

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Dokumentasi Keperawatan

a. Pengertian Dokumentasi Keperawatan

Potter dan Perry (2005) mendefinisikan dokumentasi sebagai segala sesuatu yang tercetak atau tertulis yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang. Dokumentasi keperawatan juga merupakan salah satu bentuk upaya membina dan mempertahankan akuntabilitas perawat dan keperawatan. Pelaksanaan dokumentasi proses keperawatan juga sebagai salah satu alat ukur untuk mengetahui, memantau dan menyimpulkan suatu pelayanan asuhan keperawatan yang diselenggarakan di rumah sakit.

Menurut Kozier (2004), dokumentasi keperawatan adalah laporan baik komunikasi secara lisan, tertulis maupun melalui komputer untuk menyampaikan informasi kepada orang lain.

b. Tujuan dan Manfaat Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi asuhan dalam pelayanan keperawatan adalah bagian dari kegiatan yang harus dikerjakan oleh perawat setelah memberi asuhan kepada pasien. Dokumentasi merupakan suatu informasi lengkap meliputi status kesehatan pasien, kebutuhan pasien, kegiatan asuhan keperawatan serta respons pasien terhadap asuhan yang diterimanya. Dokumentasi keperawatan mempunyai porsi yang besar

dari catatan klinis pasien yang menginformasikan faktor tertentu atau situasi yang terjadi selama asuhan dilaksanakan. Disamping itu catatan juga dapat sebagai wahana komunikasi dan koordinasi antar profesi (Interdisipliner) yang dapat dipergunakan untuk mengungkap suatu fakta aktual untuk dipertanggung jawabkan (Yeni, 2010).

Catatan pasien merupakan suatu dokumen yang legal, dari status sehat sakit pasien pada saat lampau, sekarang, dalam bentuk tulisan, yang menggambarkan asuhan keperawatan/ kebidanan yang diberikan. Umumnya catatan pasien berisi informasi yang mengidentifikasi masalah, diagnosa keperawatan dan medik, respons pasien terhadap asuhan perawatan/kebidanan yang diberikan dan respons terhadap pengobatan serta berisi beberapa rencana untuk intervensi lebih lanjutan. Keberadaan dokumentasi baik berbentuk catatan maupun laporan akan sangat membantu komunikasi antara sesama perawat/ bidan maupun disiplin ilmu lain dalam rencana pengobatan (Yeni, 2010).

Manfaat dan pentingnya dokumentasi keperawatan mempunyai makna yang penting bila dilihat dari berbagai aspek :

- 1) Hukum.

Bila terjadi suatu masalah yang berhubungan dengan profesi keperawatan, dimana perawat sebagai pemberi jasa dan klien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi diperlukan sewaktu-

waktu. Dokumentasi tersebut dapat dipergunakan sebagai barang bukti di pengadilan.

2) Jaminan mutu (kualitas pelayanan).

Pencatatan data klien yang lengkap dan akurat, akan memberikan kemudahan bagi perawat dalam membantu menyelesaikan masalah klien. Dan untuk mengetahui sejauh mana masalah klien dapat teratasi dan seberapa jauh masalah baru dapat diidentifikasi dan dimonitor melalui catatan yang akurat. Hal ini akan membantu meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

3) Komunikasi.

Dokumentasi keadaan klien merupakan alat perekam terhadap masalah yang berkaitan dengan klien. Perawat atau tenaga kesehatan lain akan bisa melihat catatan yang ada dan sebagai alat komunikasi yang dijadikan pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan.

4) Keuangan.

Semua tindakan keperawatann yang belum, sedang, dan telah diberikan dicatat dengan lengkap dan dapat digunakan sebagai acuan atau pertimbangan dalam biaya keperawatan.

5) Pendidikan.

Isi pendokumentasian menyangkut kronologis dari kegiatan asuhan keperawatan yang dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pembelajaran bagi siswa atau profesi keperawatan.

6) Penelitian.

