

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kelengkapan dokumentasi keperawatan merupakan indikator kinerja perawat dan menjadi cermin kualitas pelayanan keperawatan di rumah sakit. Dokumentasi keperawatan merupakan bukti tertulis dari proses keperawatan yang diberikan perawat kepada pasien, berguna bagi pasien, tim kesehatan lain dan rumah sakit. Dokumentasi keperawatan harus terisi lengkap dan dilakukan segera setelah perawat selesai memberikan pelayanan kepada pasien. Dokumentasi keperawatan yang terisi dengan baik dan secara tepat dapat memfasilitasi perawat untuk meningkatkan kualitas pelayanan kepada pasien (Ardiansyah Saputra, 2018).

Dokumentasi keperawatan sebagai peran penting terkait praktik perawat profesional dimulai sejak Florence Nightingale. Hal ini karena informasi yang diberikan dalam dokumentasi keperawatan mencerminkan informasi lengkap tentang proses keperawatan mulai dari pengkajian keperawatan, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Pendokumentasian keperawatan bertanggungjawab untuk mengumpulkan data dan mengkaji status klien, menyusun rencana asuhan keperawatan dan menentukan tujuan, mengkaji kembali dan merevisi rencana asuhan keperawatan (Nursalam, 2014)

Kelengkapan dokumentasi keperawatan mencerminkan kualitas pelayanan keperawatan sekaligus masih menjadi masalah karena menyangkut sangat kompleks mengenai proses dokumentasi asuhan keperawatan yang tidak lengkap. Sejak tahun 1970 berbagai upaya telah dilakukan untuk memfasilitasi kelengkapan dokumentasi dan mengembangkan dokumentasi dengan system komputerisasi. Sebagai tanggapan dan hasil pengembangan keperawatan tersebut ditetapkan standard praktik keperawatan secara nasional dalam American Nurses Association (ANA) Committe on Infrastruktur, Informasi Praktik Keperawatan. Selama bertahun-tahun standard tersebut dikembangkan, diperluas dan direvisi

agar sesuai dengan metode yang diharapkan oleh komite nasional. Sejak awal tahun 1990 Komite Standar Keperawatan Internasional berusaha mencapai terminology dalam standard keperawatan, dan akhirnya diterbitkan sebagai standard praktik Keperawatan berdasarkan NANDA, NOC, NIC, standard ini mewakili masing-masing elemen diagnosis, intervensi dan data hasil yang diharapkan. Antara tahun 1997 sampai 2006 penggunaan standard NANDA, NIC dan NOC meningkat (penggunaan NANDA mencapai 92%, standard NIC naik dari 22% menjadi 58%, NOC dari 05 menjadi 58%). Dalam penelitian ini dikatakan, dari 118 berkas rekam medis ada 22 berkas perencanaan keperawatannya, ada 3 dari 31 berkas dokumentasi yang relevan dengan standard keperawatan (Keenan, Yakel, Tschannen, & Mandeville, 2008). Dan akhirnya terbit Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI 2016) , Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI 2018) dan Standar Luaran Keperawatn Indonesia (SLKI2018).

Dokumentasi keperawatan yang terlambat dan kurang lengkap menjadi tantangan untuk review dokumentasi keperawatan, serta kurangnya dukungan dari kepemimpinan keperawatan (Nopriyanto, Hariyati, & Ungsianik, 2019). Untuk mensikapi hal ini banyak peneliti berpartisipasi dan berkolaborasi dengan mengembangkan kebijakan pedoman keperawatan dan memberikan pelatihan berkelanjutan. Para pemimpin keperawatan diharapkan mendukung, memotivasi dalam praktik dokumentasi yang baik. Seperti pada penelitian (Nopriyanto et al., 2019) menunjukkan bahwa evaluasi kelengkapan dokumentasi menggunakan desain pra-eksperiman dengan satu grup pretest grup-post-tes tanpa control, terjadi peningkatan yang signifikan $Y= 0,025$ sebelum dan sesudah pelatihan, kelengkapan dokumentasi setelah pelatihan skor rata-rata (76,76%) ($p=0,001$ aspek kelengkapan memiliki rata-rata (63,4%) ($p=0,001$ dan aspek kontinuitas rata-rata 72,7% ($p=0,001$). Dari hasil penelitian ini secara statistic tidak ada perbedaan signifikan namun ada korelasi positif antara implementasi catatan perkembangan, usia dan pengalaman kerja, baik dalam kelengkapan maupun kontinuitas dokumentasi ($p>0,05$). Dikatakan lebih lanjut bahwa dokumentasi yang tidak lengkap akan beresiko terhadap keselamatan pasien karena dapat

mengakibatkan komunikasi yang tidak efektif antara penyedia layanan kesehatan yang memungkinkan akan menunda perawatan (Nopriyanto et al., 2019).

