

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Dokumentasi keperawatan merupakan bagian dari pelaksanaan asuhan keperawatan yang menggunakan pendekatan proses keperawatan yang memiliki nilai hukum yang sangat penting. Tanpa dokumentasi keperawatan maka semua implementasi keperawatan yang telah dilaksanakan oleh perawat tidak mempunyai makna dalam hal tanggung jawab dan tanggung gugat. Dokumentasi keperawatan dapat dikatakan sebagai “pegangan” bagi perawat dalam mempertanggungjawabkan dan membuktikan pekerjaannya. Oleh karena itu ada berbagai aturan dan kaidah yang harus ditaati oleh setiap perawat dalam melakukan pendokumentasian keperawatan. (Setiyarini, 2010)

Sejak zaman Florence Nightingale, Perawat telah menganggap dokumentasi sebagai bagian yang vital dari praktik profesional. Pada tulisan awalnya Nightingale menggambarkan tentang perlunya perawat untuk mencatat “penggunaan yang tepat dari udara segar, cahaya, kehangatan, kebersihan serta pemilihan dan pemberian diet yang tepat,” dengan tujuan mengumpulkan, menyimpan dan mendapatkan kembali data untuk menatalaksanakan pasien secara cerdas. (Seymour, 1954, hal 32 dalam Iyer PW, 2002 hal 1)

Sejak awal tahun 70-an dokumentasi keperawatan menjadi lebih penting, mencerminkan perubahan pada praktik keperawatan, berkaitan dengan kebutuhan lembaga, dan pedoman hukum. Selain itu, sejalan dengan dibuatnya pengelompokan diagnosis yang berhubungan (*diagnostic related groupings*,

DRG), dokumentasi keperawatan semakin maju dan menjadi mekanisme yang digunakan untuk menentukan penggantian uang terhadap perawatan yang diberikan. Dengan berkembangnya proses keperawatan sebagai kerangka kerja untuk praktik, dokumentasi juga berkembang menjadi penghubung yang esensial antara pemberian dan evaluasi perawatan. (Iyer PW, 2002, hal 1)

Dokumentasi keperawatan merupakan **bukti otentik** yang dituliskan dalam format yang telah disediakan dan harus disertai dengan pemberian “tanda tangan” dan nama perawat serta harus menyatu dengan status/rekam medis pasien. Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien setiap langkah dari proses keperawatan memerlukan pendokumentasian mulai dari tahap pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan harus didokumentasikan. (Setiyarini, 2010).

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan sarana komunikasi dari satu profesi ke profesi lain terkait status pasien. Sebagai alat komunikasi, tulisan dalam dokumentasi keperawatan harus jelas terbaca, tidak boleh memakai istilah atau singkatan-singkatan yang tidak lazim, juga berisi uraian yang jelas, tegas dan sistematis. Hal ini dimaksudkan untuk menghindari disfungsi komunikasi. Lebih lanjut, dampak yang timbul akibat disfungsi komunikasi ini akan membahayakan keselamatan pasien.

Kesadaran masyarakat tentang hukum memberi implikasi pada profesi keperawatan sehingga perawat harus berhati-hati dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Profesi keperawatan merupakan profesi yang memiliki resiko hukum. Kesalahan perawat yang mengakibatkan kecacatan atau kematian pasien

dapat menyeret perawat ke pengadilan. Karenanya, segala aktifitas yang dilakukan perawat terhadap pasien harus didokumentasikan dengan baik. Inilah fungsi lain dari dokumentasi keperawatan.. (Asmadi, 2008, hal 180).

Dokumentasi yang lengkap dan akurat mengenai data kesehatan pasien akan memudahkan perawat dan profesi lain dalam memantau efektifitas pelaksanaan asuhan keperawatan serta mengidentifikasi kemungkinan munculnya masalah kesehatan lain. Semua ini dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien. Dengan demikian, dokumentasi keperawatan dapat dijadikan bukti mutu asuhan keperawatan.

Di RSUD Cengkareng sejak tahun 2005 sudah mulai diperkenalkan sistem pendokumentasian dengan metode ICP (Integrated Care Pathway) untuk beberapa diagnosa penyakit seperti DHF, Gastroenteritis, Stroke, katarak, Apendiktomy, Tonsilektomy, Sectio caesaria, partus normal bayi baru lahir, dan sindrom steven johnson. Tujuan utama dari metode ICP adalah untuk kepuasan pasien dan pihak pembayar. Metode ICP memandu pada dokter, perawat dan tim kesehatan lain dalam memberikan pelayanan kepada pasien, sehingga sejak awal masuk rawat dapat direncanakan dan diperkirakan tindakan-tindakan medis dan keperawatan yang akan dilakukan dan berapa lama hari rawat yang dibutuhkan. Metode ini juga memudahkan perawat, dokter dan tim kesehatan lain dalam melakukan pendokumentasian, karena setiap format ICP berbentuk format pilihan sehingga pengguna ICP cukup memberikan cek list di tempat yang sesuai kemudian membubuhkan inisial nama dan paraf. Dengan metode ICP ini diharapkan mempermudah dan mempersingkat waktu yang dibutuhkan oleh perawat dalam kegiatan pendokumentasian.

