

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Keperawatan di Indonesia saat ini masih dalam suatu proses profesionalisasi, yaitu terjadinya suatu perubahan dan perkembangan karakteristik sesuai tuntutan secara global dan lokal. Untuk mewujudkannya maka perawat harus mampu memberikan asuhan keperawatan secara profesional kepada klien. Salah satu bukti asuhan keperawatan yang profesional tercermin dalam pendokumentasian proses keperawatan (Lynn & Slevin, 2006).

Berkaitan dengan hal tersebut di atas RS. X senantiasa berupaya untuk memenuhi kebutuhan terlaksananya proses keperawatan dan dokumen asuhan keperawatan yang baik, sebagaimana ditentukan dalam Akreditasi Rumah Sakit, yaitu dengan menyediakan formulir dokumen asuhan keperawatan, membuat prosedur tetap suatu tindakan keperawatan dan penggunaan alat di rumah sakit, serta sarana – sarana lain yang diperlukan (Ali, 2010).

Dokumentasi keperawatan adalah bagian dari keseluruhan tanggung jawab perawatan pasien. Catatan klinis memfasilitasi pemberian perawatan, meningkatkan kontinuitas perawatan dan membantu mengkoordinasikan pengobatan dan evaluasi pasien. Responsibilitas dan akuntabilitas profesional merupakan salah satu alasan penting dalam pendokumentasian asuhan keperawatan yang akurat. Dokumentasi keperawatan sangat penting bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan karena pelayanan keperawatan yang diberikan kepada 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 (Wahid & Suprpto, 2012). Dokumentasi keperawatan merupakan suatu hal yang mutlak harus ada untuk perkembangan keperawatan khususnya proses

profesionalisasi keperawatan serta mempertahankan keperawatan sebagai suatu profesi yang luhur dan terpadang di masyarakat. Tujuan dari dokumentasi asuhan keperawatan yaitu 1) menghindari kesalahan, tumpang tindih, dan ketidaklengkapan informasi dalam asuhan keperawatan, 2) Terbinanya koordinasi yang baik dan dinamis antara sesama atau dengan pihak lain melalui dokumentasi keperawatan yang efektif, 3) Meningkatkan efisiensi dan efektivitas tenaga keperawatan, 4) Terjaminnya kualitas asuhan keperawatan, 5) Tersedianya perawat dari suatu keadaan yang memerlukan penanganan secara hukum, 6) Tersedianya data-data dalam penyelenggaraan penelitian karya ilmiah, pendidikan, dan penyusun / penyempurnaan standar asuhan keperawatan, 7) Melindungi klien dari tindakan malpraktek (Doenges, 2012).

Dokumentasi keperawatan dalam bentuk dokumen asuhan keperawatan merupakan salah satu alat pembuktian atas tindakan perawat selama menjalankan tugas pelayanan keperawatan. Penyelenggaraan dokumentasi keperawatan telah ditetapkan dalam SK Menkes No. 436/Menkes/SK/VI/1993 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit dan SK Dirjen Yanmed No. YM. 00.03.2.6.7637 tahun 1993 tentang Standar Asuhan Keperawatan (Dinarti, 2009).

Perkembangan era globalisasi ini, rumah sakit mengalami perkembangan kuantitas yang cukup pesat. Hal ini dapat dilihat dari semakin banyaknya badan atau institusi yang berusaha mendirikan rumah sakit, baik yang dibiayai dari dalam negeri maupun dari luar negeri. Globalisasi mengakibatkan tingginya kompetisi di sektor kesehatan khususnya pada pendokumentasian di bidang kesehatan. Pendokumentasian asuhan keperawatan dilakukan sebagai bukti tindakan keperawatan sudah dilakukan secara profesional dan legal sehingga dapat memberikan perlindungan pada perawat dan pasien. Pendokumentasian berguna bagi rumah sakit dalam meningkatkan standar akreditasi, sebagai alat komunikasi antar profesi, indikator pelayanan mutu, bukti tanggung jawab, dan tanggung gugat. perawat, sumber data dan sebagai sarana penelitian (Jefferies dkk., 2012)

Dokumentasi keperawatan juga merupakan sesuatu yang mutlak harus ada untuk perkembangan proses profesionalisasi keperawatan. Perawat profesional diharapkan dapat menghadapi tuntutan tanggung jawab dan tanggung gugat terhadap segala tindakan yang dilaksanakan. Kesadaran masyarakat terhadap hukum semakin meningkat sehingga dokumentasi yang lengkap dan jelas sangat dibutuhkan (Nursalam, 2011). Melalui dokumentasi keperawatan akan dapat dilihat sejauhmana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Hal ini akan bermanfaat bagi peningkatan mutu pelayanan (Handayaningsih, 2009).

