

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Keperawatan di Indonesia saat ini masih dalam suatu proses profesionalisasi, yaitu terjadinya suatu perubahan dan perkembangan karakteristik sesuai tuntutan secara global dan lokal. Untuk mewujudkannya maka perawat harus mampu memberikan asuhan keperawatan secara profesional kepada klien. Salah satu bukti asuhan keperawatan yang profesional tercermin dalam pendokumentasian proses keperawatan (Nursalam, 2011).

Dokumentasi keperawatan merupakan bagian dari pelaksanaan asuhan keperawatan yang menggunakan proses keperawatan yang memiliki suatu nilai hukum yang sangat penting. Dokumentasi ini penting karena pelayanan keperawatan yang diberikan pada klien membutuhkan catatan dan pelaporan yang dapat digunakan sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat dari berbagai kemungkinan masalah yang dialami klien baik masalah kepuasan maupun ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diberikan (Hidayat, 2008). Tanpa dokumentasi keperawatan maka semua implementasi keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat tidak mempunyai makna dalam hal tanggung jawab dan tanggung gugat. Dokumentasi keperawatan dapat dikatakan sebagai pegangan untuk para perawat dalam mempertanggung jawabkan dan membuktikan pekerjaannya atau tindakan yang perawat lakukan. Oleh sebab itu ada beberapa kaidah atau aturan yang harus ditaati oleh perawat didalam melakukan pendokumentasian perawatan (Setiyarini, 2010).

Dokumentasi keperawatan merupakan bukti otentik yang dituliskan dalam format yang sudah baku atau sudah di sediakan dan harus disertakan dengan tanda tangan dan nama perawat dengan jelas (tidak menggunkan paraf) dan harus menyatu dengan status rekam medis pasien. Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan memerlukan pendokumentasian mulai dari tahap pengkajian ,penentuan diagnosa keperawatan, intervensi ,implementasi dan evaluasi keperawatan di mana semua itu harus didokumentasikan (Setiyarini, 2010).

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan sarana komunikasi dari satu profesi ke profesi lain terkait status pasien. Sebagai alat komunikasi, tulisan dalam dokumentasi harus jelas terbaca, tidak boleh memakai istilah atau singkatan – singkatan yang tidak jelas atau tidak lazim, juga berisi uraian yang jelas, tegas dan sistematis. Hal tersebut dilakukan untuk menghindari disfungsi komunikasi (komunikasi yang tidak searah), dan efek samping atau dampak yang dapat timbul dari disfungsi komunikasi ini akan membahayakan keselamatan pasien. Profesi keperawatan saat ini merupakan profesi yang memiliki resiko hukum. Dimana kesalahan perawatan yang mengakibatkan kecacatan atau kematian bagi pasien dapat menyeret perawat ke pengadilan. Karenanya, segala aktifitas yang dilakukan terhadap pasien harus di dokumentasikan dengan baik dan jelas (Setiyarini, 2010).

Saat ini Mutu pendokumentasian Asuhan Keperawatan yang di capai oleh Tim Mutu Keperawatan sebesar 59,71 % di bawah target yang di tetapkan oleh Rumah sakit sebesar 70 %, maka Rumah Sakit harus memperbaiki kualitas pendokumentasian sehingga bisa mencapai target yang ditetapkan (Nursalam,2010).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di Ruang Shofa Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang pada tanggal 19 – 21 Mei 2014 dari 10 rekam medis pasien yang dikaji menggunakan *check list* instrumen A evaluasi standar asuhan keperawatan di rumah sakit dari Depkes RI 1995 didapatkan bahwa hasil observasi dokumentasi keperawatan terisi, pengkajian keperawatan sebesar 75%, kelengkapan diagnosa keperawatan sebesar 75%, kelengkapan intervensi keperawatan sebesar 65%, kelengkapan implementasi keperawatan sebesar 50%, kelengkapan evaluasi keperawatan sebesar 100%, dan kelengkapan catatan asuhan keperawatan sebesar 60%. Dari data tersebut secara keseluruhan terlihat pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan masih kurang lengkap (70%) sedangkan ketetapan dari Depkes RI kelengkapannya adalah 80%. Hal ini menunjukkan bahwa asuhan keperawatan yang berkesinambungan belum dilaksanakan dengan baik. Hal lain di dapatkan pada waktu residensi supervisi terhadap pendokumentasian tidak di lakukan oleh kepala ruang. Setelah perawat melakukan implementasi tindakan tidak dilanjutkan dengan pencatatan perawat pada status pasien.

