

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Organisasi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, pada dasarnya adalah organisasi pelayanan umum. Oleh karenanya selain memberikan pelayanan medis yang profesional, rumah sakit perlu memiliki kinerja profesional yang baik sesuai dengan harapan pasien. Hal ini sesuai dengan Undang-Undang Kesehatan Nomor 36 Tahun 2009 mencantumkan bahwa tenaga kesehatan harus memenuhi ketentuan kode etik, standar, hak pengguna pelayanan kesehatan, standar pelayanan dan standar prosedur operasional. Pelayanan profesional yang merupakan bagian utama atau inti dari pelayanan rumah sakit adalah pelayanan medik dan pelayanan perawatan, dimana keduanya saling berhubungan, saling menunjang dan saling menentukan (Ilhamsyah, 2004).

Pelayanan asuhan keperawatan yang optimal merupakan suatu tuntutan bagi organisasi pelayanan kesehatan. Kecenderungan yang terjadi pada masyarakat saat ini adalah jasa pelayanan sudah bergeser dari mengutamakan hasil pelayanan ke arah proses dari pelayanan yang diterimanya. Hal ini menuntut pelayanan kesehatan harus lebih berkualitas dan profesional, artinya dapat memberikan kepuasan bagi konsumen, etis dan bermoral serta dapat dipertanggungjawabkan. Untuk mewujudkannya, maka perawat harus mampu memberikan asuhan keperawatan secara profesional kepada pasien. Dalam upaya untuk mencapai suatu asuhan keperawatan profesional diperlukan suatu pendekatan yang disebut proses keperawatan dan dokumentasi keperawatan sebagai data tertulis yang menjelaskan tentang penyampaian informasi, penerapan suatu standar dokumentasi dan pelaksanaan proses keperawatan (Nursalam, 2011).

Perawat memerlukan suatu standar dokumentasi sebagai petunjuk dan arah terhadap cara penyimpanan dan teknik pendokumentasian yang benar. Standar dokumentasi adalah suatu pernyataan tentang kualitas dan kuantitas dokumentasi

yang dipertimbangkan secara akurat dalam situasi tertentu. Dengan adanya standar dokumentasi dapat memberikan informasi bahwa adanya suatu ukuran terhadap kualitas dokumentasi keperawatan. Perawat memerlukan suatu standar dokumentasi untuk memperkuat pola pencatatan dan sebagai petunjuk atau pedoman praktek pendokumentasian dalam memberikan tindakan keperawatan. Dokumentasi keperawatan mempunyai makna yang penting bila dilihat dari berbagai aspek, yaitu hukum, jaminan mutu, komunikasi, keuangan, pendidikan dan akreditasi (Nursalam, 2007).

Menurut Fisbach dalam Muryadi (1999) menyatakan bahwa pelayanan keperawatan yang profesional dengan menggunakan metode pendekatan proses keperawatan dibuktikan dan dipertanggungjawabkan melalui suatu catatan tertentu dari kegiatan asuhan keperawatan. Kegiatan asuhan keperawatan dikatakan sempurna apabila sudah didokumentasikan. Pelayanan keperawatan yang bermutu, memenuhi karakteristik proses keperawatan yaitu sistem terbuka dan fleksibel terhadap kebutuhan pasien serta dinamis, mutu asuhan keperawatan dapat tergambar antara lain pada dokumentasi proses keperawatan (Gillies dalam Pancaningrum, 2010).

Untuk memberikan pelayanan yang berkualitas perlu dilakukan evaluasi secara terus-menerus. Penilaian mutu pelayanan keperawatan dilakukan melalui penilaian penerapan standar asuhan keperawatan, dimana salah satu aspek penilaian adalah dokumentasi asuhan keperawatan (Maryorita, 2003). Kemampuan dalam melaksanakan tugas atau dokumentasi merupakan unsur utama didalam menilai kinerja seseorang. Dokumentasi keperawatan harus dilaksanakan segera pada setiap tahap dalam asuhan keperawatan. Hal ini perlu diperhatikan karena dokumentasi dapat memberikan kontinuitas pelayanan keperawatan kepada pasien dan juga merupakan wahana komunikasi bagi tenaga kesehatan termasuk didalamnya tenaga keperawatan.

Keperawatan sebagai profesi merupakan salah satu pekerjaan dimana dalam menentukan tindakannya didasari pada ilmu pengetahuan serta memiliki keterampilan yang jelas dalam keahliannya, selain itu sebagai profesi keperawatan mempunyai otonomi dan kewenangan dan tanggung jawab dalam tindakan serta

adanya kode etik dalam bekerjanya, kemudian juga berorientasi pada pelayanan melalui pemberian asuhan keperawatan pada individu, kelompok atau masyarakat (Lubis, 2011).

