

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Perawat merupakan sumber daya manusia di rumah sakit karena jumlahnya dominan (55 - 65%) serta merupakan profesi yang memberikan pelayanan terus menerus selama 24 jam kepada pasien (Simamora, 2013). Pelayanan keperawatan bagian integral dari pelayanan kesehatan mempunyai kontribusi menentukan kualitas pelayanan di rumah sakit. Setiap upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan rumah sakit harus disertai upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan (Yani, 2007). Kenyataannya bahwa 60 % pelayanan di rumah sakit merupakan pelayanan keperawatan (Gillies, 1998) dan hampir semua pelayanan promosi kesehatan dan pencegahan penyakit baik di rumah sakit maupun di tatanan pelayanan kesehatan lain dilakukan oleh perawat.



Keberadaan perawat dalam memberikan pelayanan sangat dibutuhkan, diperlukan tenaga perawat yang mempunyai kemampuan, keterampilan, dan sikap profesional termasuk kemampuan perawat melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan. Kegiatan perawat tidak hanya merawat pasien saja, ada kegiatan langsung, dan kegiatan tak langsung yang tak kalah penting seperti melengkapi dan melaksanakan dokumentasi keperawatan dan catatan medik yang terperinci. Dokumentasi keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan catatan keperawatan yang berguna untuk kepentingan pasien,

perawat dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab perawat dan merupakan bagian dari pelaksanaan keperawatan yang menggunakan pendekatan proses keperawatan dan memiliki nilai hukum yang sangat penting (Hidayat, 2001).

Pendokumentasian adalah unsur pokok dari pertanggungjawaban kinerja profesi keperawatan setelah melakukan serangkaian proses keperawatan kepada pasien. Munculnya paradigma dan perkembangan baru dalam rekam medik dan keperawatan sebagai manajemen informasi di bidang kesehatan merupakan dampak positif dari perkembangan teknologi informasi sesuai dengan perkembangan konsep dan tata cara berkomunikasi di bidang kesehatan.

Pendokumentasian merupakan sarana komunikasi antar petugas kesehatan dalam rangka pemulihan kesehatan pasien, tanpa dokumentasi yang benar dan jelas, kegiatan pelayanan keperawatan yang telah dilaksanakan oleh seseorang perawat profesional tidak dapat dipertanggung jawabkan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan dan perbaikan status kesehatan pasien di rumah sakit. (Nursalam, 2011).

Mutu pelayanan dapat dilihat dari sistem pencatatan dan pelaporan yang ada, untuk melihat mutu pelayanan keperawatan dapat juga dilihat dari pendokumentasian yang dilakukan oleh perawat selama memberikan asuhan keperawatan. Pendokumentasian keperawatan mempunyai fungsi yang sangat

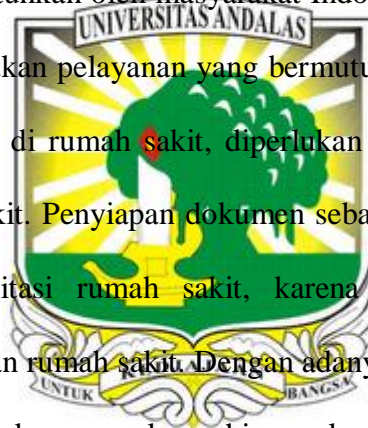


penting dalam meningkatkan profesionalisme perawat. (Okaitso,M dkk, 2014).

Standar akreditasi rumah sakit disusun sebagai upaya peningkatan mutu pelayanan di rumah sakit dan menjalankan amanah UU No 24 tahun 2009 tentang rumah sakit, yang mewajibkan rumah sakit untuk melaksanakan akreditasi rumah sakit dalam rangka peningkatan mutu pelayan rumah sakit minimal dalam jangka waktu 3 tahun sekali (Kemenkes RI, 2011)

Akreditasi bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, sehingga sangat dibutuhkan oleh masyarakat Indonesia yang semakin selektif dan berhak mendapatkan pelayanan yang bermutu. Sebagai dasar dimulainya pembangunan sistem di rumah sakit, diperlukan dokumen yang merupakan regulasi di rumah sakit. Penyiapan dokumen sebagai regulasi merupakan hal pokok dalam akreditasi rumah sakit, karena merupakan acuan dalam pelaksanaan pelayanan rumah sakit. Dengan adanya ketentuan tertulis tentang kebijakan, pedoman dan prosedur sehingga kepentingan masyarakat akan pelayanan kesehatan dapat dipenuhi dengan sebaik-baiknya (SN Markus, 2014)

Undang-undang No 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit, mengamanatkan tentang fungsi sosial rumah sakit dan menyatakan bahwa penyelenggaraan pelayanan kesehatan harus berlandaskan etika dan moral. Rumah sakit harus selalu meningkatkan pelayanannya menerapkan prinsip keselamatan pasien, bersikap professional, menjaga mutu pelayanan dan terbuka kepada masyarakat (Kemenkes RI, 2011).



