

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit adalah industri yang bergerak di bidang pelayanan jasa kesehatan yang tujuan utamanya memberikan pelayanan jasa terhadap masyarakat sebagai usaha meningkatkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Undang-undang No. 44 Tahun 2009). Pelayanan perawatan di rumah sakit merupakan bagian integral dari pelayanan rumah sakit secara menyeluruh, yang sekaligus merupakan tolak ukur keberhasilan pencapaian tujuan rumah sakit, bahkan sering menjadi faktor penentu citra rumah sakit dimata masyarakat (Kemenkes, 2010).

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan di rumah sakit mempunyai karakteristik dan organisasi yang sangat kompleks. Berbagai jenis tenaga kesehatan dengan perangkat keilmuannya masing-masing berinteraksi satu sama lain seperti tenaga medis, tenaga perawatan, bidan, paramedis non perawatan dan tenaga non medis (Undang-undang No. 44 Tahun 2009). Dewasa ini, perawat merupakan segmen profesi terbesar dalam bidang kesehatan. Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) melaporkan bahwa sekarang ada lebih dari 9 juta perawat dan bidan di 141 negara. Sedangkan menurut data Kementerian Kesehatan RI (2014) jumlah perawat di indonesia tahun 2013 yaitu 288.405 orang. Keperawatan sebagai suatu profesi di rumah sakit yang cukup potensial dalam menyelenggarakan upaya mutu, karena selain jumlah perawat yang dominan di rumah sakit juga pelayanannya

menggunakan metode pemecahan masalah secara ilmiah melalui pendokumentasian proses keperawatan (Kemenkes, 2010).

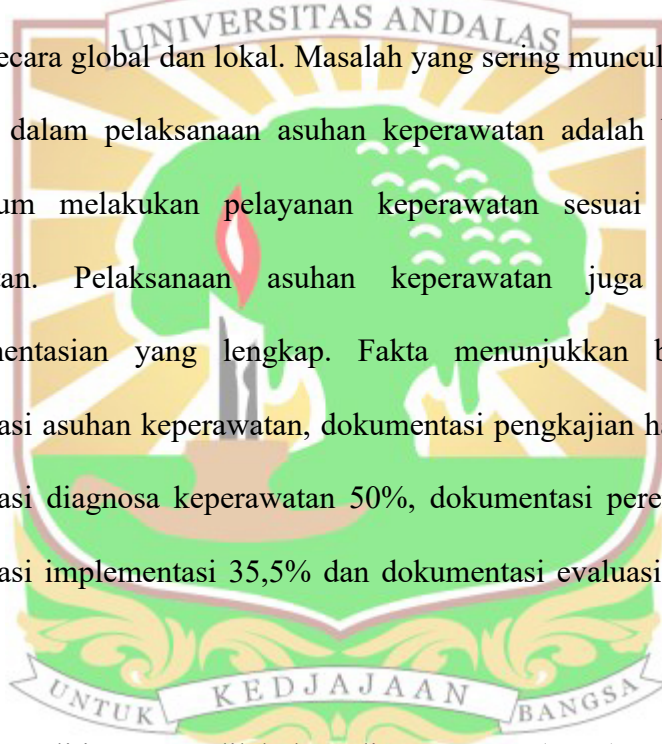
Dokumentasi proses asuhan keperawatan merupakan tampilan perilaku atau kinerja perawat pelaksana dalam memberikan proses asuhan keperawatan kepada pasien selama pasien dirawat di rumah sakit. Dokumentasi proses asuhan keperawatan yang baik dan berkualitas haruslah akurat, lengkap dan sesuai standar. Apabila kegiatan keperawatan tidak didokumentasikan dengan akurat dan lengkap maka sulit untuk membuktikan bahwa tindakan keperawatan telah dilakukan dengan benar (Hidayat, 2004). Pendokumentasian proses asuhan keperawatan merupakan suatu proses yang harus dilaksanakan oleh perawat pelaksana sebagai bagian dari standar kerja yang telah ditetapkan (Nursalam, 2007).

