

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Dokumentasi keperawatan merupakan bagian integral dari asuhan keperawatan. Dokumentasi keperawatan merupakan salah satu pekerjaan yang paling penting bagi seorang perawat. Semua informasi tentang klien dicatat dalam dokumentasi keperawatan untuk memungkinkan klien memberikan asuhan keperawatan berdasarkan kebutuhan. Dokumentasi memungkinkan perawat untuk menentukan tindakan yang tepat untuk klien mereka (Sari, 2018).

Komponen dokumentasi asuhan keperawatan terdiri dari komponen isi dan komponen untuk membuat dokumentasi. Komponen isi dari dokumentasi keperawatan adalah pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana keperawatan, pelaksanaan tindakan keperawatan, evaluasi, tanda tangan serta nama terang perawat, catatan keperawatan, resume keperawatan, catatan pasien pulang atau meninggal dunia (Nugraha & Wianti, 2017).

Isi rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik, hal tersebut tercantum dalam peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 tentang rekam medik (PERMENKES RI No 269/MENKES/PER/III/2008, 2008). Dokumentasi keperawatan merupakan salah satu isi dari rekam medik. Mulyo (2006) menyatakan Masalah umum antara rumah sakit pemerintah maupun rumah sakit swasta di

Indonesia yaitu masih berkebutuhan dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan yang tidak lengkap (Erna et al., 2020).

Dalam penelitian di RSUD Kabupaten Mamuju menunjukkan bahwa pendokumentasian keperawatan berdasarkan pengkajian keperawatan kurang lengkap sebanyak 97,8%, diagnosis keperawatan kurang lengkap sebanyak 48,4%, perencanaan keperawatan kurang lengkap sebanyak 49,5%, implementasi keperawatan lengkap sebanyak 52,7%, dan evaluasi keperawatan masuk dalam kategori relevan yaitu sebanyak 67,7% (Supratti & Ashriady, 2018). Penelitian lainnya yang dilakukan di instalasi rawat inap salah satu rumah sakit di Sumatera Barat menunjukkan keakuratan pengkajian keperawatan lengkap sebagian sebanyak 76,7%, keakuratan diagnosis keperawatan yang hanya mengandung masalah keperawatan saja sebanyak 95,7%, keakuratan intervensi keperawatan yang tidak ada tindakan atau aktifitas keperawatan sebanyak 81,3%, keakuratan catatan perkembangan dan evaluasi yang lengkap sebagian sebanyak 63,9% dan legibility atau keterbacaan kualitas baik sebanyak 69,2% (Damanik et al., 2020). Berdasarkan penelitian yang dilakukan di RSUD dr. Slamet Garut tentang gambaran kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap, data menunjukkan untuk dokumentasi yang terisi lengkap lengkap sebanyak 77,24%. Pada aspek pengkajian keperawatan sebanyak 81,61%, aspek diagnosa keperawatan sebanyak 82,17 %, perencanaan keperawatan sebanyak 61,96%, tindakan keperawatan sebanyak 64,80%, dan evaluasi keperawatan sebanyak 95,65%. Kesimpulan dari penelitian ini adalah dalam tahap evaluasi menunjukkan hasil yang lebih tinggi dan tahap perencanaan memiliki hasil yang paling rendah

dibandingkan dengan tahap pengkajian, diagnosis, dan tindakan. Tenaga keperawatan membutuhkan motivasi yang tinggi untuk melengkapi dokumentasi keperawatan semaksimal mungkin berdasarkan standar keperawatan yang berlaku (Juniarti et al., 2020)

Masalah tidak lengkapnya pengisian dokumentasi keperawatan tidak hanya di Indonesia, di negara lainpun masih ada ditemukan masalah yang sama. Berdasarkan penelitian di salah satu rumah sakit di Jamaika dinyatakan bahwa dokumentasi *discharge planning* hanya 14% yang diisi sejak 72 jam pasien masuk dan hanya 6,9% yang diisi sejak 24 jam pasien masuk (Abdul-Kareem et al., 2019).