Dalam penelitian (Tasew, Mariye, & Teklay, 2019) dikatakan perawat baru mulai membuat dokumentasi keperawatan yang lebih terstruktur, telah dimulai sejak tahun 1980-an, bagaimana mempersiapkan dan menggunakan rencana asuhan keperawatan berdasarkan proses keperawatan, pengetahuan ini diterapkan dalam pelatihan siswa di bangsal. Dari hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa 90% dari pasien yang diaudit, catatan keperawatan (n=106) tidak memiliki masalah keperawatan yang teridentifikasi/diagnose keperawatan, tujuan dan resume pulang. Dari 60% catatan keperawatan yang diaudit (n = 380); hanya 10% berisi masalah dan tujuan keperawatan. Dari 120 catatan keperawatan yang didokumentasikan, 45% lengkap.

Kelengkapan dokumentasi keperawatan adalah cermin dan kualitas layanan keperawatan. Seperti hasil penelitian (Setz & D’Innocenzo, 2009) mayoritas dokumentasi keperawatan dapat diterima (64,7%). Hanya 8,7% dokumentasi keperawatan berkualitas baik. Sisa dari dokumentasi keperawatan buruk (26,7%). Penting untuk dicatat bahwa sulit untuk mengukur hasil asuhan keperawatan yang tercermin dalam dokumentasi keperawatan di rekam medis. Ini dapat mempengaruhi keselamatan pasien dan kualitas perawatan. Maka untuk meningkatkan keselamatan pasien melalui dokumentasi keperawatan yang akurat, lengkap dan meningkatkan kualitas layanan perlu komitmen SDM dan pembuatan kebijakan seperti dalam penelitian (Fernandez-Dominguez et al., 2017)

Berdasarkan audit PMKP, bagian mutu Rumah Sakit X Baturaja tahun 2019 sudah menerapkan 12 program peningkatan mutu nasional (wajib), 37 indikator mutu area klinis, 10 indikator mutu area manajerial, dan 7 indikator mutu local rumah sakit. 7 indikator mutu local rumah sakit tersebut adalah: (1) ketepatan pengambilan rekam medis rawat inap hasil 100% (standard 100%); (2) kelengkapan pengisian rekam medis 24 jam setelah selesai pelayanan hasil rata-rata 65% (standard 100%); (3) ketepatan waktu penyediaan dokumen rekam medis rawat jalan hasil 98% (standard 100%); (4) ketepatan waktu penyediaan

dokumen rekam medis rawat inap hasil 100% (hasil 100%); (5) waktu tunggu hasil laboratorium cyto hasil belum ada pemeriksaan cyto yang dilakukan (standard ≤ 30 menit); (6) waktu tunggu hasil pelayanan laboratorium hasil 100% (standard 100%); (7) Tidak adanya kesalahan penyerahan hasil pemeriksaan laboratorium hasil 100% (standard 100%). Rumah Sakit Santo Antonio Baturaja telah melaksanakan akreditasi tahun 2010, lulus dengan lima standard pelayanan. Tahun 2015 dilakukan akreditasi oleh Komisi Akreditasi Rumah Sakit, lulus program khusus, dan tahun 2019 dilakukan reakreditasi. Berdasarkan hasil survey akreditasi tahun 2019 Rumah Sakit X Baturaja terkait kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan setelah 24 selesai pelayanan, bulan Oktober 62%, bulan November 66%, dan bulan Desember 67%. Capaian rata-rata triwulan ketiga tahun 2019 adalah 65 %, target standar 100 %. Sebagai Rumah Sakit yang sudah terakreditasi KARS, telah melakukan beberapa usaha untuk meningkatkan kualitas dan kelengkapan dokumentasi keperawatan, diantaranya seminar dan workshop tentang dokumentasi keperawatan di saat persiapan akreditasi. Setiap tahun mengadakan evaluasi terhadap capaian kualitas pelayanan asuhan keperawatan, dengan mengacu pada instrument Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit edisi-1 sebagai pedoman dalam meningkatkan kualitas pelayanan. Sebagai tindak lanjut dan rekomendasi peneliti sebelumnya (Sitorus, 2014) sebagai rumah sakit yang sudah terakreditasi KARS peneliti mengambil salah satu dari tujuh indikator peningkatan mutu local untuk meningkatkan kelengkapan dokumentasi dengan mengadakan pelatihan dan menerapkan Metode Praktik Keperawatan Profesional (MPKP). Hasil penelitian ini menunjukkan ada peningkatan kepuasan pasien dan keluarga (or=114,24) dan kelompok control (or=3,78), terdapat peningkatan kepatuhan dalam standard pendokumentasian (or=235,5) kelompok control (or=0).