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, 2004).

Potter (2005) menguraikan empat tujuan dokumentasi keperawatan yaitu: 1) menghindari kesalahan, tumpang tindih dan ketidak lengkapan informasi dalam aspek, 2) terbinaanya koordinasi yang baik dan dinamis antar sesama perawat atau pihak lain melalui komunikasi tulisan, 3) meningkatkan efisiensi

dan efektifitas tenaga keperawatan, 4) perawat dapat perlindungan secara hukum, terjaminnya kualitas asuhan keperawatan. Tujuan pendokumentasian adalah dokumentasi yang sangat penting bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan bukan hanya syarat untuk akreditasi tetapi juga syarat hukum ditatanan perawatan kesehatan.

Keperawatan di Indonesia saat ini masih dalam suatu proses profesionalisasi, yaitu terjadinya suatu perubahan dan perkembangan karakteristik sesuai tuntutan secara global dan lokal. Masalah yang sering muncul dan dihadapi di Indonesia dalam pelaksanaan asuhan keperawatan adalah banyak perawat yang belum melakukan pelayanan keperawatan sesuai standar asuhan keperawatan. Pelaksanaan asuhan keperawatan juga tidak disertai pendokumentasian yang lengkap. Fakta menunjukkan bahwa dari 10 dokumentasi asuhan keperawatan, dokumentasi pengkajian hanya terisi 25%, dokumentasi diagnosa keperawatan 50%, dokumentasi perencanaan 37,5%, dokumentasi implementasi 35,5% dan dokumentasi evaluasi 25% (Indrajati, 2011).



Menurut penelitian yang dilakukan di Semarang (2012) tentang hubungan pengetahuan perawat tentang rekam medis dengan kelengkapan pengisian catatan keperawatan di bangsal penyakit dalam RSUP Dr. Kariadi Semarang mendapatkan hasil yang bermakna antara variabel pengetahuan tentang aspek hukum rekam medis ($p=0,017$), tata cara pengisian dokumentasi asuhan keperawatan ($0,022$) dan variabel pengetahuan tentang rekam medis mendapatkan hasil yang bermakna yaitu ($p=0,004$). Sedangkan menurut

penelitian Hadarani (2013) tentang evaluasi penerapan format dokumentasi model *checklist* di RSUD Banjar Baru Kalimantan Selatan Hasil penelitian menunjukkan adanya peningkatan yang signifikan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan pada ruang rawat inap penyakit dalam, bedah, anak dan ICU RSUD Banjar baru setelah penerapan format pendokumentasian *checklist* dari sebelumnya sebesar 54.0% (kategori kurang), menjadi 91.9% (katagori baik). Ada perbedaan yang signifikan *outcome* asuhan keperawatan setelah penerapan format *checklist*, dari sebelumnya *outcome* katagori baik hanya sebanyak 17.9%, menjadi *outcome* katagori baik sebanyak 73.5%

Sementara penelitian yang dilakukan oleh Indrajati (2011) tentang pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang Barokah RS PKU Muhammadiyah Gombong mendapatkan hasil dari 15 orang responden, 8 orang responden menilai dokumentasi perencanaan keperawatan di ruang Barokah dilaksanakan dengan cukup (53,33%) dan 7 orang perawat menilai kurang (46,67%). Utami (2009) juga melakukan penelitian tentang pendokumentasian asuhan keperawatan ditinjau dari beban kerja perawat dengan hasil perawat dengan proporsi beban kerja berat ternyata hanya 27,3% mampu melaksanakan pendokumentasian dengan baik sedangkan perawat dengan proporsi beban kerja ringan ternyata pelaksanaan pendokumentasian mampu mencapai 80%. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Wulandari (2013) tentang faktor yang mempengaruhi kepatuhan pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan teori kepatuhan Milgram hasil yang didapatkan adalah sebagian besar (58,3%) tim perawat memiliki

kepatuhan cukup dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan.