Data yang terdapat di dalam dokumentasi keperawatan mengandung informasi yang dapat dijadikan sebagai bahan atau objek riset dan pengembangan profesi keperawatan.

7) Akreditasi.

Melalui dokumentasi keperawatan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien. Dengan demikian dapat diambil kesimpulan tingkat keberhasilan pemberian asuhan keperawatan yang diberikan, guna pembinaan lebih lanjut (Yeni, 2010).

c. Komponen Dokumentasi Keperawatan

Nursalam (2007), menyebutkan instrumen dokumentasi penerapan standar asuhan keperawatan di RS menggunakan instrumen A dari Depkes (1995) meliputi:

Standar I : Pengkajian keperawatan

Standar II : Diagnosa keperawatan

Standar III : Perencanaan keperawatan

Standar IV : Implementasi keperawatan

Standar V : Evaluasi keperawatan

Standar VI : Catatan asuhan keperawatan

Penjelasan masing-masing standar meliputi :

Standar I : Pengkajian keperawatan

- a. Mencatat data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian.

- b. Data di kelompokkan (bio-psiko-sosial-spiritual)
- c. Data dikaji sejak pasien datang sampai pulang
- d. Masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan.

Standar II : Diagnosa keperawatan

- a. Diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan
- b. Diagnosa keperawatan mencerminkan PE / PES.
- c. Merumuskan diagnosa keperawatan aktual atau potensial.

Standar III : Perencanaan keperawatan

- a. Berdasar diagnosa keperawatan.
- b. Disusun menurut urutan prioritas.
- c. Rumusan tujuan mengandung komponen pasien / subyek perubahan perilaku, kondisi pasien dan kriteria waktu.
- d. Rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas.
- e. Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien / keluarga.

Standar IV : Tindakan keperawatan

- a. Tindakan dilaksanakan mengacu pada rencana keperawatan
- b. Perawat meng observasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan.
- c. Revisi tindakan berdasar evaluasi.
- d. Semua tindakan yang sudah dilakukan dicatat dengan ringkas dan jelas.

Standar IV : Evaluasi

- a. Evaluasi mengacu pada tujuan.
- b. Hasil evaluasi dicatat

Standar VI : Catatan asuhan keperawatan

- a. Menulis pada format yang baku
 - b. Pencatatan dilakukan sesuai dengan tindakan yang dilakukan.
 - c. Perencanaan ditulis dengan jelas, ringkas, istilah yang baku dan benar.
 - d. Setiap melaksanakan tindakan perawat mencantumkan paraf / nama jelas, tanggal dilakukan tindakan.
 - e. Dokumentasi keperawatan tersimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- d. Alat Ukur Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan

Instrumen evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan merupakan alat untuk mengukur mutu asuhan keperawatan di rumah sakit. Asuhan keperawatan dikatakan bermutu bila telah memenuhi kriteria standar profesi. Standar profesi adalah standar asuhan keperawatan yang diterbitkan oleh departemen Kesehatan republik Indonesia dan diberlakukan melalui surat keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik No YM.00.03.2.7637 tahun 1993. standar asuhan keperawatan merupakan bagian integral dan penjabaran dari standar pelayanan rumah sakit yang diberlakukan melalui surat keputusan Menteri Kesehatan No 436 tahun 1993. Instrumen evaluasi terdiri dari

instrument A yang memuat studi dokumentasi penerapan standar asuhan keperawatan di rumah sakit, instrument B penilaian persepsi pasien terhadap mutu asuhan keperawatan, instrument C instrumen observasi pelaksanaan tindakan keperawatan (Maltis, 2000).