Nursalam (2011) menjelaskan bahwa dokumentasi keperawatan memiliki makna penting di lihat dari berbagai aspek seperti aturan, mutu pelayanan, komunikasi, keuangan, pengajaran, penelitian, dan akreditasi. Dampak dari pengisian dokumentasi keperawatan yang tidak memenuhi standar yaitu dapat terjadinya kekeliruan diagnosa dan pemberian perbuatan yang tidak ideal terhadap pasien (ballsly c et al., 2021). Nursalam (2012) juga mengatakan bahwa Dokumentasi yang lengkap dapat mencerminkan kesediaan perawat untuk mendokumentasikan asuhan yang berasal dari kelengkapan dan keakuratan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien (Erna et al., 2020).

Penelitian di rumah sakit umum B di Bali menyatakan 36,4% dari perawat tidak patuh dan 63,3% perawat patuh dalam pendokumentasian keperawatan (Faidah et al., 2019). Penelitian yang dilakukan di RSUD UMM Malang juga menyatakan bahwa perawat yang patuh dalam pendokumentasian 93,3% dan

perawat yang belum patuh dalam pendokumentasian 6,3% (Fikri, 2020). Penelitian lainnya yang dilakukan di RS Mitra Husada Pringsewu Lampung menyatakan bahwa perawat yang patuh dalam mengisi identitas pasien di dalam rekam medik pasien sebanyak 68,5% sedangkan sisanya 31,5% tidak patuh (Kesehatan et al., 2020).

Utami (2017) menyatakan ketidakpatuhan perawat adalah kunci kegagalan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. Ketidakpatuhan adalah kejahatan korporasi, bahkan ketika seseorang dengan sengaja atau tidak sengaja melanggar rencana dan peraturan (Febi & Panggabean, 2017). Ketidakpatuhan perawat dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan dapat mengakibatkan malpraktek dan duplikasi tindakan keperawatan. Semakin banyak perawat yang tidak mematuhi dokumen perawatan, maka akan semakin tinggi resiko kesalahan dalam pemberian asuhan keperawatan, semakin kurang bukti pertanggung jawaban serta tanggung gugat perawat. Ada faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan perawat dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan, yaitu faktor internal yang meliputi; pengetahuan, sikap, kemampuan, dan motivasi. Sedangkan faktor eksternal meliputi; karakteristik kelompok kerja, karakteristik pekerjaan, dan karakteristik lingkungan (Febi & Panggabean, 2017)

Berdasarkan data rekam medik RSUD Bandung Kiwari yang diambil selama 3 bulan yaitu bulan Juni, Juli dan Agustus 2021 menunjukkan masih kurang lengkapnya pengisian rekam medik. Data kelengkapan dokumentasi keperawatan di 3 (tiga) instalasi yang melakukan asuhan keperawatan di RSUD Bandung Kiwari yaitu di instalasi rawat inap, instalasi bedah sentral dan instalasi gawat

darurat. Berdasarkan data tersebut, capaian kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan yang paling rendah dilakukan di ruang IGD. Peneliti melanjutkan studi pendahuluan pada bulan Agustus 2021 di instalasi gawatdarurat, dengan mengambil sampel 10 rekam medik pasien di bulan Agustus 2021, data kelengkapan dari komponen dokumentasi keperawatan yang diteliti yaitu identitas pasien, waktu pendokumentasian, pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, evaluasi keperawatan dan nama perawat. Berdasarkan data yang diteliti tersebut, capaian yang paling rendah yaitu dokumentasi implementasi keperawatan sedangkan yang paling tinggi yaitu identitas pasien.