Fatmawati (2014) juga melakukan penelitian tentang kelengkapan pendokumentasian Askep di ruang perawatan RSUD Syekh Yusuf Gowa yang dilakukan dengan metode *checklist* dan observasi. Hasilnya kelengkapan pengkajian berada pada kategori kelengkapan 51%-75%, kelengkapan diagnosa, implementasi dan evaluasi berada pada kelengkapan 76%-100%, resume keperawatan berada pada kategori 51%-75%. Jika ditotal keseluruhan kelengkapan dokumentasi Askep berada pada kategori 51%-75%. Sedangkan Andri (2015) menyimpulkan dalam penelitiannya yang berjudul analisis faktor yang mempengaruhi perawat dalam memenuhi kelengkapan dokumentasi keperawatan di IGD RS wilayah Pontianak Kalimantan Barat bahwa faktor sikap, imbalan dan beban kerja berpengaruh terhadap kelengkapan dokumentasi keperawatan dari ketiga faktor tersebut yang paling berpengaruh terhadap dokumentasi keperawatan adalah beban kerja.

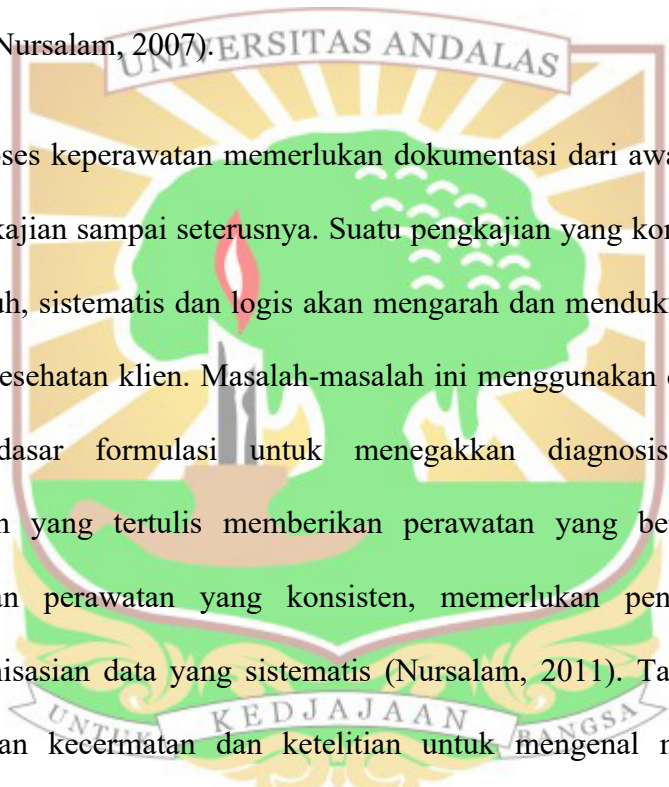
Menurut Hsm, D (2010) dalam penelitiannya tentang kualitas peningkatan dokumentasi keperawatan di unit gawat darurat dengan metode *action research* yang menggunakan data kualitatif dan kuantitatif, Liz menyatakan kurangnya proses yang sistematis pada dokumentasi perencanaan perawatan yang menyebabkan tidak lengkapnya pendokumentasian rekam medis. Chaturvedi (2016) juga melakukan penelitian tentang penilaian kualitas dokumentasi klinis di India untuk memfasilitasi program kelahiran di

Madhya Pradesh, hasil yang didapatkan adalah dari 1.239 status pasien yang dikaji hanya 24 (19%) dokumentasi persiapan pulang pasien yang diisi dengan lengkap, 171 (13,8%) dokumentasi tekanan darah pasien *postnatal*, 437 (35,3%) dokumentasi denyut jantung janin dan 1220 (98,5%) dokumentasi tanggal masuk.