Pendokumentasian Asuhan keperawatan diukur menggunakan instrumen yaitu lembar observasi yang diisi oleh peneliti, tentang Instrumen Studi Dokumentasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan di Rumah sakit (Instrumen A) meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi (Depkes, 2005). Instrumen A merupakan standar proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, pelaksanaan, evaluasi dan dokumentasi. Instrumen A digunakan sebagai alat untuk memperoleh data tentang penerapan standar proses keperawatan yang selanjutnya dianalisis dengan rumus *Tendency Central*.

e. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pelaksanaan Dokumentasi Keperawatan

Pelaksanaan dokumentasi keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Beberapa faktor yang erat hubungannya dengan perilaku individu dan masyarakat di bidang kesehatan menurut Green (1980) dalam Notoatmodjo (2007), yaitu:

- 1) Faktor predisposisi (*predisposing factor*), merupakan faktor yang mempermudah dan mendasari untuk terjadinya perilaku tertentu. Faktor ini bersifat internal, yang terdiri dari: pengetahuan, sikap,

nilai-nilai budaya, kepercayaan dari orang tersebut terhadap perilaku tertentu, karakteristik individu seperti

a) Umur

Umur adalah lamanya waktu hidup yaitu terhitung sejak lahir sampai dengan sekarang. Penentuan umur dilakukan dengan menggunakan hitungan tahun (Chaniago, 2007). Menurut Elisabeth yang dikutip Nursalam (2008), usia adalah umur individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun.

Menurut Hurlock (2008) semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat, seseorang yang lebih dewasa lebih dipercaya dari orang yang belum tinggi kedewasaannya. Hal ini dilihat dari pengalaman dan kematangan jiwanya

b) Jenis kelamin

Menurut Hungu (2007) jenis kelamin (seks) adalah perbedaan antara perempuan dengan laki-laki secara biologis sejak seseorang lahir.

c) Tingkat pendidikan

Pendidikan menurut Soekanto (2006) adalah suatu kegiatan atau proses pembelajaran untuk mengembangkan dan meningkatkan kemampuan tertentu sehingga sasaran

pendidikan itu dapat berdiri sendiri. Pendidikan juga berarti bimbingan yang diberikan seseorang terhadap perkembangan orang lain menuju kearah cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Konsep dasar pendidikan adalah suatu proses belajar yang berarti di dalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan, atau perubahan ke arah yang lebih dewasa, lebih baik, dan lebih matang pada diri individu, kelompok atau masyarakat (Notoatmodjo, 2007).

d) Pengetahuan

Pengetahuan (*knowledge*) adalah hasil tahu manusia yang sekedar menjawab pertanyaan “*what*”, misalnya apa air, apa manusia, apa alam dan sebagainya. Pengetahuan mempunyai sasaran yang tertentu, mempunyai metode atau pendekatan untuk mengkaji objek tersebut sehingga memperoleh hasil yang dapat disusun secara sistematis dan diakui secara universal (Notoatmodjo, 2007). Pengetahuan merupakan kesan di dalam pikiran manusia sebagai hasil penggunaan panca inderanya, yang berbeda sekali dengan kepercayaan, takhayul, dan penerangan-penerangan yang keliru (Soekanto, 2006). Penelitian oleh Martini (2007) menyimpulkan bahwa pengetahuan berhubungan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan.

2) Faktor pemungkin (*enabling factor*), merupakan faktor yang memungkinkan untuk terjadinya perilaku tertentu. Faktor ini biasanya berada di luar individu, yang terdiri dari ketersediaan pelayanan (petugas, sumberdaya/fasilitas), biaya, adanya aturan-aturan dan komitmen (prosedur tetap pelaksanaan asuhan keperawatan keluarga).

3) Faktor penguat (*reinforcing factor*) adalah faktor yang memperkuat untuk terjadinya perilaku tertentu. Yang termasuk ke dalam faktor ini adalah dukungan, kritik baik dari rekan sekerja, teman-teman sekerja atau lingkungan, *reward*, *punishment* dan petugas kesehatan.

Reward yang diperoleh atau diharapkan akan diperoleh sebagai konsekwensi dari apa yang mereka kerjakan akan merubah perilaku manusia secara fundamental (Gouillart and Kelly, 1995). Dengan demikian reward dapat mengendalikan cara kerja seseorang dalam organisasi. Pentingnya sistem reward ini diperkuat oleh pernyataan Stead (Gouilart and Kelly, 1995) bahwa 90% konflik kultural dalam organisasi disebabkan oleh konflik dalam sistem reward. . Reward yang diperoleh atau diharapkan akan diperoleh sebagai konsekwensi dari apa yang mereka kerjakan akan merubah perilaku manusia secara fundamental.