Apabila dokumentasi tidak lengkap maka dapat terjadi resiko – resiko seperti kesalahan dalam komunikasi, dalam perencanaan tindakan, dalam pengambilan tindakan, sehingga dapat menjerat perawat karena tidak adanya dokumentasi resmi yang bernilai hukum dan dapat mengakibatkan menurunnya mutu asuhan keperawatan. Dokumentasi keperawatan merupakan alat vital dalam mengurangi tingkat kematian dan kejadian pasien yang merugikan (Boucher, 2012).

Penyebab ketidaklengkapan pendokumentasian yang tidak lengkap dapat dipengaruhi karakteristik individu Karakteristik perawat menurut Kane dkk., (2007) adalah meliputi usia, pengalaman atau masa kerja dan pendidikan. Pendokumentasian asuhan keperawatan tidak lengkap disebabkan beberapa hal. Menurut Bergh dkk., (2007), pendokumentasian tidak memadai disebabkan oleh tidak sinkronnya proses keperawatan yang di dokumentasikan. Menurut (Wong, 2009) perawat terkadang inkonsisten dalam mendokumentasikan waktu pelaksanaan tindakan. Pendidikan kesehatan yang dilakukan perawat tidak terstruktur dan jarang di dokumentasikan. Tanda tangan setiap kegiatan perawat, simbol dan singkatan dalam dokumentasi masih belum dilakukan dengan konsisten. Tulisan perawat kadang-kadang tidak jelas dan kalimat yang tidak sesuai dengan intervensi yang dilakukan (Karlsen R., 2011). Selain itu, perawat kadang-kadang menulis pendokumentasian tindakan pada tempat yang salah dalam format yang sudah ditetapkan (Hayrinen dkk., 2008). Penelitian terkait pendokumentasian yang dilakukan di Instalasi Rawat Inap Rumah

Sakit Mariner Cilandak Jakarta adalah rata-rata pendokumentasian sebesar 60,77%. Hal ini masih dibawah standar yang ditetapkan Depkes yaitu >85% (Lusianah, 2008).

Dampak jika dokumentasi keperawatan tidak berjalan dengan semestinya di Rumah Sakit X baik ke pasien, perawat, maupun dokter dapat mempengaruhi terjadinya komunikasi yang tidak searah dimana bisa terjadi resiko-resiko seperti kesalahan dalam komunikasi, dalam perencanaan tindakan, dalam pengambilan tindakan dan lain-lain yang dapat mengakibatkan menurunnya mutu asuhan keperawatan serta tidak memilikinya bukti untuk tanggung gugat atas tindakan keperawatan yang dilakukannya kepada pasien jika nantinya terjadi kesalahan-kesalahan yang tak terduga seperti kecacatan bahkan kematian.

Rumah Sakit X memberikan kontribusi penting dalam pelayanan kesehatan di masyarakat. Tuntutan masyarakat dalam suasana keterbukaan, keluhan – keluhan pasien atas pelayanan rumah sakit semakin mudah disampaikan melalui berbagai media komunikasi, sehingga banyak cara untuk mengkritisi pelayanan rumah sakit, baik pelayanan pasien rawat jalan maupun rawat inap. Dengan maraknya lembaga – lembaga bantuan hukum tidak menolak kemungkinan adanya gugatan terhadap pelayanan rumah sakit maupun terhadap petugas rumah sakit, baik dokter, perawat atas tindakan yang dilakukan dalam rangka pelayanan pasien sehingga muncul adanya gugatan malpraktek. Menghadapi kondisi yang demikian itu perawat rumah sakit perlu memahami dan menyadari bahwa apa yang dilakukan pelayanan terhadap pasien harus dilakukan secara profesional disertai rasa tanggung jawab dan tanggung gugat. Undang – undang No. 23 tahun 1992 merupakan wujud rambu – rambu atas hak dan kewajiban tenaga kesehatan termasuk para perawat dalam menjalankan tugas – tugas pelayanan. Dokumentasi keperawatan dalam bentuk dokumen asuhan keperawatan merupakan salah satu alat pembuktian atas perbuatan perawat selama menjalankan tugas pelayanan keperawatan.

Peneliti telah melakukan studi pendahuluan di RS. X dan menemukan permasalahan bahwa terdapat 2 dari 7 status rekam medis

pasien ditemukan ketidaklengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat. Ketidaklengkapan itu meliputi : tidak dilakukan pengisian *discharge planning*, kelengkapan identitas pasien dan penulisan Subjektif, Objektif, Assesment, Plan (SOAP) perawat. Berdasarkan studi pendahuluan pada Rekam Medik RS. X menunjukkan bahwa dari sampel dokumen asuhan keperawatan pada pasien rawat inap menunjukkan hal yang tidak lengkap terutama pada bagian pengkajian, diagnosa, dan evaluasi. Perawat banyak mengisi pada kolom implementasi, hal ini sangat beralasan karena implementasi merupakan monitoring kegiatan yang telah dilakukan pada pasien.