Pada tahun 2010 tim mutu keperawatan RSUD Cengkareng melakukan pengukuran mutu asuhan keperawatan dalam rentang kendali mutu dengan tiga instrumen yaitu: audit studi dokumentasi, persepsi mutu pelayanan keperawatan dan observasi kegiatan asuhan keperawatan.

Audit dokumentasi penerapan standar asuhan keperawatan di RSUD Cengkareng dibagi dalam beberapa ruangan rawat inap yang dikumulatifkan secara keseluruhan. Item yang dinilai adalah pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, evaluasi keperawatan dan catatan asuhan keperawatan. Instrumen yang digunakan untuk menilai adalah *Instrumen Dokumentasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan* yang diadopsi dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia. Audit dokumentasi ini dilakukan di sepuluh ruangan yaitu ruang Melon dengan nilai 58,1%, Rambutan dengan nilai 69,85%, Pepaya dengan nilai 66,22%, Manggis dengan nilai 66,27%, Belimbing dengan nilai 65,92%, Mangga dengan nilai 60,93%, Sirsak dengan nilai 72,88%, Perina dengan nilai 64%, ICU/Intermedit dengan nilai 71,93%.

Dari hasil penilaian di atas maka nilai rata-rata adalah 59,61 maka tim mutu keperawatan RSUD Cengkareng mengambil kesimpulan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Cengkareng masih di bawah standar yang ditetapkan yaitu 75%. (Tim mutu keperawatan RSUD Cengkareng).

Perawat yang ditempatkan di sepuluh ruang rawat inap RSUD Cengkareng tersebut berjumlah kurang lebih 160 orang, berasal dari berbagai macam latar belakang dan bermacam-macam karakteristik. Oleh karena itu peneliti tertarik

untuk mengetahui adakah hubungan karakteristik perawat dengan mutu pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Cengkareng.

B. Rumusan Masalah

Dokumentasi keperawatan sewaktu-waktu dapat dijadikan barang bukti di pengadilan jika terjadi gugatan pihak pasien. Apabila mutu pendokumentasian asuhan keperawatan kurang baik maka dapat terjadi resiko-resiko seperti kesalahan dalam komunikasi, dalam perencanaan tindakan, dalam pengambilan tindakan dll yang dapat mengakibatkan menurunnya mutu asuhan keperawatan.

Atas dasar hasil penilaian oleh Tim mutu asuhan keperawatan RSUD Cengkareng pada tahun 2010 yang menilai mutu dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap masih di bawah standar (hasil:59,61% standar:75%), dikhawatirkan mutu asuhan keperawatan juga rendah. Maka para perawat yang bertugas di ruang rawat inap dengan karakteristik yang berbeda itu sangat berperan dalam menjaga mutu pendokumentasian asuhan keperawatan.

Dari masalah yang diuraikan di atas, peneliti tertarik untuk meneliti adakah hubungan antara karakteristik perawat dengan mutu pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Cengkareng.

Maka rumusan masalah dari penelitian ini adalah: Adakah hubungan karakteristik perawat dengan mutu pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Cengkareng?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan katakteristik perawat dengan mutu pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Cengkareng.

2. Tujuan khusus

Adapun tujuan khusus dari penulisan ini adalah:

- a. Mengidentifikasi gambaran karakteristik perawat (usia, jenis kelamin, status perkawinan, masa kerja, pendidikan dan pelatihan) di ruang rawat inap RSUD Cengkareng.
- b. Mengidentifikasi hubungan usia perawat dengan mutu pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Cengkareng.
- c. Mengidentifikasi hubungan jenis kelamin perawat dengan mutu pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Cengkareng.
- d. Mengidentifikasi hubungan status perkawinan perawat dengan mutu pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Cengkareng.
- e. Mengidentifikasi hubungan masa kerja perawat dengan mutu pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Cengkareng.

- f. Mengidentifikasi hubungan pendidikan perawat dengan mutu pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Cengkareng.
- g. Mengidentifikasi hubungan pelatihan perawat dengan mutu pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Cengkareng

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi layanan dan masyarakat :
 - a. Memberikan informasi yang berguna kepada perawat dan pihak rumah sakit tentang pendokumentasian keperawatan sehingga mutu standar asuhan keperawatan di rumah sakit meningkat
 - b. Memberikan informasi tentang gambaran karakteristik perawat dan hubungannya dengan mutu pendokumentasian asuhan keperawatan.
 - c. Menambah pengetahuan perawat tentang pendokumentasian asuhan keperawatan sehingga dapat meningkatkan pemberian asuhan keperawatan kepada pasien/keluarga
2. Bagi pendidikan dan perkembangan ilmu keperawatan
 - a. Sebagai input terhadap perkembangan pendidikan keperawatan mendukung tercapainya pelayanan keperawatan yang profesional dalam pendokumentasian asuhan keperawatan

- b. Membagi pengalaman dalam melakukan penelitian keperawatan terutama dalam bidang pendokumentasian asuhan keperawatan
- c. Memberikan informasi tentang metode pendokumentasian asuhan keperawatan di RSUD Cengkareng