Punishment merupakan penguatan yang negatif, tetapi diperlukan dalam organisasi. punishment yang di maksud disini

adalah tidak seperti hukuman dipenjara atau potong tangan, tetapi punishment yang bersifat mendidik. Selain itu punishment juga merupakan alat pendidikan regresif, artinya punishment ini digunakan sebagai alat untuk menyadarkan karyawan kepada hal-hal yang benar. Ahmadi dan Uhbiyati (2001) yang mengemukakan bahwa hukuman adalah suatu perbuatan dengan sengaja menjatuhkan nestapa kepada orang lain, baik dari segi kejasmanian maupun kerohanian orang lain yang memiliki kelemahan dari pada diri kita dan oleh karena itu kita mempunyai tanggung jawab membimbingnya dan melindunginya.

Purwanto (2000) membagi punishment menjadi dua macam yaitu:

- 1) Hukuman preventif, yaitu hukuman yang dilakukan dengan maksud atau supaya tidak terjadi pelanggaran. Hukuman ini bermaksud untuk mencegah agar tidak terjadi pelanggaran, sehingga hal ini dilakukannya sebelum terjadi pelanggaran dilakukan. Contoh perintah, larangan, pengawasan, perjanjian dan ancaman.
- 2) Hukuman refresif yaitu hukuman yang dilakukan, oleh karena adanya pelanggaran, oleh adanya dosa yang telah diperbuat. Jadi hukuman itu terjadi setelah terjadi kesalahan.

2. Beban Kerja

a. Pengertian beban kerja

Menurut Moekijat (2004) beban kerja adalah volume dari hasil kerja atau catatan tentang hasil pekerjaan yang dapat menunjukkan

volume yang dihasilkan oleh sejumlah pegawai dalam suatu bagian tertentu. Jumlah pekerjaan yang harus diselesaikan oleh sekelompok atau seseorang dalam waktu tertentu atau beban kerja dapat dilihat pada sudut pandang obyektif dan subyektif. Secara obyektif adalah keseluruhan waktu yang dipakai atau jumlah aktivitas yang dilakukan. Sedangkan beban kerja secara subyektif adalah ukuran yang dipakai seseorang terhadap pernyataan tentang perasaan kelebihan beban kerja, ukuran dari tekanan pekerjaan dan kepuasan kerja. Beban kerja perawat adalah seluruh kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh seorang perawat selama bertugas di suatu unit pelayanan keperawatan (Marquis dan Huston, 2004).

Beban kerja di perawatan rawat inap adalah perawat dituntut harus tetap ada disisi pasien untuk melakukan berbagai hal yang berkaitan dengan perawatan pasien, seperti pelayanan yang diberikan dalam keadaan sakit ringan ataupun berat yang memerlukan pemantauan serta tindakan yang terus menerus. Hal ini sesuai dengan pernyataan Azwar (1993) bahwa beban perawat pada pasien adalah menyelamatkan kehidupan dan mencegah kecacatan sehingga pasien dapat hidup.

Menurut Jauhari (2005) bahwa standar beban kerja perawat senantiasa harus sesuai dengan asuhan keperawatan yang berorientasi pada kebutuhan pasien. Untuk menghasilkan pelayanan yang efektif

dan efisien diupayakan kesesuaian antara ketersediaan tenaga perawat dengan beban kerja yang ada.