Berdasarkan teori keperawatan Dorothy E. Johnson yang menggunakan pendekatan penyelesaian permasalahan dengan system perilaku bahwa individu sebagai system perilaku yang selalu ingin mencapai keseimbangan dan stabilitas baik lingkungan internal maupun eksternal. Salah satu komponen yang membentuk system perilaku tersebut adalah tingkat pencapaian prestasi melalui ketrampilan yang kreatif. Tingkat pencapaian prestasi yang dimaksud disini

adalah peningkatan kelengkapan dokumentasi yang dicapai melalui berbagai kreatifitas, pelatihan, pengaturan SDM sebagai kekuatan dalam mencapai prestasi tersebut.

Berdasarkan data dan fenomena diatas maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian ini sehingga memberikan dampak terhadap kelengkapan dokumentasi keperawatan setelah 24 jam pasien rawat inap. Dengan demikian inti pelayanan rumah sakit yang terekam dalam kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan memiliki daya guna yang efektif menjadi sumber informasi akurat bagi proses pengobatan saat ini dan yang akan datang.

1.2 Masalah Penelitian

Berdasarkan data audit keperawatan Rumah Sakit X Baturaja, bulan Oktober sampai Desember tahun 2019 ditemukan ketidaklengkapan dokumentasi keperawatan 24 jam setelah pasien rawat inap. Bulan Oktober 2019, 62% , bulan November 66% , bulan Desember 67%. Rata-rata kelengkapan dokumentasi pada triwulan keempat tahun 2019 adalah 65%, target capaiannya ialah 85%. Berdasarkan data tersebut, maka penulis merumuskan masalah yaitu: Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan Sebelum Dan Sesudah Pelatihan Praktik Keperawatan Profesional Di Rumah Sakit X Baturaja Kabupaten OKU.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui kelengkapan dokumentasi keperawatan sebelum dan sesudah pelatihan MPKP di rumah sakit X Baturaja.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Mengetahui karakteristik (umur, pendidikan, masa kerja, po-fit) di rumah sakit X Baturaja.

1.3.2.2 Mengetahui kelengkapan dokumentasi keperawatan di Rumah Sakit X Baturaja.

1.3.2.3 Menganalisis kelengkapan dokumentasi keperawatan (pengkajian, diagnose, perencanaan, implementasi, evaluasi) sebelum dan sesudah pelatihan MPKP di rumah sakit X Baturaja.

1.3.2.4 Menganalisis hubungan antara karakteristik dan peningkatan kelengkapan dokumentasi keperawatan (pengkajian, diagnose, perencanaan, implementasi, evaluasi) di rumah sakit X Baturaja.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat penelitian bagi Pimpinan Rumah Sakit X Baturaja.

Hasil penelitian ini dapat digunakan untuk refleksi sejauhmana mutu rumah sakit dalam kelengkapan dokumentasi keperawatan.

1.4.2 Bagi perawat di Rumah Sakit X Baturaja.

Hasil penelitian ini dapat meningkatkan kepuasan pelayanan dan kinerja baik pribadi maupun bersama secara khusus dalam kelengkapan dokumentasi keperawatan.

1.4.3 Bagi STIK Sint. Carolus.

Penelitian ini memperkaya literature yang berkaitan dengan dokumentasi keperawatan.

1.4.4 Bagi peneliti

Mengaplikasikan dan mengembangkan keilmuan dalam meningkatkan kelengkapan dokumentasi keperawatan di Rumah Sakit X Baturaja.

1.4.5 Bagi peneliti selanjutnya

Hasil penelitian ini dapat menjadi informasi bagi peneliti selanjutnya, sehingga kelengkapan dokumentasi menjadi utama untuk dilakukan perawat sebagai tanggungjawab dan tanggung gugat.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian yang dikaji pada penelitian yaitu mengenai kelengkapan dokumentasi keperawatan sebelum dan sesudah pelatihan MPKP di Rumah Sakit X Baturaja Kabupaten OKU. Desain penelitian ini adalah pra-eksperimen dengan pendekatan *One group pretest-posttest design*, dilaksanakan pada bulan April sampai Juli 2020, dan dilakukan di ruang rawat inap. Jumlah sampel dengan total populasi, sebanyak 61 sampel dengan alat pengumpul data audit tool instrument A yang berpedoman pada instrument evaluasi penerapan standard asuhan

keperawatan di rumah Sakit (Depkes 2005) dan cara pengumpulan data pertama-tama mendapat persetujuan etik, serta ijin rumah sakit tempat penelitian sampai proses data pre-post dan intervensi pelatihan MPKP.