A-PDF Watermark DEMO: Purchase from www.A-PDF.com to remove the watermark

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Upaya mewujudkan rumah sakit diperlukan perbaikan dan pengembangan pelayanan kesehatan, termasuk pelayanan keperawatan. Pelayanan keperawatan sebagai bagian integral dari pelayanan kesehatan di rumah sakit, memiliki peran yang amat penting dan memiliki daya ungkit yang besar untuk mencapai tujuan menuju rumah sakit Indonesia kelas dunia (Dirjen Bina Upaya Kesehatan RI, 2013).

STIKES BETHESDA YAKKUM

Pelayanan keperawatan sering disebut sebagai ujung tombak dari pelayanan yang ada di rumah sakit, pelaksana asuhan keperawatan yaitu perawat selama 24 jam berada di dekat pasien. Perawat memegang peranan yang cukup dominan dalam rangka memberikan kepuasan kepada pelanggan atau pasien. Pelayanan keperawatan bersifat komprehensif, mencakup pelayanan biopsiko-sosio-kultural dan spiritual. Perawat yang profesional dalam memberikan pelayanan keperawatan pastinya akan memberikan pelayanan

terbaik untuk itulah perawat perlu menyiapkan asuhan yang akan diberikan didasari pada proses keperawatan (Nursalam, 2011).

Proses keperawatan adalah suatu metode ilmiah yang sistematis dan terorganisir untuk memberikan asuhan keperawatan kepada klien dengan melakukan pengkajian, menentukan diagnosa, merencanakan tindakan, melaksanakan tindakan atau implementasi, serta mengevaluasi hasil asuhan yang telah diberikan dengan berfokus pada klien. Hasil akhir dalam proses ini adalah menuliskan proses asuhan keperawatan tersebut yaitu pendokumentasian (Setiadi, 2011).

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 (Iyer, 2004) dalam Astuti *et al.* (2010). Dokumentasi keperawatan yang lengkap menjadi prasyarat dalam melaksanakan perawatan yang baik dan efiesien dari kerjasama antar profesi kesehatan dalam pelayanan kesehatan profesional. Kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan bagian dari kualitas pelayanan keperawatan di rumah sakit (Siswanto *et al*., 2013). Setiap pelaksanaan proses keperawatan, perawat akan selalu melakukan pencatatan mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

STIKES BETHESDA YAKKUM

Dokumentasi asuhan keperawatan adalah bagian yang penting dari dokumentasi klinis, namun pada kenyataannya, asuhan keperawatan yang dilakukan masih bersifat manual dan konvensional, belum dengan sistem/perangkat teknologi yang memadai (Wahid & Suprapto, 2012). Dokumentasi sebagian besar rumah sakit masih manual dan bersifat narasi. Dokumentasi narasi adalah cara tradisional untuk perekaman asuhan keperawatan. Metode ini menggunakan format cerita untuk mendokumentasikan informasi spesifik tentang kondisi klien dan asuhan keperawatan, diagram narasi memiliki kekurangan yaitu adanya pengulangan informasi, membuang waktu, dan mengharuskan pembaca mencari lokasi informasi (Perry & Potter 2009). Kondisi tersebut di atas membuat perawat mempunyai potensi yang besar terhadap terjadinya kelalaian pada pelayanan kesehatan khususnya pada pelayanan keperawatan. Tidak adanya kontrol pendokumentasian yang benar, dapat menyebabkan pelayanan yang diberikan kepada pasien akan cenderung kurang baik dan dapat merugikan pasien (Nursalam, 2012).

STIKES BETHESDA YAKKUM

Dokumentasi asuhan keperawatan umumnya kurang disukai oleh perawat karena dianggap terlalu rumit, beragam, dan menyita waktu, namun dokumentasi keperawatan yang tidak dilakukan dengan tepat, lengkap dan akurat dapat menurunkan mutu pelayanan keperawatan karena tidak dapat mengidentifikasi sejauh mana tingkat keberhasilan asuhan keperawatan yang telah diberikan (Nursalam, 2012).

Kemampuan yang mempengaruhi perawat dalam melaksanakan dokumentasi keperawatan sangat terkait dengan tingkat pendidikan, pengetahuan dan waktu untuk pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan yang lebih akurat (Azis, 2010). Menurut Gibson (1996) dalam Noorkasiani *et al.* (2015) bahwa faktor yang mempengaruhi keberhasilan dokumentasi juga adalah umur dan lama kerja.

Kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan banyak dikaitkan dengan berbagai faktor meliputi proses penelitian, standar, *pusnishment* dan *reward* (Setiawan, 2012), motivasi perawat (Pakidek *et al.,* 2014), supervisi (Lestari, *et al.,* 2014), sedangkan salah satu faktor yang dominan dalam mempengaruhi pendokumentasian asuhan keperawatan adalah perbedaan beban kerja perawat (Intan, 2016; Eveline, 2009; & Wahyuni, 2012). Evaluasi dokumentasi keperawatan pada beberapa rumah sakit umum, ditemukan bahwa kemampuan perawat menuliskan asuhan keperawatan dengan menggunakan proses keperawatan yang memenuhi kriteria rata-rata 60% (Harto, 2010).

Rumah Sakit Samarinda Medika Citra (RS SMC) adalah salah satu Rumah Sakit milik Perusahaan Kota Samarinda yang berbentuk Rumah Sakit Umum, dikelola oleh PT. Pandam Harum Med perusahaan yang berlokasi di Jl. Kadrie Oening No. 85 RT 35 Samarinda 751234, Kota Samarinda

STIKES BETHESDA YAKKUM

Kalimantan Timur, Indonesia. Rumah Sakit ini telah teregistrasi mulai 12/07/2013 dengan Nomor Surat Ijin 503/RS-002/DKK/VI/2013 dan Tanggal Surat Ijin 16/04/2014 dari Dinkes Kota Samarinda dengan sifat tetap, dan berlaku sampai 2019. Setelah menjalani akreditasi Rumah Sakit Seluruh Indonesia dengan pentahapan I (5 Pelayanan) akhirnya ditetapkan status Lulus Akreditasi Rumah Sakit. Rumah Sakit ini memiliki pelayanan 24 jam, pelayanan RS SMC yaitu unit Instalasi Gawat Darurat (IGD), Poliklinik, Rawat Inap, *Intensive Care Unit* (ICU), Perinatologi, *Medical Check Up* (MCU) dan pelayanan penunjang medis ada Farmasi, Laboratorium, Radiologi, Fisioterapi, Endoskopi, Hemodialisa. Pelayanan rawat inap di rumah sakit ada ruang perawatan anak dan perawatan dewasa. Ruang rawat inap dewasa ada 3 yaitu ruang perawatan umum 1, 2 dan 3. Ruang perawatan dewasa atau sering disebut Ruang Perawatan Umum (RPU) merupakan tempat pelayanan pada pasien bedah dan penyakit dalam. Pelayanan yang diberikan didokumentasikan direkam medis dengan menggunakan teknik narasi.

STIKES BETHESDA YAKKUM

Ruang perawatan umum 2 dan 3 adalah ruang perawatan dewasa yang bermasalah dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan saat dilakukan audit dokumentasi asuhan keperawatan. Hasil wawancara dengan Zr. U pada tanggal 22 September 2019 di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra (SMC) mengatakan masalah yang sering terjadi di rumah sakit ialah ketidaklengkapan dokumentasi asuhan keperawatan dan paling sering terjadi

di ruang perawatan umum (dewasa). Hasil data yang didapatkan oleh peneliti terhadap 10 dokumentasi keperawatan di ruang rawat inap menunjukan 7 dokumentasi keperawatan tidak terisi lengkap. Beberapa perawat memiliki sikap tidak peduli membuat catatan atau dokumentasi keperawatan dibuktikan perawat tidak mengisi pengkajian sampai evaluasi dengan lengkap dan beberapa lembar yang seharusnya diisi tetapi tidak diisi oleh perawat, sedangkan perawat sudah dibagi beban yang sama 1 perawat menangani 5 pasien. Jumlah rekam medis pada bulan Mei Juni dan Juli di ruang perawatan umum 2 sebanyak 743 rekam medis dan di ruang perawatan umum 3 sebanyak 1.060 rekam medis.

Hasil studi awal yang dilakukan peneliti mengenai latar belakang pedidikan perawat di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra khususnya di ruang perawatan umum. Ruang perawatan umum 2 sebanyak 11 orang yang memiliki pendidikan S. Kep Ners dan 18 orang pendidikan D3 Keperawatan dengan jumlah tempat tidur 34 TT, sedangkan pendidikan perawat di ruang perawatan umum 3 ada 13 orang S. Kep Ners dan 30 orang berpendidikan D3 orang dengan jumlah tempat tidur 54 TT.

