DOKUMENTASI SEBAGAI ASPEK PENDUKUNG KESELAMATAN PASIEN

Nur Aini Lubis

Email: nrnlubis@gmail.com

Latar Belakang:

Dokumentasi adalah bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam catatan yang berguna untuk kepentingan klien atau pasien. Perawat dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar data yang akurat dan lengkap secara tertulis sebagai tanggung jawab perawat (Wahid & Suprpto, 2012).

Pendokumentasian asuhan keperawatan adalah kegiatan pencatatan, pelaporan, dan pemeliharaan yang berkaitan dengan pengelolaan data pasien atau klien guna mempertahankan sejumlah fakta dari suatu kejadian dalam suatu waktu.

Pendokumentasian asuhan keperawatan dapat digunakan sebagai tanggung jawab dan tagggung gugat dari berbagai kemungkinan yang dialami oleh pasien atau klien baik masalah kepuasan maupun pelayanan kesehatan yang diberikan.

Dalam penerapan pelayanan kesehatan di suatu instansi atau Rumah Sakit perawat dan tim kesehatan sangat perlu memperhatikan dokumentasi sebagai dasar data yang akurat sebagai penunjang kesehatan dan keselamatan pasien. Data Klien atau pasien sangat berguna sebagai penimbang keputusan yang akan diambil untuk perkembangan kesehatan pasien.

Pendokumentasian asuhan keperawatan yang tepat waktu, akurat dan lengkap tidak hanya penting untuk melindungi perawat tetapi penting juga untuk membantu pasien atau klien mendapat asuhan keperawatan yang lebih baik.

Pendidikan yang tinggi tentunya juga diperlukan untuk mempermudah dalam menerima informasi sehingga mampu membuat keputusan dalam melakukan pendokumentasian. Pendokumentasian sangat berpengaruh terhadap kesehatan pasien.

pelaksanaan dokumentasi keperawatan sebagai salah satu alat ukur untuk mengetahui, memantau dan menyimpulkan suatu pelayanan asuhan keperawatan yang dilakukan di suatu instansi Kesehatan atau Rumah Sakit.

METODE

Pengumpulan data dengan melakukan wawancara kepada informan yang terlibat langsung terhadap sistem pelaporan insiden keselamatan pasien, melakukan observasi, dan telaah dokumen. Data sekunder didapatkan dari telaah dokumen laporan Insiden Keselamatan Pasien rumah sakit. Data yang telah dikumpulkan selanjutnya dianalisis dengan menggunakan model Miles dan Huberman yang terdiri dari tiga tahap yaitu reduksi data, penyajian data, dan verifikasi. Penyajian data yang digunakan dalam penelitian yaitu dengan teks yang bersifat naratif. Teknik pemeriksaan data menggunakan metode triangulasi sumber dan teori.

HASIL

Informan penelitian ini terdiri dari informan utama yang memberikan informasi tentang pelaksanaan pelaporan insiden keselamatan pasien di rumah sakit dan informan penunjang sebagai sumber informasi untuk menguji kredibilitas hasil wawancara dengan informan utama

PEMBAHASAN

Dokumentasi keperawatan adalah setiap catatan baik tertulis maupun elektronik yang menggambarkan layanan keperawatan yang diberikan kepada klien dan dapat digunakan sebagai bukti bagi tenaga yang berwenang. Dokumentasi keperawatan yang berlaku. Jika sewaktu-waktu terjadi hal yang tidak seharusnya terjadi dokumentasi dapat digunakan sebagai bukti bahwa seluruh data-data pasien telah diterima atau di input dalam bentuk dokumen.

Pelaksanaan dokumentasi keperawatan merupakan salah satu alat ukur untuk mengetahui, memantau, dan menilai suatu pelayanan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh rumah sakit (Fischbach, 1991). Dokumentasi keperawatan tidak hanya mencerminkan kualitas perawatan saja tetapi membuktikan pertanggunggugatan setiap tim keperawatan (Potter & Perry, 2005). Oleh karena itu, jika kegiatan keperawatan tidak didokumentasikan dengan baik, akurat, obyektif, dan lengkap serta sesuai dengan standar asuhan keperawatan maka sulit untuk membuktikan bahwa tindakan keperawatan telah dilakukan dengan benar (Gillies, 2000; Carpenito, 1999).

Pelayanan keperawatan profesional yang berdasarkan ilmu pengetahuan mempunyai proses keperawatan yaitu suatu asuhan keperawatan sebagai metode ilmiah penyelesaian masalah keperawatan pasien untuk meningkatkan outcome pasien yang harus didokumentasikan (Aziz, 2002).

Pendokumentasian asuhan keperawatan adalah kegiatan pencatatan, pelaporan dan pemeliharaan yang berkaitan dengan pengelolaan klien guna mempertahankan sejumlah fakta dari suatu kejadian dalam suatu waktu (Nursalam,2001).