Trend perubahan yang terjadi dalam sistem pelayanan kesehatan berpengaruh terhadap dokumentasi keperawatan dan masalah kegiatan pendokumentasian oleh perawat dalam melaksanakan kegiatan sehari-hari. Beberapa trend yang terjadi dalam pencatatan adalah penurunan duplikasi pencatatan, pencatatan di samping tempat tidur, pencatatan multidisiplin, dokumentasi komputerisasi, mesin fax dan keseragaman dalam dokumentasi. Untuk keseragaman Standar (JC) mengharuskan memakai standar perawatan yang sama untuk pasien dengan kebutuhan yang sama atau identik, seperti wanita yang baru pulih dari anestesi setelah kelahiran cesar harus menerima pemantauan yang sama di ruang pemulihan pasca anestesi. Seperti yang diterima pasien di kamar bersalin (Iyer, 2005).

Nursalam (2011) juga mengemukakan beberapa masalah dokumentasi dan perubahan yang mempengaruhi pentingnya dokumentasi keperawatan yaitu : praktik keperawatan, lingkup praktik keperawatan, data statistik keperawatan, intensitas pelayanan keperawatan dan kondisi penyakit, keterampilan keperawatan, konsumen, biaya, kualitas asuransi dan audit keperawatan, akreditasi kontrol, pengkodean dan klasifikasi, prospektif sistem pembayaran dan risiko intervensi.

Berdasarkan hal tersebut dibutuhkan analisa lebih lanjut bagaimana pelaksanaan pendokumentasian proses asuhan keperawatan yang dapat dilaksanakan oleh perawat dapat memenuhi tuntutan masyarakat terhadap pelayanan keperawatan yang profesional. Kualitas pendokumentasian keperawatan dapat dilihat dari kelengkapan dan keakuratan menuliskan proses asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien secara bertahap, yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan evaluasi (Nursalam, 2007).



Tahap proses keperawatan memerlukan dokumentasi dari awal yang dimulai dari pengkajian sampai seterusnya. Suatu pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis dan logis akan mengarah dan mendukung identifikasi masalah kesehatan klien. Masalah-masalah ini menggunakan data pengkajian sebagai dasar formulasi untuk menegakkan diagnosis keperawatan. Pengkajian yang tertulis memberikan perawatan yang berorientasi pada tujuan dan perawatan yang konsisten, memerlukan pengumpulan dan pengorganisasian data yang sistematis (Nursalam, 2011). Tahap pengkajian memerlukan kecermatan dan ketelitian untuk mengenal masalah karena keberhasilan proses keperawatan berikutnya sangat bergantung pada tahap pengkajian awal (Suarli, 2002).

Tujuan dari pengkajian awal adalah Memberikan acuan dalam melakukan asesmen awal keperawatan pada pasien di rawat inap agar didapatkan data yang cukup untuk memulai asuhan keperawatan sehingga dapat memenuhi kebutuhan pasien (Faulin, 2015). Menurut *Joint Commission* (JC),

pengumpulan data yang dilakukan dalam pengkajian atau asesmen awal meliputi data riwayat pasien, pemeriksaan fisik, status gizi, nyeri dan pengkajian skrining lainnya diselesaikan dalam 24 jam setelah diterima sebagai pasien rawat inap. Pengkajian atau asesmen awal ini berfokus pada masalah, risiko cedera seperti jatuh, skrining pasien seperti nyeri dan status gizi, potensial untuk perawatan diri setelah pemulangan dan kebutuhan penyuluhan pasien atau keluarga. Asesmen awal pasien dibutuhkan untuk membuat keputusan terkait status kesehatan pasien, kebutuhan dan permasalahan keperawatan, intervensi guna memecahkan permasalahan kesehatan yang sudah teridentifikasi atau juga mencegah permasalahan yang bisa timbul serta tindak lanjut untuk memastikan hasil yang diharapkan pasien dapat terpenuhi (Iyer, 2005).

Hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti di ruangan interne RSUD Kota Padang Panjang dalam 24 jam pertama pasien masuk rerata format pengkajian diisi kurang lengkap karena banyak format pengkajian yang kosong. Hasil pengamatan peneliti setelah lebih dari 24 jam pertama pasien masuk dari 10 status pasien dokumentasi pengkajian hanya terisi lebih kurang 60%, dokumentasi diagnosa terisi lebih kurang 80%, dokumentasi perencanaan keperawatan 70%, dokumentasi implementasi dan evaluasi 90%, catatan perkembangan pasien terisi lebih kurang 80% sedangkan nama dan tanda tangan perawat hanya terisi lebih kurang 80%. Dari 60% dokumentasi pengkajian yang diisi rata-rata pengisian pemeriksaan fisik kurang lengkap karena banyak item pemeriksaan fisik yang masih kosong. Dari hasil wawancara perawat mengatakan kurangnya waktu untuk mengisi format

asuhan keperawatan karena beban kerja perawat yang cukup tinggi sebab format asuhan keperawatan yang digunakan masih berbentuk narasi. Kepala ruangan mengatakan beberapa tahun yang lalu ada kasus pasien yang jatuh tetapi tidak pernah didokumentasikan dan saat keluarga menuntut kenapa pasien jatuh perawat tidak bisa memberikan alasan yang kuat karena dalam format pengkajian juga belum ada penilaian resiko jatuh. Perawat mengatakan perlunya menyusun suatu model dokumentasi yang baru seperti metode *checklist* yang diawali dengan asesmen awal keperawatan yang lebih efisien dan lebih bermakna dalam pencatatan dan penyimpanannya karena dokumentasi dikatakan berkualitas apabila diisi dengan lengkap, akurat dan menuliskan proses keperawatan yang diberikan secara bertahap pada pasien, sebab jika dokumentasi tidak lengkap maka akan sulit untuk membuktikan kebenaran apabila terjadi kesalahan.

Saat peneliti melaksanakan kegiatan residensi lebih kurang 3 bulan dari tanggal 25 Agustus s/d 29 November, RSUD Kota Padang Panjang sudah menyusun format asuhan keperawatan yang baru tetapi belum diuji cobakan di ruangan rawat inap. Hasil pengamatan peneliti sewaktu kegiatan residensi, kelompok mahasiswa residensi telah menerapkan format asuhan keperawatan berbentuk *checklist* yang diadopsi dari buku Nursalam dan format RSUD Kota Padang Panjang karena sebelum kegiatan implementasi telah ditetapkan di lokmin I bahwa masalah yang terjadi adalah pendokumentasian asuhan keperawatan sehingga untuk tindak lanjut kelompok melakukan penerapan format asuhan keperawatan. Hasil kegiatan tersebut belum maksimal karena jika mahasiswa ada di ruangan untuk mendampingi perawat mampu mengisi

format tersebut, tetapi jika mahasiswa tidak mendampingi maka format tersebut tidak diisi dengan lengkap.

Berdasarkan hal tersebut di atas Peneliti mengadopsi format asesmen awal dari beberapa buku pengkajian keperawatan dan format asesmen awal yang diterapkan di RSUP M. Jamil Padang, format ini akan lebih efektif digunakan di ruangan interne karena sudah menggunakan metode *checklist* dan isinya sudah mencakup semua item yang ditentukan oleh *JCI* karena tahap awal dari proses keperawatan dimulai dengan melengkapi dokumentasi asesmen awal keperawatan sehingga akan mempermudah dalam melengkapi proses keperawatan selanjutnya. Peneliti telah melakukan diskusi dengan kasi keperawatan dan kepala ruangan saat melakukan survey awal, kasi keperawatan dan kepala ruangan sangat mendukung untuk penerapan format asesmen awal ini, Uji coba format asesmen awal ini penting untuk meningkatkan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di RSUD Kota Padang panjang khususnya di ruangan interne sehingga menjadi dasar bagi rumah sakit dalam menggunakan format asesmen awal dalam pendokumentasian keperawatan. Uji coba format ini akan dilakukan dengan pendampingan dan tanpa pendampingan, Peneliti tertarik untuk menguji cobakan format asesmen awal keperawatan di ruangan interne karena jumlah perawat yang lebih banyak dan BOR yang cukup tinggi dibandingkan ruangan lain yaitu sekitar 72,85%.