Menurut Caplan & Sadock (2006) beban kerja sebagai sumber ketidakpuasan disebabkan oleh kelebihan beban kerja secara *kualitatif* dan *kuantitatif*. Kelebihan beban kerja secara *kuantitatif* meliputi:

- 1) Harus melakukan observasi penderita secara ketat selama jam kerja.
- 2) Terlalu banyak pekerjaan yang harus dilakukan demi kesehatan dan keselamatan penderita.
- 3) Beragam jenis pekerjaan yang dilakukan demi kesehatan dan keselamatan penderita.
- 4) Kontak langsung perawat klien secara terus menerus selama 24 jam.
- 5) Kurangnya tenaga perawat dibanding jumlah penderita.

Sedangkan beban kerja secara kualitatif mencakup:

- 1) Pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki tidak mampu mengimbangi sulitnya pekerjaan.
- 2) Tuntutan keluarga untuk kesehatan dan keselamatan penderita.
- 3) Harapan pimpinan rumah sakit terhadap pelayanan yang berkualitas.
- 4) Setiap saat dihadapkan pada pengambilan keputusan yang tepat.
- 5) Tanggung jawab yang tinggi dalam melaksanakan asuhan keperawatan klien di ruangan.
- 6) Menghadapi pasien yang karakteristik tidak berdaya, koma, kondisi terminal.
- 7) Setiap saat melaksanakan tugas delegasi dari dokter.

Beban kerja adalah jumlah pekerjaan yang harus diselesaikan oleh sekelompok atau seseorang dalam waktu tertentu dan sebagai sumber ketidakpuasan disebabkan oleh kelebihan beban kerja secara kualitatif dan kuantitatif (Caplan & Sadock, 2006).

b. Faktor-faktor yang mempengaruhi beban kerja

Untuk memperkirakan beban kerja keperawatan pada sebuah unit pasien tertentu, manajer harus mengetahui beberapa faktor yang mempengaruhi beban kerja diantaranya (Caplan & Sadock, 2006);

- 1) Berapa banyak pasien yang dimasukkan ke unit perhari, bulan atau tahun
- 2) Kondisi pasien di unit tersebut
- 3) Rata-rata pasien menginap
- 4) Tindakan perawatan langsung dan tidak langsung yang akan dibutuhkan oleh masing-masing pasien
- 5) Frekuensi masing-masing tindakan keperawatan yang harus dilakukan
- 6) Rata-rata waktu yang diperlukan untuk pelaksanaan masing-masing tindakan perawatan langsung dan tak langsung

c. Prosedur penghitungan beban kerja

Asri (2006), menyebutkan bahwa secara terperinci prosedur perhitungan beban kerja tenaga dokter dan perawat dapat dibagi seperti langkah-langkah sebagai berikut :

1) Mempersiapkan peralatan yang dipakai dalam perhitungan beban kerja. Alat utama yang dipakai adalah :

- a) *Stop watch* yaitu alat mengukur waktu
- b) Alat tulis yang digunakan untuk membuat catatan yang akan berguna dalam pengukuran

2) Menetapkan metode kerja yang akan digunakan dalam perhitungan beban kerja terutama menetapkan metode standar seperti menyiapkan susunan tempat kerja yang akan diteliti, peralatan dan lain-lain.

3) Memilih pekerja yang tepat, berpengalaman dan terlatih dalam bidangnya atau disebut sebagai pekerja normal

4) Menyiapkan perlengkapan peralatan sehingga pengukuran tidak akan berhenti di tengah jalan

5) Memperhatikan dan mencatat *actual time* (waktu nyata) setiap pekerjaan

6) Menghitung waktu normal

7) Menetapkan waktu cadangan (*allowance*)

8) Menetapkan waktu standar

d. Pendekatan penghitungan beban kerja

Seperti kita ketahui perawat merupakan proporsi tenaga yang paling besar di rumah sakit, diperkirakan sekitar 70% personel adalah perawat (Ilyas, 2004). Dengan dominannya jumlah perawat di rumah sakit, sejumlah peneliti, praktisi dan asosiasi telah melakukan riset untuk dapat menghitung tenaga perawat dengan mengembangkan formula khusus untuk menghitung kebutuhan tenaga perawat.