Asuhan keperawatan itu sendiri merupakan suatu proses dalam praktek keperawatan yang langsung diberikan kepada klien pada berbagai tatanan pelayanan keperawatan, dengan metodologi proses keperawatan, berpedoman pada standar keperawatan, dilandasi etika keperawatan dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan. Praktek keperawatan juga merupakan tindakan mandiri, perawat profesional melalui kerjasama berbentuk kolaborasi dengan pasien dan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan lingkup wewenang dan tanggung jawabnya (Lubis, 2011).

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di rumah sakit, pemerintah menyusun Standar Pelayanan di Rumah Sakit yang diberlakukan melalui Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 436/MENKES/SK/VI/1993 dan Standar Asuhan Keperawatan yang diberlakukan melalui SK Dirjen Pelayanan Medik No.YM.00.03.2.6.7637 tahun 1993. Standar tersebut berlaku dimanapun asuhan keperawatan dilakukan dan berfungsi sebagai alat ukur untuk mengetahui, memantau, dan menyimpulkan apakah pelayanan/asuhan keperawatan yang diselenggarakan di rumah sakit sudah sesuai dengan standar yang ada. Bila sudah sesuai, maka dapat disimpulkan bahwa pelayanan tersebut dapat dipertanggungjawabkan maka dapat dikatakan bahwa pelayanan juga dikatakan baik (Tim Depkes RI, 1997). Manfaat dari penilaian dari dokumentasi adalah memungkinkan dilakukannya perbandingan dari waktu ke waktu dan diantara atau rumah sakit (Oconnor dalam Lintang Sari 2005)

RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo sebagai lembaga pelayanan kesehatan juga memberikan pelayanan keperawatan. Dalam memberikan keperawatan kepada masyarakat pihak rumah sakit telah menetapkan standardisasi pelayanan asuhan keperawatan yang mengacu pada standar asuhan keperawatan di rumah sakit yang ditetapkan pemerintah. RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo berupaya untuk memenuhi kebutuhan terlaksananya proses keperawatan dan dokumen asuhan keperawatan yang baik.

Dokumentasi keperawatan dalam bentuk dokumen asuhan keperawatan merupakan salah satu alat pembuktian atas perbuatan perawat selama menjalankan tugas layanan keperawatan. Dokumentasi asuhan keperawatan menjadikan hal yang penting sebagai alat bukti tanggung jawab dan tanggung gugat dari perawat dalam menjalankan tugasnya. Perawat profesional dihadapkan pada suatu tuntutan tanggung jawab yang lebih tinggi dan tanggung gugat setiap tindakan yang dilaksanakan. Artinya intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien harus dihindarkan terjadinya kesalahan-kesalahan dengan melakukan pendekatan proses keperawatan dan pendokumentasian yang akurat dan benar (Nursalam, 2011).

Informasi yang diperoleh pada tanggal 5 Mei 2012 di RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo yaitu bahwa jumlah kapasitas tempat tidur yang tersedia sebanyak 207 tempat tidur, dengan jumlah tenaga perawat sebanyak 180, dan khusus bangsal penyakit dalam (bougenvile) jumlah kapasitas tempat tidur sebanyak 20 tempat tidur dan jumlah perawat sebanyak 14 orang, 1 orang bagian administrasi, dan 1 orang perawat sedang melaksanakan ijin belajar untuk melanjutkan ke jenjang yang lebih tinggi, pendidikan seluruh jumlah perawat bangsal penyakit dalam (bougenvile) adalah DIII keperawatan. Dari seluruh jumlah perawat di RSUD wates mayoritas tingkat pendidikannya adalah DIII (83,70%). Tenaga perawat berpendidikan SPK (5%), DIV (4%), dan S1/Ners (7,30%).

Berdasarkan pengamatan penulis pada tanggal 5 Mei 2012 yang dilakukan di Bangsal Penyakit Dalam (Bougenvile) RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo terhadap 10 dokumentasi asuhan keperawatan, terlihat bahwa pelaksanaan pendokumentasian telah dilakukan sesuai dengan format yang sudah ditentukan oleh pihak pimpinan rumah sakit, namun belum seluruhnya melakukan pendokumentasian dengan lengkap. Sebagian besar ketidaklengkapan tersebut terlihat dari tahap pengkajian dimana tidak terdapat pengkajian tentang riwayat penyakit terdahulu dari pasien dan . masih ada hal yang belum terkaji, yaitu data belum dicatat dalam komponen bio-psiko-sosio-spiritual. Selain itu berdasarkan dokumentasi pada tahap diagnosis tidak mencerminkan PE/PES dan pada tahap perencanaan belum mencerminkan keterlibatan pasien terhadap rencana tindakan

yang akan dilakukan, implementasi terlihat bahwa perawat tidak mengobservasi respons pasien terhadap tindakan keperawatan, sehingga dikatakan pendokumentasian belum baik.

Berdasarkan fenomena di atas, maka penulis tertarik untuk melaksanakan penelitian tentang “Gambaran Kinerja Perawat Ditinjau dari Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Bangsal Penyakit Dalam (Bougevil) RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo.”

