akreditasi, peraturan pemerintah, perubahan sistem pendidikan keperawatan, meningkatnya masalah klien

yang semakin kompleks, serta meningkatnya praktik keperawatan secara mandiri dan kolaborasi, maka persyaratan pencatatan keperawatan harus sesuai. Akibatnya data yang masuk harus semakin lengkap dan tajam sebagai manifestasi bukti dasar lingkup wewenang dan pertanggung jawaban. Kemampuan perawat sering disamakan dengan kemampuan dalam membuat keputusan dan kegiatan lainnya yang dapat dilihat pada dokumentasi (Nursalam, 2010).

Dokumentasi merupakan sarana komunikasi antara perawat atau dengan tim kesehatan lainnya. Dokumentasi sebagai bentuk pertanggung jawaban pemberian pelayanan keperawatan dituntut untuk dapat didokumentasikan asuhan keperawatan (asuhan keperawatan) secara benar, yang bernilai hukum karena dapat digunakan sebagai barang bukti di pengadilan (Iyer dan Camp, 2009).

Pendokumentasian keperawatan merupakan hal penting yang dapat menunjang pelaksanaan mutu asuhan keperawatan. (Kozier, E. 2001). Pendokumentasian yang dilakukan dengan baik dan benar maka segala tindakan yang memerlukan tindak lanjut dan berkelanjutan akan dapat terobservasi sehingga hasil yang dicapai akan lebih baik dan program terapi akan dapat berhasil (Nining, 2009).

Dokumentasi proses keperawatan merupakan sarana komunikasi antara perawat dan tim kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatan. Dokumentasi keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan catatan perawatan yang berguna untuk kepentingan klien, perawat dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang

akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab perawat (A. Azis Alimul Hidayat, 2008).

Dokumentasi keperawatan sangat penting bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan. Dokumentasi ini penting karena pelayanan keperawatan yang diberikan pada klien membutuhkan catatan dan pelaporan yang dapat digunakan sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat dari berbagai kemungkinan masalah yang dialami klien baik masalah kepuasan maupun ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diberikan.

Rumah Sakit Umum Prof. Dr. Aloe Saboe, sebagai rumah sakit Umum dan rumah sakit rujukan daerah tentunya mempunyai standar yang tinggi dalam pelayanan kesehatan demi terwujudnya kepuasan pasien dan peningkatan kualitas keperawatan. Perawat Rumah Umum Prof. Dr. Aloe Saboe dimasa depan harus dapat memberikan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan berkembang seiring dengan perkembangan ilmu pengetahuan (IPTEK) dan tuntutan kebutuhan masyarakat. Perawatan yang profesional dicerminkan oleh pencatatan yang profesional. Di era globalisasi, sistem pencatatan keperawatan semakin berkembang untuk itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pelaksanaan Pendokumentasian Proses Asuhan Keperawatan di Ruang Bedah RSUD Prof. Dr. Aloe Saboe Kota Gorontalo”

Dari pengamatan peneliti selama melaksanakan tugas sebagai mahasiswa pelaksana Observasi yang dilakukan kepada Perawat pelaksana di ruang Bedah Rumah Sakit Umum Prof. Dr. Aloe Saboe Provinsi Gorontalo ditemukan bahwa

pendokumentasian asuhan keperawatan masih kurang. Status atau catatan klien umumnya didominasi oleh catatan atau dokumentasi medik. Dokumentasi keperawatan umumnya hanya berupa data atau tindakan umum dan bersifat rutin saja, antara lain dokumentasi tanda-tanda vital, pemberian obat, cairan infus atau hal-hal lain yang merupakan instruksi medik. Jarang ditemukan catatan keperawatan yang berdasarkan proses keperawatan mulai dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi dari tindakan keperawatan. Kondisi seperti ini menyebabkan peran perawat sebagai anggota tim yang terlibat dalam perawatan klien tidak berjalan sebagaimana mestinya. Anggota tim lain akan kehilangan sebagian informasi yang penting dari perawat sebagai anggota tim yang paling banyak terlibat dengan klien dan diharapkan lebih mengetahui perkembangan kondisi kesehatan klien. Akibatnya kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan menjadi kurang optimal.

Perawatan yang profesional dicerminkan oleh pencatatan yang profesional. Di era globalisasi, sistem pencatatan keperawatan semakin berkembang untuk itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pelaksanaan Pendokumentasian Proses Asuhan Keperawatan di Ruang Bedah RSUD Prof.Dr.Aloei Saboe Kota Gorontalo”

Dari pengamatan peneliti selama melaksanakan tugas sebagai mahasiswa pelaksana Observasi yang dilakukan kepada Perawat pelaksana di ruang Bedah Rumah Sakit Umum Prof. Dr. Aloe Saboe Provinsi Gorontalo ditemukan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan masih kurang. Status atau catatan klien

umumnya didominasi oleh catatan atau dokumentasi medik. Dokumentasi keperawatan umumnya hanya berupa data atau tindakan umum dan bersifat rutin saja, antara lain dokumentasi tanda-tanda vital, pemberian obat, cairan infus atau hal-hal lain yang merupakan instruksi medik. Jarang ditemukan catatan keperawatan yang berdasarkan proses keperawatan mulai dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, implementasi dan evaluasi dari tindakan keperawatan. Kondisi seperti ini menyebabkan peran perawat sebagai anggota tim yang terlibat dalam perawatan klien tidak berjalan sebagaimana mestinya. Anggota tim lain akan kehilangan sebagian informasi yang penting dari perawat sebagai anggota tim yang paling banyak terlibat dengan klien dan diharapkan lebih mengetahui perkembangan kondisi kesehatan klien. Akibatnya kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan menjadi kurang optimal.