1) Pendekatan Penghitungan Beban Kerja Berdasarkan Formula Gillies

Menurut Gilles (2006) tindakan keperawatan membagi menjadi tindakan keperawatan langsung, tidak langsung, dan penyuluhan kesehatan. Arti umum keperawatan langsung adalah perawatan yang diberikan anggota staf keperawatan secara langsung kepada pasien tersebut dan perawatan tersebut dihubungkan secara khusus kepada kebutuhan fisik dan psikologisnya.

Perawatan tidak langsung adalah kegiatan-kegiatan yang dilakukan atas nama pasien tetapi di luar kehadiran pasien yang berhubungan kepada lingkungan pasien atau keberadaan *finansial* dan kesejahteraan sosial si pasien, perawatan tidak langsung termasuk kegiatan seperti perencanaan perawatan, penghimpunan peralatan dan perbekalan, diskusi dengan anggota tim kesehatan lain, penulisan dan pembacaan catatan kesehatan pasien, pelaporan kondisi pasien kepada rekan kerja dan menyusun sebuah rencana bagi perawatan pasien. Pengajaran kesehatan mencakup semua usaha

oleh anggota staf keperawatan untuk memberitahu, dan memotivasi pasien dan keluarganya menyangkut perawatan setelah keluar dari rumah sakit.

2) Pendekatan Penghitungan Beban Kerja Berdasarkan Formula Ilyas

Ilyas (2004) mengkatagorikan tindakan keperawatan sebagai berikut:

- a) Kegiatan langsung: semua kegiatan yang mungkin dilaksanakan oleh seorang perawat terhadap pasien, misalnya menerima pasien, anamnesa pasien, mengukur tanda vital, menolong buang air besar, buang air kecil, merawat luka, mengganti balutan, mengangkat jahitan, kompres, memberi suntikan/obat/imunisasi dan penyuluhan kesehatan
- b) Kegiatan tidak langsung: setiap kegiatan yang dilakukan oleh perawat yang berkaitan dengan fungsinya, tetapi tidak berkaitan langsung dengan pasien seperti : menulis rekam medik, mencari kartu rekam medis pasien, mengupdate data rekam medis dan dokumentasi asuhan keperawatan.
- c) Kegiatan tambahan : kegiatan pribadi yaitu semua kegiatan yang berkaitan dengan kepentingan perawat yang diamati seperti makan, minum, pergi ke toilet: maupun bagian atau organisasi rumah sakit seperti menginput harga obat dan ngamparah obat.

3) Pendekatan Penghitungan Beban Kerja Menurut Douglas

Menurut Douglas (dalam Potter dan Perry, 2005) tentang jumlah tenaga perawat di rumah sakit didapatkan jumlah perawat yang dibutuhkan pada pagi, sore, dan malam tergantung pada tingkat ketergantungan pasien. Tingkat ketergantungan pasien diklasifikasikan berdasarkan teori Dorothea Orem. Menurut Orem asuhan keperawatan dilakukan dengan keyakinan bahwa setiap orang mempelajari kemampuan untuk merawat diri sendiri sehingga membantu individu memenuhi kebutuhan hidup, memelihara kesehatan dan kesejahteraan. Teori ini dikenal dengan teori *self care* (perawatan diri) (Potter dan Perry, 2005).

4) Pendekatan Penghitungan Beban Kerja dengan Kuesioner

Pengukuran beban kerja dilakukan dengan secara langsung dan tidak langsung. Secara langsung dapat ditanyakan bagaimana pendapat atau pernyataan responden terhadap suatu objek. Secara tidak langsung dapat dilakukan dengan pernyataan-pernyataan hipotetis, kemudian ditanyakan pendapat responden (Notoatmodjo, 2007). Dalam penelitian ini peneliti menggunakan kuesioner sebagai alat ukur untuk pendekatan penghitungan beban kerja.