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian pada latar belakang, peneliti dapat merumuskan permasalahan penelitian yaitu “Bagaimana Gambaran Kinerja Perawat ditinjau dari Dokumentasi Asuhan Keperawatan di RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Untuk mengetahui bagaimana gambaran kinerja perawat ditinjau dari dokumentasi Asuhan Keperawatan di RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo.

2. Tujuan khusus

- a. Untuk mengetahui gambaran kinerja perawat pada tahap pengkajian keperawatan.
- b. Untuk mengetahui gambaran kinerja perawat pada tahap rumusan diagnosis keperawatan.
- c. Untuk mengetahui gambaran kinerja perawat pada tahap perencanaan keperawatan.
- d. Untuk mengetahui gambaran kinerja perawat pada tahap implementasi keperawatan.
- e. Untuk mengetahui gambaran kinerja perawat pada tahap evaluasi asuhan keperawatan.
- f. Untuk mengetahui gambaran kinerja perawat pada catatan asuhan keperawatan

D. Manfaat penelitian

1. Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai referensi dan masukan serta memberikan informasi kepada peneliti lain untuk menindaklanjuti atau mengembangkannya pada penelitian sejenis berikutnya.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Pengambil Kebijakan

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukan bagi pihak Rumah Sakit tentang gambaran pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di instalasi perawatan di RSUD Wates kabupaten Kulon progo. serta memberikan informasi kepada pelayanan kesehatan khususnya tenaga perawat dalam melaksanakan tugasnya.

b. Bagi Perawat Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi perawat tentang pentingnya pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di RSUD Wates kabupaten Kulon progo.

c. Bagi Institusi Pendidikan Stikes Achmad Yani

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan referensi di perpustakaan, untuk meningkatkan mutu kegiatan proses belajar mengajar terutama tentang penerapan dokumentasi asuhan keperawatan.

E. Keaslian Penelitian

Penelitian yang berkaitan dengan gambaran kinerja perawat yang ditinjau dari dokumentasi asuhan keperawatan telah dilakukan pada beberapa tempat dengan berbagai topik penelitian antara lain sebagai berikut:

1. Yokanan Muryadi (1999) melakukan penelitian tentang “Gambaran Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan pada Pasien Asthma Bronkhiale di Ruang B 1 Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta.” Penelitian menggunakan desain penelitian *deskriptif observasional*. Populasi dalam penelitian ini adalah dokumen asuhan keperawatan pasien kelompok asthma bronkhiale dewasa yang di rawat di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Bethesda

Yogyakarta. Metode pengambilan sampel menggunakan *cluster sampling* yaitu kelompok pasien asthma bronkhiale yang dirawat di ruang B 1 Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta.

Perbedaannya dengan penelitian yang akan dilaksanakan terletak pada metode pengambilan sampel, waktu, tempat penelitian . Dalam penelitian Yokanan, 1999, Metode pengambilan sampel menggunakan teknik *cluster sampling* dan tempat penelitian dilakukan di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta, sedangkan dalam penelitian ini menggunakan metode teknik *total sampling* atau sampel jenuh, yaitu teknik penentuan sampel bila seluruh anggota populasi digunakan sebagai sampel (Sugiyono, 2007), penelitian dilaksanakan di RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo tahun 2012.

2. Blestina Maryorita (2003) melakukan penelitian dengan judul “Kualitas Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap Intensif Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta.” Penelitian menggunakan desain penelitian *deskriptif observasional*. Subyek dalam penelitian ini adalah status dokumentasi asuhan keperawatan pasien yang saat itu sedang, pernah dirawat atau baru saja keluar dari perawatan di instalasi rawat intensif UPI dan IMC. Teknik pengambilan sampel menggunakan *total sampel*.

Perbedaannya dengan penelitian yang akan dilaksanakan terletak pada tempat, waktu penelitian. Dalam penelitian Blestina Mayorita, 2003, tempat penelitian dilakukan di Rumah Sakit Bethesda Yogyakarta, sedangkan dalam penelitian ini dilaksanakan di RSUD Wates Kabupaten Kulon Progo tahun 2012.

3. Lintang Sari (2005) melakukan penelitian yang berjudul “Kualitas Dokumentasi Asuhan Keperawatan pada pasien postoperatif di Rumah Sakit Islam Kendal”. Penelitian menggunakan desain jenis *studi dokumentasi* dengan *pendekatan restropektif*. Subyek dalam penelitian ini adalah berkas rekam medis pasien bedah yang pernah dirawat di RS Islam Kendal, pada bulan tanggal 9-14 Mei 2005. Teknik pengambilan sampel menggunakan *total sampel*.

Perbedaan penelitian yang akan dilaksanakan terletak pada tempat dan waktu penelitian. Dalam penelitian Lintang Sari. 2005, tempat penelitian dilakukan di Rumah Sakit Islam Kendal. Sedangkan penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Wates Kabupaten Kulon Progo tahun 2012.

PERPUSTAKAAN
JENDERAL ACHMAD YANI
YOGYAKARTA