Hasil wawancara terhadap salah satu perawat pelaksana IGD, menyatakan seluruh perawat telah diberikan pelatihan mengenai pendokumentasian elektronik di IGD. Hariyati et al (2015) mengatakan di Indonesia, untuk meningkatkan kualitas dokumentasi, kelengkapan, relevansi, dan fungsi pendukung keputusan dapat menggunakan dokumentasi keperawatan berbasis elektronik dengan model SIMPRO (Meliyana et al., 2020). Charalambous & Goldberg (2016) menemukan bahwa 76% perawat yang disurvei percaya bahwa dokumentasi elektronik akan meningkatkan koordinasi dan keselamatan pasien (Meliyana et al., 2020). Dwisatyadini (2014) juga mengatakan bahwa dokumentasi elektronik mampu meningkatkan dan mengefisienkan waktu pendokumentasian asuhan keperawatan, sehingga pelayanan keperawatan lebih berkualitas (Suganda & Hariyati, 2020).

Di Instalasi Gawat Darurat, Dokumentasi asuhan keperawatan yang tidak lengkap akan berdampak pada pelaksanaan komunikasi yang tidak efektif karena

informasi yang disampaikan tidak lengkap, sehingga akan menjadi penyebab terjadinya insiden keselamatan pasien dan ketidakpuasan pasien. Berdasarkan latar belakang dan fenomena tersebut, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul “Persepsi perawat IGD terhadap penulisan pendokumentasian asuhan keperawatan di IGD RSUD Bandung Kiwari”.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang masalah yang telah dipaparkan sebelumnya, maka rumusan masalah penelitian adalah “bagaimana persepsi perawat IGD terhadap penulisan pendokumentasian asuhan keperawatan di IGD RSUD Bandung Kiwari?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran persepsi perawat IGD terhadap penulisan pendokumentasian asuhan keperawatan di IGD RSUD Bandung Kiwari.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah :

- a. Mengidentifikasi persepsi perawat terhadap nilai dokumentasi klinis di ruang IGD.

- b. Mengidentifikasi persepsi perawat terhadap beban dokumentasi di ruang IGD.
- c. Mengidentifikasi persepsi perawat terhadap aspek kepemimpinan dalam pendokumentasian.
- d. Mengidentifikasi persepsi perawat terhadap waktu yang dibutuhkan untuk menyelesaikan dokumentasi.
- e. Mengidentifikasi persepsi perawat terhadap hambatan pendokumentasian.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Bagi Ilmu Keperawatan

Manfaat yang diharapkan dari penelitian ini adalah menjadi *evidence based* dalam pengembangan keilmuan manajemen keperawatan khususnya dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang gawat darurat. Serta menjadi data dasar penelitian dalam pengembangan penelitian pendokumentasian asuhan keperawatan di tatanan Instalasi Gawat Darurat.

2. Manfaat Bagi Pelayanan Institusi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi informasi bagi pihak institusi rumah sakit dalam meningkatkan kualitas standar pelayanan rumah sakit khususnya pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang Instalasi Gawat Darurat.

E. Sistematika Penulisan

Dalam penulisan skripsi ini, penulis membuat sistematika penulisan yang dibagi kedalam 5 (lima) bab. Bab I. Pendahuluan, bab ini terdiri dari latar belakang,

perumusan masalah, tujuan penulisan, manfaat penulisan dan sistematika penelitian. Bab II. Tinjauan Pustaka, bab ini terdiri dari landasan teori tentang persepsi perawat, faktor-faktor yang mempengaruhi kelengkapan dokumentasi keperawatan, dokumentasi asuhan keperawatan, dokumentasi asuhan keperawatan Instalasi Gawat Darurat, hasil penelitian yang relevan dan kerangka pemikiran. Bab III. Metodologi Penelitian, bab ini terdiri dari jenis penelitian dan metode penelitian, variabel penelitian, populasi dan sampel penelitian, teknik pengumpulan data, validitas dan reliabilitas, teknik analisa data, prosedur penelitian, tempat dan waktu penelitian, serta etika penelitian. Bab IV Hasil Penelitian, bab ini terdiri dari gambaran umum unit observasi, hasil dan pembahasan. Bab V Kesimpulan dan Sara

