

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Rumah Sakit merupakan institusi Pelayanan kesehatan bagi masyarakat dan perawat memegang peranan penting dalam pemberian pelayanan kesehatan. Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan seorang perawat harus mampu melaksanakan asuhan keperawatan sesuai standar, yaitu mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi dan sangat penting disertai dengan sistem pendokumentasian yang baik dan benar (Potter & Perry , 2005)

Perawat menggunakan metode proses keperawatan untuk melaksanakan asuhan keperawatan tersebut mencakup pengkajian (mengidentifikasi) kebutuhan pasien, implementasi asuhan keperawatan yang telah direncanakan, dan di evaluasi apakah pasien mencapai hasil yang diharapkan dari intervensi yang dilaksanakan (Rothrock J., C., 2001) .

Proses keperawatan sebagai kerangka kerja dokumentasi praktek keperawatan bertujuan untuk meningkatkan asuhan keperawatan yang diberikan. Dalam pendokumentasian informasi yang penting harus dicatat secara berkesinambungan dan dievaluasi secara periodik untuk mengetahui dan menilai perkembangan masalah klien. Hal yang perlu didokumentasikan meliputi data hasil pengkajian masalah kesehatan klien sampai dengan evaluasi keperawatan. Dokumentasi keperawatan secara mutlak harus ada sebagai bukti profesionalisasi perawat dan juga mencakup pernyataan dan pelaporan, terutama yang berkaitan dengan pelaksanaan asuhan

keperawatan yang dilaksanakan pada setiap tahapan dalam proses keperawatan (Dinarti, 2009).

Dokumentasi keperawatan didefinisikan sebagai segala sesuatu tertulis dan tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang (Patricia, 2004).

Keberhasilan pendokumentasian merupakan data bukti yang sangat penting dalam mendukung pelaksanaan peningkatan mutu pelayanan. Pendokumentasian harus dilakukan setelah perawat melakukan tindakan keperawatan pada pasien sehingga setiap masalah keperawatan yang ada pada pasien sehingga setiap masalah keperawatan yang ada pada pasien dapat dievaluasi pada akhir masa tugas didalam rekam medis pasien.

Hal ini dibuktikan oleh beberapa penelitian yang dilakukan oleh Sri Setriyani (2007), tempat penelitian yang dilakukan diunit rawat inap Rumah Sakit melakukan penelitian tentang Faktor – faktor yang mempengaruhi pendokumentasian adalah pengetahuan perawat, usia dan lama kerja, hasil survey menunjukkan (30%) proses pendokumentasian dan pengetahuan perawat (61%) menunjukkan masih kurang hubungan bermakna antara internal dan eksternal. Penelitian juga dilakukan oleh Ernawati (2007), tempat penelitian dilakukan diruang rawat inap Rumah Sakit Samarinda Kalimantan, melakukan penelitian tentang hubungan antara faktor – faktor yang mempengaruhi pendokumentasian asuhan keperawatan. Diperoleh hasil faktor internal yaitu pengetahuan perawat (63,2 %) dan hubungan proses keperawatan dengan pengetahuan perawat masih kurang (46,0 %), namun menunjukkan hubungan yang bermakna faktor eksternal , metode pendokumentasian belum efektif (50,6 %).

Pengetahuan perawat merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek (Notoatmodjo, 2003). Pengetahuan saja belum menjadi penggerak seperti halnya sikap. Pengetahuan mengenai suatu obyek menjadi sikap apabila pengetahuan ini disertai kesiapan untuk bertindak sesuai dengan pengetahuan (Rosalinda, 2006) menyebutkan bahwa pemecahan masalah yang terjadi pada pasien dan pengambilan kesimpulan berdasarkan pada proses keperawatan.

Proses keperawatan mengandung unsur – unsur yang bermanfaat bagi perawat dan klien. Perawat dan klien membutuhkan proses keperawatan , merencanakan, melaksanakan , dan menilai hasil dari asuhan keperawatan. Semua itu memerlukan pendokumentasian sehingga perawat mendapatkan data klien dengan sistematis (Hidayat , 2000). Menurut Potter& Perry (2005), sebagai anggota tim perawatan kesehatan , perawat mengkomunikasikan informasi tentang klien secara akurat. Kualitas perawat klien bergantung kepada kemampuan perawatan untuk berkomunikasi satu sama lain. Dokumentasi merupakan salah satu sarana komunikasi antar petugas kesehatan dalam pemulihan klien. Perawat bertanggung jawab dan bertanggung gugat dalam pencatatan tindakan keperawatan. Tanpa dokumentasi yang benar dan jelas, kegiatan pelayanan keperawatan yang telah dilaksanakan oleh seorang perawat tidak dapat bertanggung jawabkan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan.

Menurut **Brian Gugerty, etall** dalam Challenges and Opportunitis in Documentation of the nursing care of patient's report of the Marlyand nursing Documentation Work Group (2007), perawat setiap harinya dalam melakukan rutinitas menghabiskan 15 – 25 % waktunya digunakan untuk

mendokumentasikan asuhan keperawatan. Tetapi perawat menganggap bahwa dokumentasi tidak penting, sebagian waktunya dipakai untuk melakukan tindakan keperawatan secara langsung kepada klien, karena dengan dokumentasi dapat tercermin mutu asuhan keperawatan yang diberikan. Hal ini menyebabkan masalah penting bagi praktisi keperawatan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan kepada klien.