Upaya yang paling tepat dalam peningkatan mutu dan profesionalisme pelayanan kesehatan adalah melalui proses akreditasi baik yang berstandar nasional maupun internasional. Untuk mendukung upaya ini Kemenkes RI sudah menjadikan sebuah program prioritas diseluruh wilayah Indonesia. Agar pelaksanaan akreditasi Rumah sakit terlaksana dengan optimal, ditetapkanlah standar akreditasi nasional versi 2012 yang mulai berlaku sejak Januari 2012. Pelaksanaan akreditasi mulai tahun 2012 sudah tidak menerapkan standar pelayanan yang berfokus pada *provider* tetapi sudah beralih menjadi standar pelayanan yang berfokus pada pasien. Standar akreditasi KARS 2012 terbagi menjadi 4 kelompok, yaitu kelompok standar pelayanan berfokus pada pasien, kelompok standar pelayanan manajemen rumah sakit, sasaran keselamatan pasien, dan sasaran *millennium development goals*.



Pengkajian awal pasien adalah salah satu unsur yang harus dipenuhi dalam standar akreditasi KARS 2012 khususnya standar pelayanan yang berfokus pada pasien. Pengkajian awal harus dilakukan dalam 24 jam pertama pasien dirawat di rumah sakit. Pengkajian awal mencakup riwayat kesehatan (pemeriksaan fisik, diagnose/masalah, rencana asuhan), alergi, pengkajian psikologis, social dan ekonomi, pengkajian nyeri, status fungsional, resiko jatuh, resiko nutrional, kebutuhan edukasi serta *discharge planning/* perencanaan pulang. Semua data pengkajian awal harus terdokumentasi dalam rekam medik pasien dan menjadi salah satu indikator dalam penilai akreditasi.

Tiga kelompok variabel yang mempengaruhi kinerja personel dalam melaksanakan pendokumentasian keperawatan menurut Gibson (1996) yakni variabel individu, organisasi dan psikologis. Salah satu variabel organisasi yang mempengaruhi kinerja perawat pelaksana adalah sub variabel kepemimpinan, yaitu kepemimpinan dari kepala ruangan (Dewi, 2008)

Marquist dan Huston (2006) menjelaskan kepala ruangan sebagai manajer lini pertama mempunyai tanggung jawab mengatur aktivitas perawatan melalui pelaksanaan fungsi-fungsi manajerial yang meliputi fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf, pergerakan atau pengarahan dan pengawasan. Penelitian yang dilakukan Budiyanto tahun 2012 tentang analisis faktor-faktor yang berhubungan dengan manajemen pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan, mendapatkan ada hubungan antara fungsi manajemen dengan pendokumentasian dengan nilai $p = 0,004$ ($\alpha = 0,05$).



Kepala ruangan sebagai pimpinan pelayanan di ruang rawat inap bertanggung jawab merencanakan, mengorganisir, memotivasi dan mengendalikan perawat serta tenaga penunjang lainnya dalam memberikan pelayanan keperawatan (La Monica, 1998). Perencanaan memegang peranan penting dalam proses manajemen. Karena semua fungsi lain sangat tergantung pada fungsi perencanaan. Dalam kegiatan perencanaan seorang manajer adalah mengenal masalah, merencanakan tujuan serta bagaimana tujuan tersebut dapat dicapai. Pada tahap pengorganisasian manajer berusaha agar semua unsur

dapat bekerjasama secara efektif untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Ditahap ini pekerjaan ditetapkan, dibagi dan dikoordinasikan.

Pelaksanaan merupakan fungsi yang amat penting dalam manajemen. Karena pada tahap pelaksanaan seorang manajer langsung berhubungan dengan orang-orang yang melakukan pekerjaan, sehingga dibutuhkan kemampuan dalam berkomunikasi, memotivasi dan kedisiplinan. Pengendalian merupakan komponen terakhir dari proses manajemen. Semua fungsi terdahulu tidak akan efektif tanpa fungsi pengawasan. Pada tahap pengawasan seorang manajer menilai standar pelaksanaan, mengukur hasil pelaksanaan, dan tindakan koreksi terhadap hasil pelaksanaan berdasarkan standar yang telah ditetapkan. Kemampuan manajer untuk memotivasi, mempengaruhi, mengarahkan dan berkomunikasi dengan para bawahannya akan menentukan efektifitas manajer.