Berdasarkan latar belakang dari penjelasan diatas maka peneliti mencoba untuk merumuskan masalah yaitu Analisis Ketidaklengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di RS. X di Tangerang Selatan.

## 1.2 Perumusan Masalah

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan bagian dari dokumen catatan medik. Dokumentasi asuhan keperawatan RS. X merupakan suatu catatan tentang intervensi perawat terhadap pasien selama dirawat di rumah sakit, yang mencakup: pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan, pelaksanaan tindakan dan evaluasi.

Penilaian pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan dapat dilakukan dengan metode proses keperawatan di Rumah Sakit yang diukur melalui instrumen evaluasi penerapan Standar Asuhan Keperawatan (SAK). Hasil *survey* pendahuluan di RS. X menunjukkan bahwa standar operasional penulisan dokumentasi sudah ada.

Adapun dari studi pendahuluan sebelumnya terdapat 2 dari 7 status rekam medis yang tidak lengkap untuk pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap Rumah Sakit. Dari sampel dokumen asuhan keperawatan pada pasien rawat inap menunjukkan pendokumentasian yang tidak lengkap terutama pada bagian pengkajian, diagnosa, intervensi, dan evaluasi.

### **1.3 Pertanyaan Penelitian**

1. Bagaimana gambaran ketidaklengkapan pendokumentasian kegiatan pengkajian asuhan keperawatan diruang rawat inap RS X Tangerang?
2. Bagaimana gambaran ketidaklengkapan pendokumentasian kegiatan diagnosa asuhan keperawatan diruang rawat inap RS X Tangerang?
3. Bagaimana gambaran ketidaklengkapan pendokumentasian kegiatan intervensi asuhan keperawatan diruang rawat inap RS X Tangerang?
4. Bagaimana gambaran ketidaklengkapan pendokumentasian kegiatan implementasi asuhan keperawatan diruang rawat inap RS X Tangerang?
5. Bagaimana gambaran ketidaklengkapan pendokumentasian kegiatan evaluasi asuhan keperawatan diruang rawat inap RS X Tangerang?

### **1.4 Tujuan Penelitian**

#### **1.4.1 Tujuan Umum**

Mengetahui analisis ketidaklengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RS X Tangerang.

#### **1.4.2 Tujuan Khusus**

1. Menganalisa data ketidaklengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan dalam tahap pengkajian keperawatan diruang rawat inap RS X Tangerang
2. Menganalisa data ketidaklengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan dalam tahap diagnosa keperawatan diruang rawat inap RS X Tangerang
3. Menganalisa data ketidaklengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan dalam tahap intervensi / perencanaan keperawatan diruang rawat inap RS X Tangerang
4. Menganalisa data ketidaklengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan dalam tahap implementasi keperawatan diruang rawat inap RS X Tangerang

5. Menganalisa data ketidaklengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan dalam tahap evaluasi keperawatan di ruang rawat inap RS X Tangerang

## **1.5 Manfaat Peneliti**

### **1.5.1 Peneliti**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan pengalaman kepada penulis untuk menerapkan dan memperluas wawasan tentang pentingnya pendokumentasian keperawatan di rumah sakit.

### **1.5.2 Institusi**

Sebagai informasi tambahan agar dapat digunakan sebagai sumber informasi ilmu pengetahuan bagi mahasiswa.

### **1.5.3 Profesi Keperawatan**

Hasil penelitian ini mempunyai manfaat sebagai gambaran dan yang dapat dipakai sebagai masukan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di rumah sakit

## **1.6 Ruang Lingkup**

Penelitian ini dalam lingkup kesehatan yang bertujuan untuk mengetahui Analisis Ketidaklengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit X Tangerang Tahun 2018. Alasan peneliti mengambil penelitian ini karena masih adanya kejadian ketidaklengkapan dalam pengisian pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah Sakit X Tangerang serta dampak yang ditimbulkan dan belum adanya penelitian terkait yang dilakukan di rumah sakit ini. Dari studi pendahuluan sebelumnya terdapat 2 dari 7 status rekam medis yang tidak lengkap dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap Rumah Sakit. Dari sampel dokumen asuhan keperawatan pada pasien rawat inap menunjukkan pendokumentasian yang tidak lengkap terutama pada bagian pengkajian, diagnosa, intervensi, dan evaluasi. Dalam Pengumpulan data

penelitian dilakukan pada bulan November - Desember 2018. Informan pada penelitian ini adalah 3 orang perawat, kepala perawat ruang rawat inap, dan kepala rekam medis di rumah sakit X di Tangerang Selatan. Penelitian ini dilakukan dengan pendekatan kualitatif dengan menggunakan alat ukur pedoman wawancara, lembar observasi lapangan, dan lembar ceklis.