Berdasarkan hal tersebut peneliti ingin melihat peningkatan kelengkapan pendokumentasian keperawatan melalui penerapan format asesmen awal keperawatan di ruangan interne RSUD Kota Padang Panjang.

1.2 Rumusan Masalah

Catatan keperawatan merupakan dokumen yang penting bagi asuhan keperawatan di rumah sakit. Jadi perawat perlu mengingat bahwa dokumen asuhan keperawatan merupakan bukti pelaksanaan keperawatan dan catatan tentang tanggapan atau respon pasien terhadap tindakan medis, tindakan keperawatan atau reaksi pasien terhadap penyakit. Sehingga perawat bertanggung jawab melakukan pendokumentasian mengenai intervensi yang telah dilakukan. Tetapi pada kenyataannya masih ada beberapa perawat yang kurang paham dengan tanggung jawabnya dalam melakukan proses keperawatan hal ini dibuktikan dengan belum lengkapnya pendokumentasian yang dilakukan oleh perawat di rumah sakit hal ini disebabkan karena waktu perawat yang kurang untuk mengisi format dokumentasi keperawatan yang masih berbentuk naratif. Pengisian format dokumentasi diawali dengan mengisi format asesmen awal yang meliputi status kesehatan pasien, pemeriksaan fisik, kebutuhan perawatan dan status gizi. Asesmen awal perlu dilakukan dengan cermat dan teliti untuk mengenal masalah dan diisi dengan lengkap karena keberhasilan proses keperawatan berikutnya sangat bergantung pada tahap ini. Oleh karena itu perawat perlu menyusun model format asesmen awal keperawatan yang bisa dipahami dan efektif digunakan oleh perawat sehingga mutu pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien dan kompetensi tenaga perawat yang memberikan pelayanan tersebut

lebih maksimal. Dengan demikian sebagai rumusan masalah penelitian ini adalah “apakah terjadi peningkatan kelengkapan pendokumentasian keperawatan jika format asesmen awal keperawatan digunakan oleh perawat di ruangan interne RSUD Kota Padang Panjang?”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui peningkatan kelengkapan pendokumentasian keperawatan melalui penerapan format asesmen awal keperawatan di ruangan interne RSUD Kota Padang Panjang Tahun 2016.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Diketuainya distribusi frekuensi karakteristik responden di ruangan interne RSUD Kota Padang Panjang

1.3.2.2 Diketuainya distribusi frekuensi kelengkapan format asesmen awal keperawatan pada siklus I di ruangan interne RSUD Kota Padang Panjang

1.3.2.3 Diketuainya distribusi frekuensi kelengkapan format asesmen awal keperawatan pada siklus II di ruangan interne RSUD Kota Padang Panjang

1.3.2.4 Diketuainya distribusi frekuensi kelengkapan format asesmen awal keperawatan pada siklus III di ruangan interne RSUD Kota Padang Panjang

1.3.2.5 Diketuainya peningkatan kelengkapan pendokumentasian keperawatan melalui penerapan format asesmen awal keperawatan di ruangan interne RSUD Kota Padang Panjang

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Pelayanan dan Masyarakat

1.4.1.1 Hasil penelitian ini dapat dipergunakan sebagai bahan masukan bagi perawat dan rumah sakit dalam rangka menggunakan format dokumentasi yang efektif untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan khususnya dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan

1.4.1.2 Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi tentang pentingnya kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan untuk menghindari kesalah pahaman dalam pemberian tindakan keperawatan

1.4.2 Pendidikan dan Perkembangan Ilmu Keperawatan

1.4.2.1 Penelitian ini diharapkan dapat memperkaya khasanah keilmuan dalam bidang keperawatan sebagai dasar untuk memberikan masukan pada perkembangan terbaru bidang keperawatan tentang pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan.

1.4.2.2 Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai data untuk penelitian selanjutnya yaitu meneliti efektifitas dari berbagai model format dokumentasi asuhan keperawatan yang sesuai dengan standar praktik keperawatan