Berdasarkan uraian di atas maka peneliti ingin meneliti perbedaan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang perawatan umum 2 dan ruang perawatan umum 3 untuk melihat hasil persentase kelengkapan dokumentasi di ruang perawatan umum juga dapat meningkatkan kinerja

STIKES BETHESDA YAKKUM

perawat dalam melengkapi dokumentasinya sebagai tanggung jawabnya, serta dapat memberikan motivasi kepada kepala ruang untuk meningkatkan pengarahan perawat dalam melengkapi dokumentasi asuhan keperawatan.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas maka dapat di rumuskan masalah penelitian sebagai berikut: "Apakah ada perbedaan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan antara ruang perawatan umum 2 dan ruang perawatan umum 3 di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra Tahun 2020"?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

   Mengetahui perbedaan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan antara ruang perawatan umum 2 dan ruang perawatan umum 3 Rumah Sakit SMC Samarinda Tahun 2020.

2. Tujuan Khusus

   a. Mengetahui kelengkapan dokumentasi pengkajian di Ruang Perawatan Umum 2 dan Ruang Perawatan Umum 3 Rumah Sakit SMC Samarinda tahun 2020.

   b. Mengetahui kelengkapan dokumentasi diagnosis keperawatan di Ruang Perawatan Umum 2 dan Ruang Perawatan Umum 3 Rumah Sakit SMC Samarinda tahun 2020.

STIKES BETHESDA YAKKUM

c. Mengetahui kelengkapan dokumentasi perencanaan di Ruang Perawatan Umum 2 dan Ruang Perawatan Umum 3 Rumah Sakit SMC Samarinda tahun 2020.

d. Mengetahui kelengkapan dokumentasi pelaksanaan di Ruang Perawatan Umum 2 dan Ruang Perawatan Umum 3 Rumah Sakit SMC Samarinda tahun 2020.

e. Mengetahui kelengkapan dokumentasi evaluasi di Ruang Perawatan Umum 2 dan Ruang Perawatan Umum 3 Rumah Sakit SMC Samarinda tahun 2020.

f. Mengetahui kelengkapan catatan asuhan keperawatan di Ruang Perawatan Umum 2 dan Ruang Perawatan Umum 3 Rumah Sakit SMC Samarinda tahun 2020.

g. Mengetahui perbedaan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan Ruang Perawatan Umum 2 dan Ruang Perawatan Umum 3 Rumah Sakit SMC Samarinda tahun 2020.

STIKES BETHESDA YAKKUM

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat meningkatkan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan sehingga dapat digunakan sebagai kerangka dalam pengembangan manajemen kelengkapan dokumentasi dan meningkatkan mutu pelayanan di Rumah Sakit Samarinda Medika Citra.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Rumah Sakit Samarinda Medika Citra Samarinda

Penelitian ini diharapkan dapat membantu memperbaiki kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang perawatan umum 2 dan 3 Rumah Sakit Samarinda Medika Citra Kalimantan Timur.

b. Bagi Perawat Rumah Sakit Samarinda Medika Citra Samarinda

Manfaat bagi perawat diharapkan dapat menjadi indikator dan motivasi dalam melengkapi dokumentasian.

c. Bagi Institusi STIKES Bethesda Yakkum Yogyakarta

Sebagai bahan pertimbangan dalam menetukan kebijakan yang berkaitan dengan dokumentasi proses keperawatan.

d. Bagi Peneliti

Mengaplikasikan ilmu yang diperoleh selama kuliah dan mendapatkan pengalaman kepada peneliti dalam proses penelitian.

STIKES BETHESDA YAKKUM

E. Keaslian Penelitian

Beberapa penelitian yang ditulis dalam keaslian penelitian memiliki persamaan dan perbedaan dengan yang akan diteliti oleh peneliti.

Tabel 1

Daftar Keaslian Penelitian

No	Nama/Tahun	Judul	Metode	Hasil	Persamaan	Perbedaan
1	Ikhwanul, M (2016)	Perbedaan Kelengkapan Pengisian Lembar Keperawatan Berdasarkan Shift Kerja di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Soeratno Gemolong Jawa Tengah	1. Jenis penelitian ini adalah analitik observasional secara *cross sectional.* 2. Lokasi penelitian di Instalasi Rekam Medis RSUD dr. Soeratno Gemolong Jawa Tengah. 3. Sejumlah 277 sampel dari 901 dokumen rekam medis. 4. Teknik sampel yang digunakan proposional random	Hasilnya ada beda kelengkapan antara shift kerja pada lembar Tanda Vital (p=0,001), Perjalanan Penyakit (p=0,001) Catatan Perkembangan (p=0,001), Pemberian Informasi Perawat (p=0,001), dan Resume Keperawatan (0,001). Tidak ada beda kelengkapan lembar terapi farmakologi (p=0,058) dan lembar pengkajian keperawatan (p=0,488).	1. Persamaan terletak pada variabel kelengkapan pendokumentasian. 2. Pendekatan penelitian nya secara *cross sectional.*	1. Variabel terikat dalam penelitian ini adalah shift kerja sedangkan pada penelitian yang akan dilakukan peneliti adalah kelengkapan dokumentasi antara ruang rawat inap. 2. Teknik sampel penelitian ini *adalah systemic random sampling* sedangkan di penelitian akan dilakukan peneliti adalah *purposive sampling*.