Keselamatan pasien merupakan sebuah sistem yang membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut terdiri dari asesmen risiko, identifikasi dan pengelolaan risiko pasien, pelaporan dan analisis insiden, kemampuan belajar dari insiden dan tindak lanjutnya, serta implementasi solusi untuk meminimalkan timbulnya risiko dan mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melakukan suatu tindakan atau tidak mengambil tindakan yang seharusnya diambil.

Pelaporan insiden keselamatan pasien merupakan suatu sistem untuk mendokumentasikan laporan insiden keselamatan pasien, analisis dan solusi untuk pembelajaran (Kementerian Kesehatan RI, 2017).

Menurut Nurachmah (2001), salah satu wujud asuhan keperawatan yang bermutu ialah pelaksanaan pendokumentasian asuhan secara baik dan terus menerus. Tugas tersebut ada di pundak perawat sebagai provider (Loveridge & Cumming, 1996; Tappen, 1998; Swansburg & Swansburg, 1999). Sementara menurut Marquis dan Huston (2006) bahwa tugas perawat untuk mendokumentasikan asuhan keperawatan secara lengkap harus dilakukan oleh perawat Registered Nurses (RN's) atau perawat setingkat sarjana. Studi yang dilakukan Sitorus (2000) menyatakan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan sangat efektif dilakukan oleh perawat primer pada suatu bangsal yang menerapkan metode primary nursing.

Dengan adanya pendidikan tinggi memudahkan perawat itu sendiri dalam menerima informasi untuk mengambil keputusan berdasarkan data atau dokumen yang telah diterima.

Informasi yang diterima sangat berguna sebagai penunjang kesehatan pasien selama berada di instalasi rawat inap atau Rumah sakit sebagai sarana dalam mengambil keputusan serta meningkatkan asuhan keperawatan yang lebih baik terhadap pasien berdasarkan data yang di peroleh sebelumnya.

Bukan hanya perawat dan tim kesehatan saja yang perlu memperhatikan metode atau langkah dalam asuhan keperawatan pasien atau klien,Namun sebagai seorang pasien hendaknya juga mampu menerima informasi yang di berikan perawat atau tim kesehatan untuk mempercepat kesembuhan pasien atau klien tesebut.

PENUTUP

Sebagai seorang perawat sangat penting melakukan pendokumentasian diri pasien atau klien guna kepentingan kesehatan pasien atau klien, atau dapat juga digunakan guna mempertahankan sejumlah fakta dari suatu kejadian dalam suatu waktu.

Perawat dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar data yang akurat dan lengkap secara tertulis sebagai tanggung jawab perawat untuk menghindari kesalahan fatal yang bisa saja terjadi akibat kelalaian dalam pendokumentasian.

Untuk meningkatkan kualitas pelayanan terhadap pasien perawat juga seharusnya mempunyai pendidikan tinggi guna memudahkan dalam menerima informasi atau dalam pengambilan keputusan.

.

DAFTAR PUSTAKA

- Suprpto,(2012). Dokumentasi Proses Kperawatan. Yokyakarta Nuha Medika.
- Nusawakan,A.W. (2017). Faktor yang mempengaruhi pengambilan keputusan dalam penggunaan layanan kesehatan pada wilayah kerja puskesmas tawiri. Vol 6 No.2
- Zakiroh,N. (2013). Hubungan Antara Motivasi Perawat Dalam Pelaksanaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Intalasi Rawat Inap Rumah sakit. Stikes Muhammadiyah Palembang.
- Supratman,Yuni Wulan Utami. 2009. Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Ditinjau Dari Beban Kerja Perawat. Vol.2 No.1. Meret(2009).
- Wulandari,Dyah Fitri.,Hany Handayani. Pengembangan Dokumentasi Keperawatan. Jurnal Keperawatan Global, Volume 4, No 1, Juni 2019, hlm 1-73
- Noorkasiani.,Gustina.,R.Siti Maryam. 2015. Faktor-faktor Yang Berhubungan Dengan Kelengkapan Dokumentasi keperawatan. Jurnal Keperawatan Indonesia, Volume 18 No.1, Maret 2015, hal 1-8.
- Retyaningsih Ida Yanti. 2013. Hubungan Karakteristik Perawat, Motivasi dan Supervisi Dengan Kualitas Pendokumentasian.
- Muryani.,Endang Pertiwi.,Herry Setiawa. 2019. Kualitas Pendokumentasian Di Ruang Rawat Inap. Nerspedia, April 2019;2(1):27-32
- Astuti,Neneng.,Yeni Yarnita. 2010. Analisis Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Pasien Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Tampan Pekan Baru. Jurnal Photon. Vol.1 No.1,Oktober.
- Carpenito,L.J. 2006. Rencana Asuhan Dan Pendokumentasian Keperawatan (Edisi 2),Alih Bahasa Monica Ester. Jakarta:ECG.
- Simamora,R.(2009). Dokumentasi Proses Keperawatan.