Rumah sakit umum daerah Solok (RSUD Solok) merupakan rumah sakit milik pemda provinsi Sumatera Barat yang terletak di Kota Solok. Dengan Visi Rumah Sakit Umum Daerah Solok adalah “ Menjadi Rumah Sakit Terunggul dalam Pelayanan, terdepan dalam pendidikan dan penelitian kesehatan di Provinsi Sumatera Barat Tahun 2020”. Upaya-upaya yang dapat ditempuh untuk mencapai visi dan misi yang telah ditetapkan oleh RSUD Solok salah satunya adalah tersedianya dokumen yang lengkap sesuai dengan standar yang sudah ditetapkan. Dokumen tersebut dapat dilihat dari pendokumentasian yang dilakukan dan tercatat dalam rekam medik pasien.

RSUD Solok mempunyai tempat tidur sebanyak 227 buah dengan tingkat hunian (BOR) yang baik yaitu 81,35 % (Profil RSUD tahun 2014). Dengan jumlah tenaga keperawatan yang terdiri dari 223 orang yang terdiri dari 0,9% (2 orang) pendidikan S2 keperawatan, 27% (62 orang) berpendidikan S1 keperawatan, 53% (119 orang) DIII keperawatan dan 12% (27 orang) berpendidikan SPK). Tersebar di 10 ruang rawat inap (bedah/orthopedi, penyakit dalam, anak, kebidanan, perinatologi, paru, THT/mata, VIP, neurologi, ICU). (data rekam medik RSUD Solok tahun 2015)

Proses pendokumentasian keperawatan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan di masing-masing rawat inap maka telah disiapkan berupa standar asuhan keperawatan, standar prosedur operasional RSUD Solok, serta kebijakan-kebijakan yang dikeluarkan oleh Direktur RSUD Solok, format baku instrument penerapan berupa *cek list* dan formulir, yang dibuat sesuai dengan standar yang sudah ditetapkan oleh KARS karena RSUD Solok dalam waktu dekat akan melaksanakan akreditasi rumah sakit.

Dari hasil survey awal tanggal 22 Maret 2016 terhadap 20 rekam medik yang di observasi, secara umum kelengkapan rekam medic mencapai 90%, namun demikian bila di lihat lebih jauh terutama untuk kelengkapan pendokumentasian yang di buat oleh perawat kelengkapannya mencapai 50,8 % terdiri dari pengkajian 80,8%, diagnosa 21,5%, perencanaan 26,4%, tindakan keperawatan 39%, dan evaluasi 50%. Bila melihat panduan akreditasi sesuai KARS 2012, pendokumentasian yang harus diisi oleh perawat tidak hanya berupa pendokumentasian asuhan keperawatan, ada

catatan terintegrasi, resiko nyeri, resiko jatuh, discharge planning, kebutuhan edukasi, dan lain-lain.

Dalam rangka pemenuhan standar akreditasi, terutama yang berhubungan dengan pendokumentasian yang dilakukan oleh perawat, peneliti mengkaji juga pengkajian awal yang dilakukan oleh perawat, catatan tindakan keperawatan dan catatan pemberian obat. Dari 20 rekam medik yang diteliti, penulis mendapatkan perawat mendokumentasikan riwayat kesehatan 100%, melakukan pemeriksaan fisik 80%, melakukan diagnosis/masalah 75%, melakukan rencana asuhan 80%, alergi 60%, asesmen psikologis %, sosial 35%, ekonomi 35%, nyeri 35%, status fungsional 75%, resiko jatuh 50%, resiko nutrisi 25%, kebutuhan edukasi 15%, *discharge planning* 20%, catatan terintegrasi 40%, catatan pemberian obat 100% dan catatan tindakan keperawatan 100%.



Dari wawancara dengan kepala seksi pengembangan dan perencanaan tenaga keperawatan tentang pendokumentasian, dikatakan bahwa selama ini pelaksanaan audit pendokumentasian keperawatan belum berjalan secara maksimal, sehingga belum ada data yang akurat tentang kelengkapan pendokumentasian keperawatan di RSUD Solok. Standar yang ditetapkan oleh komisi akreditasi rumah sakit (KARS) bahwa kelengkapan dokumentasi asuhan adalah $\geq 80\%$: terpenuhi, 20-80% ; terpenuhi sebagian dan $\leq 20\%$: tidak terpenuhi (KARS, 2011).

Data yang didapatkan dari RSUD Solok selama residensi tentang pelaksanaan fungsi kepala ruangan didapatkan hasil; pelaksanaan fungsi manajemen kepala ruangan 64,27% selalu melaksanakan fungsi perencanaan, 81,25% selalu melaksanakan fungsi pengorganisasian, 54,41% selalu melaksanakan fungsi pengarahan dan 58,33% selalu melaksanakan fungsi pengendalian. Sedangkan fungsi manajemen yang terkait dengan pendokumentasian yang dilakukan oleh perawat didapatkan data fungsi perencanaan yang berhubungan dengan pendokumentasian, 70,3%, fungsi pengorganisasian yang berhubungan dengan pendokumentasian 50%, fungsi pengarahan yang berhubungan dengan pendokumentasian 47,8 %, dan fungsi pengawasan yang berhubungan dengan pendokumentasian 43%. Hasil ini menunjukkan bahwa pelaksanaan fungsi manajemen sudah berjalan walaupun belum optimal.



