

BAB 1

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Seiring dengan kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi menuntut penyedia pelayanan kesehatan dalam memberikan pelayanan yang berkualitas. Kualitas jasa pelayanan kesehatan merupakan bagian terpenting yang perlu mendapat perhatian dari organisasi penyedia jasa pelayanan kesehatan seperti rumah sakit. Kualitas jasa yang akan disediakan harus menjadi salah satu strategi pemasaran rumah sakit yang menjual jasa pelayanan kepada pasien agar pasien mendapat kepuasan (Muninjaya, 2004).

Kualitas pelayanan di rumah sakit salah satunya adalah kualitas pelayanan keperawatan. Perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan harus sesuai dengan apa yang dibutuhkan oleh pasien. Salah satunya dalam usaha memberikan asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan mempunyai peranan penting dalam menentukan keberhasilan pelayanan kesehatan secara menyeluruh. Dalam usaha memberikan pelayanan keperawatan yang profesional, perawat harus memberikan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses asuhan keperawatan keperawatan. Proses asuhan keperawatan adalah bagian integral dari pelayanan kesehatan dan merupakan pelayanan esensial dan sentral dari pelayanan rumah sakit, karena asuhan keperawatan di laksanakan secara berkesinambungan. (Depkes RI, 2001).

Asuhan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat setelah melakukan tindakan harus didokumentasikan. Dokumentasi asuhan keperawatan menjadi hal yang penting sebagai alat bukti tanggung jawab dan tanggung gugat dari perawat dalam menjalankan tugasnya dan sebagai alat untuk menentukan tindakan apa yang akan dilakukan oleh seorang perawat. 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 (*negligence*) dengan melakukan pendekatan proses keperawatan dan pendokumentasian yang akurat dan benar sesuai standar praktek keperawatan (Yahyo, 2007).

Bukti asuhan keperawatan didokumentasikan dalam catatan lengkap dalam rekam medik pasien secara komprehensif mencakup (bio-psiko-sosial-kultural-spiritual), namun pendokumentasian masih belum dilakukan secara keseluruhan. Upaya untuk mengatasi masalah dalam pendokumentasian agar lengkap antara lain penggunaan standar dokumentasi dari Depkes (1997), pemberian prosedur tetap (protap) dalam melakukan tindakan, serta disediakan alat bantu berupa formulir dokumen asuhan keperawatan, evaluasi bertahap dalam proses pendokumentasian asuhan keperawatan. Hal ini diharapkan agar dokumentasi asuhan keperawatan dapat dilakukan secara optimal.

Pendokumentasian ini dilaksanakan oleh perawat dalam setiap kegiatan keperawatan, salah satunya asuhan keperawatan di kamar bayi. Pasien yang

dirawat di kamar bayi perlu mendapatkan penanganan yang serius. Kasus-kasus pada bayi seperti bayi asfiksia, bayi BBLR, bayi dengan kelainan kongenital, ikterus, perlu mendapatkan penanganan dan pemantauan yang serius serta asuhan keperawatan yang optimal karena bayi sangat rentan terhadap kondisi lingkungan yang baru. Bayi baru lahir sangat membutuhkan perlakuan yang lebih dibanding dengan yang lain, karena mengacu pada tumbuh kembang bayi, dan reaksi adaptasi bayi terhadap lingkungan luar yang baru. Sebagian bayi baru lahir belum siap hidup di luar kandungan dan mendapatkan kesulitan untuk mulai bernapas, menghisap, melawan infeksi dan menjaga tubuhnya tetap hangat. Penanganan pada bayi diperlukan tindakan yang sangat hati-hati agar kondisi bayi tetap terjaga. Menghadapi kondisi yang demikian itu perawat rumah sakit perlu memahami dan menyadari bahwa perawatan dan pendokumentasian terhadap pasien bayi baru lahir harus dilakukan secara profesional disertai rasa tanggung jawab dan tanggung gugat, (Yahyo, 2007).