3. Hubungan Beban Kerja dengan kelengkapan Dokumentasi

Dokumentasi keperawatan merupakan unsur penting dalam sistem pelayanan kesehatan, karena dengan adanya dokumentasi yang baik informasi mengenai keadaan pasien dapat diketahui secara

berkesinambungan. Dokumentasi juga merupakan aspek legal tentang pemberian asuhan keperawatan, secara lebih spesifik dokumentasi keperawatan dapat berfungsi sebagai sarana komunikasi antar profesi kesehatan, sumber data untuk pengelolaan pasien dan penelitian dan sebagai barang bukti pertanggung jawaban dan pertanggung gugatan asuhan keperawatan serta sebagai sarana pemantauan asuhan keperawatan. Dokumentasi keperawatan dibuat berdasarkan pemecahan masalah pasien, yang terdiri dari format pengkajian, rencana keperawatan, catatan tindakan dan catatan perkembangan pasien (Wahyuni, 2007).

Seorang perawat diharapkan bersikap penuh perhatian dan kasih sayang terhadap pasien maupun keluarga pasien dalam melaksanakan tugasnya, namun pada kenyataannya dimasa sekarang ini masih banyak dijumpai keluhan masyarakat tentang buruknya kualitas pelayanan keperawatan yang ditulis di berbagai media masa. Belum tercapainya kualitas pelayanan keperawatan salah satunya disebabkan oleh beban kerja yang berlebihan sehingga pendokumentasian asuhan keperawatan yang merupakan standar bagi perawat profesional belum terlaksana dengan baik

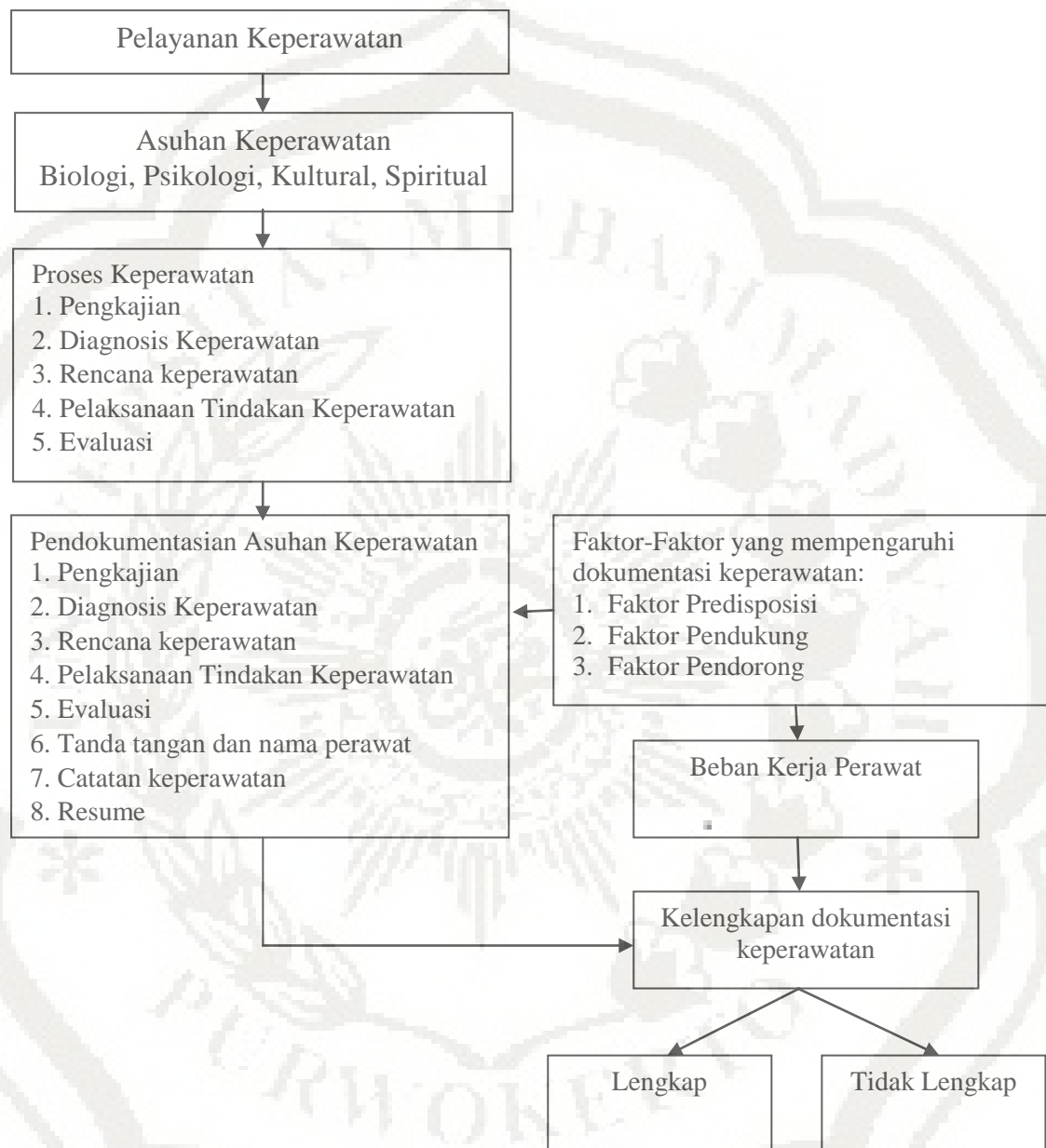
Beban kerja perawat tidak hanya merawat pasien saja yaitu kegiatan langsung, tetapi juga kegiatan tak langsung yang tak kalah penting seperti melengkapi dan melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan dan catatan medik yang terperinci. Perlu diperhatikan bahwa pada standar evaluasi banyak dokumen yang tidak sesuai tujuan dimungkinkan karena perawat hanya melakukan dokumentasi evaluasi dengan sekedarnya tanpa