STIKES BETHESDA YAKKUM

No	Nama/Tahun	Judul	Metode	Hasil	Persamaan	Perbedaan
			sampling dengan pengambilan *systematic random sampling.* 5. Analisis data menggunakan uji *Kruscal Walis.*			3. Desain penelitian ini adalah analitik observasional sedangkan penelitian yang akan dilakukan peneliti adalah studi komparatif. 4. Peneliti menggunakan uji statistik *Mann-Whitney.*
2	Teguh I & Siwi, S. W (2015)	A Study of the Completeness of Nursing Care Documentation in Inpatient Room Class I – Utama and Class III at RSUD Bendan Kota Pekalongan Jawa Tengah	1. Penelitian ini adalah penelitian survei analitik dengan pendekatan *cross sectional.* 2. Sampel dalam penelitian ini adalah 19 perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap Kelas I-Utama dan 21 perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap Kelas III.	Responden yang menerapkan standar dokumentasi asuhan keperawatan dengan lengkap di ruang kelas I-utama (63.2%) lebih besar dibanding di ruang kelas III (28.6%). Berdasarkan *hasil uji chi square*, diperoleh p value = 0,028, nilai ini lebih kecil dari 0,05 yang berarti ada perbedaan yang signifikan antara kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang kelas I dengan III.	1. Persamaan variabel kelengkapan dokumentasi 2. Penelitian menggunakan pendekatan *cross sectional*.	1. Variabel terikat penelitian ini adalah antar kelas 1 dan kelas 3, sedangkan pada penelitian yang akan dilakukan peneliti adalah antar ruang perawatan dewasa. 2. Desian penelitian ini adalah *survey analitik* sedangkan desain penelitian yang akan dilakukan peneliti adalah studi komporatif.

STIKES BETHESDA YAKKUM

No	Nama/Tahun	Judul	Metode		Persamaan	Perbedaan
			3. Data mengenai pendokumentasian asuhan keperawatan didapatkan dengan pemeriksaan dokumen asuhan keperawatan sesuai dengan standar dokumentasi asuhan keperawatan dari instrumen baku Departemen Kesehatan RI. 4. Perbandingan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di dua ruangan perawatan dilakukan dengan menggunakan analisis uji *chi square.*			3. Peneliti menggunakan uji statistik *Mann-Whitney.*
3	Aris, P.T & Irnawati (2018)	Perbedaan Kelengkapan Dokumentasi	1. Desain penelitian ini studi deskriptif komparatif.	Hasil penelitian menunjukkan lebih dari separuh dokumentasi	1. Persamaan variabel kelengkapa dokumentasi perawat.	1. Variabel penelitian ini kelengkapan

STIKES BETHESDA YAKKUM

No	Nama/Tahun	Judul	Metode	Hasil	Persamaan	Perbedaan
		Asuhan Keperawatan Berdasarkan Dokumentasi *Shift* Kerja Perawat di RSUD Kraton Kabupaten Pekalongan Jawa Tengah.	2. Teknik pengambilan sampel menggunakan *accidental sampling* dengan jumlah 93 dokumen. 3. Alat pengumpulan data menggunakan *checklist* format asuhan keperawatan. 4. Uji statistik menggunakan uji *kruskal wallis.*	asuhan keperawatan pada *shift* pagi dalam kategori tidak lengkap yaitu 16 dokumen (51,6%), lebih dari separuh dokumentasi asuhan keperawatan pada *shift* siang dalam kategori lengkap yaitu 17 dokumen (54,8%) dan sebagian besar dokumentasi asuhan keperawatan pada *shift* malam dalam kategori tidak lengkap yaitu 24 dokumen (77,4%). Hasil uji statistik menunjukkan ada perbedaan yang signifikan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan antara *shift* pagi, siang dan malam di RSUD Kraton Pekalongan dengan nilai *ρ value* sebesar 0,025 (<0,05).	2. Desain penelitian yaitu studi komparatif.	dokumentasi berdasarkan *shift* kerja sedangkan penelitian yang akan dilakukan peneliti adalah kelengkapan dokumentasi antar ruangan. 2. Peneliti menggunakan uji statistik *Mann-Whitney.*

STIKES BETHESDA YAKKUM