Permasalahan pendokumentasian masih sering ditemukan terutama di kamar bayi, karena masih banyak perawat yang melakukan asuhan keperawatan yang belum sesuai standar asuhan keperawatan, dan pelaksanaan asuhan keperawatan juga kurang di sertai dengan pendokumentasian data yang lengkap. Hasil pencapaian pendokumentasian asuhan keperawatan di Indonesia terutama di kamar bayi dari pengkajian sampai dengan pendokumentasian didapat bahwa pada tahun 2008 belum mencapai standar yang telah ditetapkan oleh Depkes sebanyak 80 %. Dokumentasi pengkajian pada tahun 2008 mencapai 65,1 %, dan dokumentasi tindakan mencapai 65,1 %, dokumentasi evaluasi mencapai 65,1 %, dan dokumentasi asuhan mencapai 65,1 %.

dokumentasi diagnosa keperawatan mencapai 68,7 %, dokumentasi perencanaan keperawatan 66,5 %, dokumentasi implementasi keperawatan 69,1 %, dokumentasi evaluasi keperawatan 64,6 % (Radiani, 2009).

Adapun faktor yang menyebabkan pendokumentasian di kamar bayi kurang optimal antara lain disebabkan oleh motivasi perawat, pengetahuan, adanya keluhan beban kerja dari perawat yang terlalu sibuk mengurus pasien, tidak ada waktu, dan tidak sempat, pada saat ini masih banyak perawat yang masih kurang menyadari bahwa tindakan yang dilakukan akan dipertanggung jawabkan dan dapat merusak citra rumah sakit (Hariyati, 2002).

Berkaitan dengan uraian tersebut di atas maka perlu dilakukan penelitian dalam bentuk analisis dokumen asuhan keperawatan di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Peneliti tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Evaluasi Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Kamar Bayi di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta”.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah tersebut maka penulis mengangkat masalah penelitian “Bagaimana Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di kamar Bayi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta?”.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan di kamar bayi RSUD Muhammadiyah Yogyakarta berdasar standar Depkes tahun 1997.

2. Tujuan khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah untuk mengetahui:

- a. Kelengkapan pendokumentasian pengkajian keperawatan di kamar bayi.
- b. Kelengkapan pendokumentasian diagnosa keperawatan di kamar bayi.
- c. Kelengkapan pendokumentasian rencana keperawatan di kamar bayi.
- d. Kelengkapan pendokumentasi implementasi keperawatan di kamar bayi.
- e. Kelengkapan pendokumentasian evaluasi keperawatan di kamar bayi.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Praktis

a. Bagi Institusi Rumah Sakit

Mengetahui kontribusi kelengkapan dokumentasi keperawatan bagi tenaga profesional keperawatan sehingga rumah sakit dapat memberikan fasilitas dan peningkatan sumber daya tenaga keperawatan sebagai upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

b. Bagi peneliti

Menambah wawasan mengenai penerapan dokumentasi asuhan Keperawatan di rumah sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

c. Bagi Profesi Perawat

Mengetahui pentingnya kelengkapan dokumentasi keperawatan dan faktor-faktor yang mempengaruhi sehingga akan mampu meningkatkan profesionalisme dalam kinerja keperawatan.

d. Bagi Ilmu Pengetahuan

Sebagai bentuk kemajuan dalam proses pendokumentasian asuhan keperawatan guna meningkatkan mutu pelayanan di Rumah Sakit.

E. Keaslian Penelitian

1. Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Bangsal kelas III RSUD Sleman Yogyakarta oleh Ami (2009). Persamaannya dengan penelitian ini adalah topik penelitian mengenai pembahasan dokumentasi keperawatan, namun berbeda tempat, pelaksanaan dan subyek pembahasannya. Subyek pengamatan peneliti dispesifikkan pada bayi. Lokasi pendokumentasian ami adalah di Bangsal kelas III RSUD Sleman Yogyakarta sedangkan penulis di bangsal bayi PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

2. Trisnawati, (2007), Upaya Peningkatan Kualitas Pelayanan keperawatan Berdasarkan analisis format Dokumentasi proses Keperawatan di instalasi rawat inap RSUD. Dr. Soetomo Surabaya hasilnya menunjukkan bahwa pendokumentasian proses keperawatan masih belum maksimal dilakukan, hanya 59,8% perawat yang mendokumentasikan intervensi keperawatan, dan 51,2% mendokumentasikan rencana keperawatan. Perbedaan penelitian tersebut dengan penelitian yang penulis lakukan adalah waktu, tempat dan populasi dan sampelnya.