Wawancara dengan kepala ruangan kepala ruang tentang proses pendokumentasian keperawatan belum optimal dilakukan oleh perawat ruangan, adanya supervisi yang dilakukan oleh bidang keperawatan terkait dengan pendokumentasian. Menurut kepala ruangan pendokumentasian keperawatanyang diisi kebanyakan data umum dan keluhan – keluhan pasien, pengisian pengkajian secara menyeluruh belum dilaksanakan, begitu juga halnya pelaksanaan intervensi, implementasi dan evaluasi dari keperawatan di status pasien. Observasi yang dilakukan berhubungan dengan pendokumentasian didapatkan proses pendokumentasian keperawatan belum dilaksanakan secara optimal, masih banyak yang kosong seperti lembar pengkajian, intervensi dan catatan perkembangan pasien. Dan jika pun ada diisi oleh beberapa orang perawat dengan diagnosa, intervensi yang sama

dari satu hari ke hari berikutnya. Pendokumentasian masih menggunakan format manual.

Mengingat peran kepala ruangan sebagai manajer sangatlah penting, maka disini peneliti ingin melihat bagaimana Hubungan Fungsi Manajemen Kepala Ruangan Dengan Kelengkapan Pendokumentasian Perawat berdasarkan Akreditasi KARS 2012 Di Rawat Inap RSUD Solok.

1.2 Rumusan Masalah

Peningkatan pelayanan yang bermutu berhubungan erat dengan pelaksanaan fungsi manajemen kepala ruangan yang tergambar dari pendokumentasian perawat. Berdasarkan data yang dikumpulkan selama residensi dan pada saat melakukan studi awal penelitian, dimana terdapat angka-angka yang masih di bawah standar yang harus dicapai, dan belum ada informasi yang jelas mengungkapkan aspek spesifik yang berkaitan dengan fungsi manajemen kepala ruangan serta pendokumentasian perawat berdasarkan akreditasi KARS 2012 di ruang rawat inap RSUD Solok. Untuk mendukung upaya RSUD Solok meningkatkan mutu pelayanan keperawatan perlu di mulai dengan melakukan studi tentang pelaksanaan fungsi-fungsi manajemen keperawatan di ruang rawat inap serta pendokumentasian keperawatan. Berdasarkan fenomena tersebut, maka rumusan masalah penelitian ini adalah “ Adakah Hubungan Fungsi Manajemen Kepala Ruangan Dengan Kelengkapan Pendokumentasian Perawat Berdasarkan Akreditasi KARS 2012 Di Rawat Inap RSUD Solok ?”



1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk menganalisa hubungan pelaksanaan fungsi manajemen kepala ruangan dengan kelengkapan pendokumentasian perawat berdasarkan akreditasi KARS 2012 Di Rawat Inap RSUD Solok

1.3.2 Tujuan khusus

1. Diketuainya distribusi frekuensi fungsi manajemen kepala ruangan di rawat inap RSUD Solok
2. Diketuainya distribusi frekuensi kelengkapan pendokumentasian perawat berdasarkan akreditasi KARS 2012 di ruang rawat inap RSUD Solok.
3. Diketuainya distribusi frekuensi pelaksanaan fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan di ruang rawat inap RSUD Solok
4. Diketuainya hubungan fungsi perencanaan , pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan terhadap kelengkapan pendokumentasian perawat berdasarkan akreditasi KARS 2012 di ruang rawat inap RSUD Solok.



1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat praktis

Memberikan informasi tentang faktor-faktor yang berhubungan dengan kelengkapan pendokumentasian perawat berdasarkan akreditasi KARS

2012 yang bisa digunakan sebagai bahan pustaka dan acuan peneliti selanjutnya. Serta dapat mengevaluasi penerapan dan pelaksanaan pendokumentasian keperawatan dan pertimbangan untuk memperbaiki kinerja keperawatan dan bebas dari tuntutan hukum sesuai dengan perkembangan pelayanan dan persaingan nasional maupun internasional.

1.4.2 Manfaat teoritis

Menambah pengetahuan dan pengalaman bagi peneliti dalam bidang penelitian khususnya tentang hubungan fungsi manajemen kepala ruangan dengan kelengkapan pendokumentasian perawat berdasarkan akreditasi KARS 2012 di rawat inap RSUD Solok.