1.2 Identifikasi Masalah

Gillies (2009) menyatakan bahwa ;'Perawat memiliki tanggung jawab profesional terhadap segala tindakannya". Dokumentasi proses asuhan keperawatan berguna untuk memperkuat pola pencatatan dan sebagai petunjuk atau pedoman praktik pendokumentasian dalam memberikan tindakan keperawatan. Bila terjadi suatu masalah yang berhubungan dengan profesi keperawatan, dimana perawat sebagai pemberi jasa dan klien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi proses asuhan keperawatan diperlukan, dimana dokumentasi tersebut dapat dipergunakan sebagai barang bukti di pengadilan (Hidayat, 2008).

Dokumentasi keperawatan dapat meningkatkan kualitas keperawatan serta membantu perawat dalam memberikan perawatan secara optimal dan berkelanjutan dengan cara memandu perawat untuk dapat menulis dokumentasi dengan benar (Gregory, 2008). Saat ini masih banyak perawat yang belum menyadari bahwa tindakan yang dilakukan harus dipertanggungjawabkan. Dokumentasi keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan tentang status klien dan digunakan sebagai alat komunikasi yang akurat dan lengkap. Sekarang ini perawat tidak hanya dituntut untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan tetapi juga dituntut untuk dapat mendokumentasikan secara benar. Seringkali perawat tidak patuh dan melakukan secara rutinitas tanpa memperhatikan aspek legalitasnya, walaupun banyak faktor yang mempengaruhi pendokumentasian

1.3 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang tersebut diatas memberikan dasar bagi peneliti untuk merumuskan masalah penelitian sebagai berikut “Faktor-Faktor apa sajakah yang berhubungan dengan pelaksanaan pendokumentasian proses asuhan

keperawatan di Ruang Bedah Badan Pengelola Rumah Sakit Aloe Saboe Provinsi Gorontalo”.

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Untuk menganalisis faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan pendokumentasian proses asuhan keperawatan di Ruang Bedah Rumah Sakit Umum Prof Dr. Aloe Saboe Provinsi Gorontalo.

1.4.2 Tujuan khusus

1. Untuk Mengetahui Hubungan faktor tersedianya panduan/format tentang pelaksanaan pendokumentasian proses asuhan keperawatan Ruang Bedah Rumah Sakit Umum Prof. Dr. Aloe Saboe Provinsi Gorontalo.
2. Untuk Mengetahui Hubungan faktor (reward), psikologis dan sosial tentang pelaksanaan pendokumentasian proses asuhan keperawatan di Ruang Bedah Rumah Sakit Umum Prof. Dr. Aloe Saboe Provinsi Gorontalo.
3. Untuk Mengetahui Hubungan faktor lingkungan kerja tentang pelaksanaan pendokumentasian proses asuhan keperawatan di Ruang Bedah Rumah Sakit Umum Prof. Dr. Aloe Saboe Provinsi Gorontalo.
4. Untuk Mengetahui Hubungan faktor pengetahuan perawat tentang pelaksanaan pendokumentasian proses asuhan keperawatan di Ruang Bedah Rumah Sakit Umum Prof. Dr. Aloe Saboe Provinsi Gorontalo.

5. Untuk Mengetahui hubungan faktor tersedianya waktu tentang pelaksanaan pendokumentasian proses asuhan keperawatan di Ruang Bedah Rumah Sakit Umum Prof Dr. Aloi Saboe Provinsi Gorontalo.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Teoritis

1. Bagi Rumah Sakit :

Hasil penelitian ini merupakan suatu masukan bagi pengelola rumah sakit dan pemerintah untuk lebih meningkatkan kinerja staf keperawatan yang dimilikinya dalam rangka meningkatkan kesadaran dalam pelaksanaan sistem pendokumentasian asuhan keperawatan demi meningkatkan mutu pelayanan yang diberikan sehubungan dengan kompetensi dalam melaksanakan asuhan keperawatan (audit pelayanan keperawatan).

2. Bidang Riset Penelitian Keperawatan:

Memberikan sumbangan ilmiah bagi peningkatan ilmu pengetahuan, terutama yang terkait dengan pendokumentasian keperawatan

3. Bagi Pembaca :

Sebagai bahan bacaan yang diharapkan dapat bermanfaat bagi peneliti berikutnya.

1.5.2 Praktis

Bagi Peneliti :

Sebagai latihan dan pengalaman berharga bagi peneliti untuk mengetahui pentingnya pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan dan dapat menerapkannya setelah bertugas nanti