memperhatikan standar diagnosa dan standar intervensi yang sebenarnya saling berkesinambungan. Kelancaran pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan ditentukan oleh perilaku perawat yang erat kaitannya dengan tingkat kepatuhan perawat yang tidak adekuat dan menganalisis alasan ketidakpatuhan ini merupakan hal yang bermanfaat (Iyer & Camp, 2005).

Beban kerja yang berlebih terjadi karena tidak sebandingnya rasio tenaga perawat dengan pasien, pekerjaan yang seharusnya tidak dikerjakan oleh perawat misalnya membuat kwitansi pemakaian obat, konsul rontgen mengambil obat pasien ke apotik sehingga akan mempengaruhi penurunan kinerja perawat dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan. Pendokumentasian merupakan indikator mutu pelayanan keperawatan, sehingga jika dokumentasi keperawatan sudah dilaksanakan dengan baik, mutu pelayanan keperawatan juga baik yang menimbulkan kepuasan terhadap pelayanan keperawatan demikian juga sebaliknya (Nursalam, 2008).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Maheri (2010) yang menemukan hubungan yang positif antara beban kerja perawat dengan kelengkapan pendokumentasian proses asuhan keperawatan ($r=0,541$, $p<0,05$) dan tingkat kekuatan hubungan sedang. Penelitian ini menunjukkan dengan beban kerja sedang dokumentasi proses asuhan keperawatan yang dikerjakan oleh perawat dalam katagori sedang.

B. KERANGKA TEORI



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber : Perry dan Potter (2005), Nursalam (2007)

C. KERANGKA KONSEP



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

Keterangan :

 : Yang diteliti

 : Arah penelitian

D. HIPOTESIS

Hipotesis dalam suatu penelitian berarti jawaban sementara penelitian, patokan duga, atau dalil sementara, yang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut. Setelah melalui pembuktian, maka hipotesis dapat benar atau salah, bisa diterima bisa ditolak (Notoatmodjo, 2010). Adapun hipotesis dalam penelitian ini adalah:

Ha : Ada hubungan beban kerja dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD St. Elisabeth Tahun 2015

Ho : Tidak ada hubungan beban kerja dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD St. Elisabeth Tahun 2015