Peran kepala ruangan sebagai pimpinan pelayanan keperawatan dalam pemberian asuhan keperawatan kepada pasien di ruangan sangat berpengaruh besar terhadap kualitas mutu pelayanan keperawatan. Peran kepala ruangan terutama dalam fungsi *actuating* adalah melaksanakan supervisi keperawatan yang akan menjadi evaluasi sebagai adanya perbaikan dalam pelayanan keperawatan. Menurut model supervisi keperawatan seorang supervisor harus mampu membuat aturan, meningkatkan ketetampilan, memberikan dukungan kepada perawat untuk meningkatkan kemampuan dalam memberikan asuhan

keperawatan serta selalu melakukan evaluasi yang berlanjut terhadap apa yang dilakukan. Supervisi mempunyai tiga kegunaan, 1) supervisi berguna untuk meningkatkan kemampuan supervisor dalam memberikan pelayanan pada pelaksana kegiatan (perawat), 2) supervisi bermanfaat untuk meningkatkan kemampuan para pelaksana kegiatan, 3) hasil supervisi berguna untuk menyusun pedoman atau petunjuk pelaksanaan layanan professional kepada pelaksana kegiatan.

Dokumentasi keperawatan yang tidak lengkap disebabkan karena adanya format asuhan keperawatan yang tidak diisi lengkap, sumber daya manusia yang kurang memadai, standard operasional rumah sakit yang tidak dilaksanakan, faktor keuntungan bagi perawat, dan terakhir adalah motivasi perawat yang kurang dalam melengkapi dokumentasi asuhan keperawatan. Penyebab ketidaklengkapan dokumentasi keperawatan tersebut bisa diatasi dengan memaksimalkan fungsi kepala ruangan terutama fungsi *actuating* yaitu dengan mengadakan supervisi dokumentasi keperawatan yang diharapkan nantinya akan mengubah ketidaklengkapan dokumentasi keperawatan menjadi dokumentasi keperawatan yang lengkap.

Dari hal diatas peneliti ingin mengetahui gambaran tentang penerapan supervisi kepala ruangan dalam kelengkapan dokumentasi yang ada di Ruang Shofa Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang Sidoarjo.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah penerapan supervisi kepala ruangan dalam kelengkapan dokumentasi keperawatan di Ruang Shofa Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang ?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Menggambarkan penerapan supervisi kepala ruangan dalam kelengkapan dokumentasi keperawatan di Ruang Shofa Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang.

1.3.2 Tujuan Khusus

- 1 Mengidentifikasi penerapan supervisi kepala ruangan dalam kelengkapan dokumentasi keperawatan di Ruang Shofa Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang.
- 2 Mengevaluasi hasil penerapan supervisi kepala ruangan dalam kelengkapan dokumentasi keperawatan di Ruang Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Supervisi kepala ruangan dapat digunakan sebagai intervensi untuk mengatasi masalah kelengkapan dokumentasi keperawatan.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Peneliti

Dapat meningkatkan pengetahuan peneliti mengenai konsep supervisi dan dokumentasi keperawatan.

2. Bagi Rumah Sakit

Peran supervisi dapat digalakkan sebagai masukan dalam masalah kelengkapan dokumentasi keperawatan.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Dapat melakukan penelitian yang lebih kreatif dalam mengatasi masalah kelengkapan dokumentasi keperawatan.