Handayaningsih (2007) menyebutkan bahwa standart dokumentasian menjadi hal yang penting dalam setiap tindakan keperawatan, namun hal ini kadang tidak disadari oleh perawat. Beberapa hal yang sering menjadi alasan antara lain kegiatan – kegiatan diluar tanggung jawab perawat menjadi beban dan harus dikerjakan oleh tim keperawatan, sistem pencatatan yang diajarkan terlalu sulit dan banyak menyita waktu, tidak semua tenaga perawat yang ada diinstitusi pelayanan memiliki pengetahuan dan kemampuan yang sama untuk membuat dokumentasi keperawatan sesuai standar yang ditetapkan dan dikembangkan oleh tim pendidikan.

Pelayanan Kesehatan Sint. Carolus secara umum terdiri dari rawat inap dan rawat jalan. Dimana tenaga perawat berjumlah 524 orang, dimana pelayanan rawat inap berjumlah 353 orang, dan pelayanan rawat jalan 171 orang, berdasarkan tingkat pendidikan tenaga perawat di Pelayanan Kesehatan Sint. Carolus terdiri dari Diploma tiga 324 orang, diploma kebidanan 48 orang. Sekolah pendidikan kesehatan berjumlah 93 orang. Sarjana keperawatan masyarakat berjumlah 8 orang dan Magister Keperawatan berjumlah 1 orang. Berdasarkan pendokumentasian masih ada yang belum lengkap, pendokumentasian dituliskan secara singkat dan mempunyai perbedaan dimana perawat yang baru bertugas sering bertanya bagaimana cara

pendokumentasikan asuhan keperawatan yang benar. Dikarenakan belum memahami pendokumentasian asuhan keperawatan. Keadaan ini terkadang dapat berlanjut pada masa tugas perawat berikutnya. Perawat harus membuat suatu rencana dan digunakan sebagai bukti yang dapat dipertanggung jawabkan. Upaya yang telah dilakukan kepala unit dan bagian keperawatan menekankan akan pentingnya pendokumentasian, dan selalu memeriksa kembali, menginformasikan pada perawat pentingnya pendokumentasian yang benar. Setiap formulir lembar keperawatan khususnya pada lembar evaluasi keperawatan, merupakan hasil evaluasi pada masalah keperawatan yang terdapat pada pasien dan berhubungan dengan tugas perawat selanjutnya. Berbagai upaya telah dilakukan oleh bagian keperawatan, yaitu merevisi format – format asuhan keperawatan menjadi bentuk check list, mensosialisasikan juknis format – format pendokumentasian keperawatan, pengadaan SOAP pada masing – masing unit rawat inap. Bagian keperawatan melakukan supervisi langsung ke masing – masing unit rawat inap dan melakukan pemeriksaan terhadap pendokumentasian keperawatan setiap hari.

Berdasarkan dari data diatas dapat disimpulkan bahwa pengetahuan perawat tentang pendokumentasian masih ada kendala. sehingga menarik untuk mengetahui “ Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Pelayanan Kesehatan Sint. Carolus “.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, dimana pendokumentasian harus dilakukan setelah perawat melakukan tindakan keperawatan pada pasien sehingga setiap masalah keperawatan yang ada pada pasien dapat dievaluasi. Oleh sebab itu maka peneliti ingin mengetahui ; Gambaran Pengetahuan perawat tentang pendokumentasian asuhan keperawatan di Pelayanan Kesehatan Sint. Carolus

C. Tujuan Penelitian

Mendapatkan gambaran pengetahuan perawat tentang pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap Pelayanan Kesehatan Sint. Carolus

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan berguna untuk:

1. Bagi Institusi Pelayanan Keperawatan Sint. Carolus

Sebagai masukan guna meningkatkan mutu pelayanan dalam penerapan pendokumentasian asuhan keperawatan khususnya bagi perawat profesional dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan

2. Bagi Institusi Pendidikan :

Memberikan informasi tentang gambaran pengetahuan perawat yang berhubungan dengan umur , dan lama kerja pada pendokumentasian asuhan keperawatan.

3. Bagi peneliti :

Menambah pengetahuan dan pengalaman bagi peneliti dalam melaksanakan penelitian, khususnya penelitian mengenai pengetahuan pendokumentasian asuhan keperawatan.

E. Ruang Lingkup Penelitian

1. lingkup Masalah (what) :

Masalah yang diteliti adalah pengetahuan perawat tentang pendokumentasian Asuhan keperawatan di Peyanan Kesehatan Sint. Carolus

1. Lingkup sasaran (who) :

Sasaran dalam penelitian yaitu perawat yang bertugas diruang rawat inap yaitu perawat diruang rawat inap Goreti, Lukas, Theresia, dan Lidwina

2. Lingkup tempat (where) :

Penelitian yang dilakukan diruang rawat inap Peyanan Kesehatan Sint. Carolus meliputi : Unit Goreti, Lukas, Theresia, dan Lidwina

3. Lingkup waktu (When) :

Penelitian yang dilakukan pada bulan juni sampai dengan Juli 2013

4. Lingkup pelaksanaan (How) :

Metode yang digunakan adalah dengan pendekatan kuantitatif melalui penyebaran kuesioner