

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Proses keperawatan adalah suatu metode pemecahan masalah klien yang sistematis dan dilaksanakan sesuai dengan kaidah keperawatan. Oleh karena itu, proses keperawatan merupakan inti praktik keperawatan dan sekaligus sebagai isi pokok dokumentasi keperawatan. dokumentasi asuhan keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan penilaian keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan hokum. Dengan demikian, pengelompokan dokumentasi mengikuti tahapan proses keperawatan yaitu dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan, sampai pada akhirnya evaluasi keperawatan (Olfah, 2016)

Berdasarkan hasil keputusan menteri kesehatan republik indonesia 836/MENKES/SK/2005, tentang pedoman pengembangan kinerja ini dapat diterapkan diseluruh sarana pelayanan kesehatan khususnya rumah Sakit dan puskesmas di Indonesia, sehingga mempercepat pencapaian indikator standar pelayanan minimal kota dan pencapaian pelayanan kesehatan yang bermutu yang akhirnya akan terwujud Indonesia sehat 2025. Perawat sebagai suatu profesi dapat mempertahankan dan meningkatkan mutu asuhan keperawatan maka jawabannya adalah dengan adanya standar. Standar merupakan level

kinerja yang diinginkan dan yang dapat dicapai dimana kerja aktual dapat dibandingkan (Supratti & Ashriady, 2016).

Sebagian besar masih banyak perawat yang menyepelekan tentang pengisian dokumentasi keperawatan dengan tidak lengkap misalnya dipengisian asuhan keperawatan atau catatan perkembangan pasien (CPPT) perawat biasanya mengisi asuhan keperawatan tidak berdasarkan pengkajian secara mandiri tetapi mengisi asuhan keperawatan melihat pengkajian medis atau yang dilakukan dokter seharusnya harus sesuai dengan standar keperawatan yaitu melakukan pengkajian secara mandiri dan dicatat di catatan perkembangan pasien (CPPT) setiap hari 3 x agar mengetahui kondisi perkembangan pasien.

Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa 65% perawat kurang memperhatikan standar dokumentasi keperawatan dan lebih memperhatikan asuhan keperawatan kepada pasien secara langsung. Penelitian yang dilakukan oleh (Siregar, 2008) diketahui 42% perawat tidak lengkap dalam mengisi formulir dokumentasi keperawatan. Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Ruang Rawat Inap RSUD gambiran kota kediri pada bulan Desember 2013, dari 17 dokumen dokumentasi keperawatan, 13 dokumen tidak terisi lengkap dan hanya 4 dokumen yang terisi lengkap. (Mohamad As'ad Efendy, 2017).

Menurut penelitian dari Ashriady (2016), Pendokumentasian keperawatan berdasarkan pengkajian keperawatan kategori kurang lengkap 97,8%, diagnosis keperawatan masih ada kurang lengkap (48,4%), perencanaan keperawatan masih ada kategori kurang lengkap (49,5%), implementasi

keperawatan kategori lengkap 52,7%, dan berdasarkan evaluasi keperawatan masuk dalam kategori relevan 67,7%. dengan indikator kelengkapan pengisian rekam medik 48 jam setelah selesai pelayanan terdapat cakupan persentasi kelengkapan pengisian dokumen rekam medik pada bulan Januari 5%, Februari 6%, Maret 0%, April 0%, Mei 0% dan Juni 0% dari target pencapaian 100% dengan salah satu permasalahan dokter/perawat tidak mengisi dengan lengkap form rekam medik pasien dan hasil observasi pendokumentasian asuhan keperawatan ditemukan semua dokumen di ruang rawat inap yang memiliki cara pendokumentasian yang sama dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi tidak didokumentasi dengan benar dan lengkap dan juga belum ada audit dokumen kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan untuk ruang rawat inap. (Nursalam, 2011).

Hasil studi pendahuluan di RSI Sakinah Mojokerto pada tanggal 15 februari 2020 dengan melakukan observasi dan wawancara, dari observasi 10 rekam medis pasien didapatkan hasil bahwa masih banyak belum lengkapnya pendokumentasian asuhan keperawatan terutama dibagian implementasi dan evaluasi, dari 10 rekam medis pasien itu ada 3 yang kelengkapannya masih 70%, yaitu kurangnya dalam catatan diagnosa keperawatan, implementasi dan evaluasi dan yang 7 yaitu dengan kelengkapan 80%, dengan kurangnya kelengkapan dibagian diagnosa, evaluasi keperawatan dan setelah diwanwancarai mereka mengatakan ada faktor – faktor yang menyebabkan kurang lengkap nya pendokumentasian asuhan keperawatan yaitu untuk

mempersingkat waktu biar tidak lama – lama, kurangnya pengalaman atau pengetahuan tentang standar dokumentasi keperawatan dan juga ada dari masalah pribadi atau kebanyakan pikiran yang mengganggu mereka.

Dokumentasi asuhan keperawatan sebagai alat pertahanan diri yang akan dipergunakan bila terjadi tuntutan atas kesalahan medis yang timbul dalam pemberian asuhan keperawatan. Salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan adalah dengan melaksanakan standar dokumentasi keperawatan sehingga pelayanan keperawatan pada pasien yang sakit dapat dilaksanakan secara berkelanjutan dan efisiensi waktu dapat dicapai. Upaya untuk meningkatkan kualitas dari pelaksanaan dokumentasi keperawatan adalah dengan melaksanakan audit dokumentasi. Audit dokumentasi dilakukan dengan cara membandingkan pendokumentasian yang ditemukan dalam rekam medik pasien dengan standar pendokumentasian yang ditentukan dalam standar asuhan keperawatan. Aspek yang dinilai dalam pendokumentasian ini adalah pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, evaluasi keperawatan dan catatan asuhan keperawatan. Jadi kualitas kinerja perawat pelaksana dapat dievaluasi melalui audit dokumentasi. (Mohamad Efendy, 2017)

1.2 Rumusan Masalah

Sesuai dengan pemaparan latar belakang tersebut, maka peneliti merumuskan satu masalah yaitu, Bagaimana Dokumentasi Keperawatan Berdasarkan Standar Snars di RSI Sakinah Mojokerto?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Menggambarkan Dokumentasi Keperawatan Berdasarkan Standar Snarsdi RSI Sakinah Mojokerto

1.3.2 Tujuan khusus

- 1) Mengidentifikasi pengkajian keperawatan di RSI Sakinah Mojokerto
- 2) Mengidentifikasi diagnosiskeperawatan di RSI Sakinah Mojokerto
- 3) Mengidentifikasi intervensi keperawatan di RSI Sakinah Mojokerto
- 4) Mengidentifikasiimplementasi keperawatan di RSI Sakinah Mojokerto
- 5) Mengidentifikasi evaluasi keperawatan di RSI Sakinah Mojokerto

1.4 Manfaat Penelitian

1. Bagi Institusi Pendidikan Kesehatan

Penelitian ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan, dan Sebagai referensi perpustakaan institusi dan merupakan masukan bagi mahasiswa yang sedang mempelajari tentang dokumentasi keperawatan berdasarkan standar snars di rumah sakit.

2. Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini dapat mengembangkan kemampuan menulis, menambah pengetahuan dan referensi serta masukan untuk penelitian selanjutnya.

3. Bagi Pelayan Petugas Kesehatan

Penelitian ini dapat memberikan wawasan pada pelayan petugas kesehatan tentang standar asuhan keperawatan sehingga bisa menjadi tolak ukur untuk menulis dokumentasi keperawatan dengan baik dan benar.