

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dokumentasi keperawatan adalah suatu dokumen atau catatan yang berisi data tentang keadaan pasien dan merupakan catatan otentik dalam penerapan manajemen asuhan keperawatan profesional, atau komunikasi tentang perawatan klien/pasien. Dokumentasi keperawatan dapat ditulis tangan atau dicetak atau disimpan dalam sistem audiovisual dan merupakan bagian permanen dari catatan medis (Chelagat *et al.*, 2013; Nursalam, 2014).

Dokumentasi keperawatan dalam bentuk dokumen asuhan keperawatan merupakan salah satu alat pembuktian atas perbuatan perawat selama menjalankan tugas pelayanan keperawatan. Dokumentasi asuhan keperawatan menjadi hal yang penting sebagai alat bukti tanggung jawab dan tanggung gugat dari perawat dalam menjalankan tugasnya dan dari berbagai kemungkinan masalah yang dialami klien baik masalah kepuasan maupun ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diberikan (Iyer, *et al.*, 2005).

Dokumentasi yang tepat, mudah dibaca, dan lengkap, akan berdampak pada kualitas perawatan dan pertahanan dari potensial gugatan malpraktik (Kuehl, 2005). Dokumentasi yang tepat dan lengkap adalah sangat penting serta dapat digunakan sebagai bukti hukum apabila terjadi tuntutan, tetapi banyak dokumentasi keperawatan yang ditemukan tidak sesuai atau tidak mengandung informasi yang diperlukan dalam kasus peradilan, serta kurangnya catatan atau dokumentasi dalam rekam medis pasien sering menghambat pelaksanaan perlindungan hak – hak profesional keperawatan, baik secara hukum maupun administratif (Baath, *et al.*, 2007). Laporan tahunan *Parliamentary and Health Service Ombudsman's* di Inggris mengidentifikasi 1.425 keluhan terkait

investigasi dengan pelayanan kesehatan (Abraham, 2006). Kurangnya komunikasi atau komunikasi yang tidak memadai juga merupakan salah satu penyebab dari tidak akuratnya dokumentasi yang dilakukan (Oxtoby, 2004).

Dokumentasi keperawatan yang tidak memadai dari pelayanan kesehatan merupakan masalah yang telah diakui secara internasional. Kritik *The Health Ombudsman of England* mengenai dokumentasi keperawatan menunjukkan perencanaan dan koordinasi dari perawat yang bertugas tidak memadai dan observasi yang tidak akurat di ruang gawat darurat (Abraham, 2004). Penelitian yang dilakukan di Australia, ditemukan bahwa kelengkapan dokumentasi keperawatan di ruang gawat darurat secara kuantitatif hanya 40% dan secara kualitatif 59%, dengan tingkat keakuratan dokumentasi hanya 37% (Cheevakasemsook, *et al.*, 2006). Penelitian lain terhadap 14 studi terkait dengan pendokumentasian keperawatan, didapatkan hasil bahwa tingkat akurasi dari dokumentasi keperawatan adalah sangat kurang (Staub *et al.*, 2006).

Kelengkapan dokumentasi keperawatan di Indonesia tergolong masih rendah. Hal ini ditunjukkan oleh penelitian yang dilakukan dengan mengambil 300 sampel dari rekam medik didapatkan dokumentasi keperawatan 69,3% berada dalam kategori tidak lengkap (Sabila, 2009). Dari 10 dokumentasi asuhan keperawatan, dokumentasi pengkajian hanya terisi 25%, dokumentasi diagnosa keperawatan 50%, dokumentasi perencanaan hanya 37,5%, dokumentasi implementasi 37,5%, dokumentasi evaluasi 25%, dan sisanya tidak ada dokumentasi sama sekali (Indrajati, 2011). Kelengkapan dokumentasi keperawatan hanya 63%, yang terdiri dari kelengkapan pengkajian hanya 53%, diagnosa dan perencanaan keperawatan 61%, serta implementasi dan evaluasi adalah 75% (Purwanti, 2012).

Keperawatan gawat darurat bersifat cepat dan perlu tindakan yang tepat, serta memerlukan pemikiran kritis. Di lingkungan gawat darurat, hidup dan mati

seseorang ditentukan dalam hitungan menit. Perawat gawat darurat harus cukup berkompeten untuk melakukan semua aspek proses keperawatan dengan terampil di bawah tekanan yang tinggi, dan juga harus membuat catatan perawatan yang akurat melalui pendokumentasian. Perawat gawat darurat harus mengkaji pasien mereka dengan cepat dan merencanakan intervensi sambil berkolaborasi dengan tim kesehatan lain. Perawat gawat darurat harus mengimplementasikan rencana pengobatan, mengevaluasi efektivitas pengobatan, dan merevisi perencanaan dalam rentang waktu yang sangat sempit. Tingkat kepanikan yang tinggi di Instalasi Gawat Darurat (IGD) menyebabkan perawat memiliki waktu yang terbatas dalam pendokumentasian sehingga pendokumentasian menjadi tidak benar dan kadang-kadang tidak sesuai. Kesalahan pendokumentasian juga menyebabkan bencana klinis, bahkan sampai ke tuntutan hukum malpraktik (Alford, 2003; Iyer, *et al.*, 2005; Weaver, 2004).

Situasi kegawatdaruratan di IGD menjadikan proses dan dokumentasi keperawatan yang tidak tepat dan tidak lengkap menjadi fenomena yang sering terjadi. Suatu studi ditemukan bahwa aktifitas perawat dan tindakan keperawatan sebanyak 15% tidak terdokumentasikan dengan baik (Renfroe *et al.*, 1990). Studi lanjutan yang dilakukan di IGD juga mengungkap bahwa pelaksanaan dokumentasi keperawatan tidak adekuat dan belum ada investigasi yang dilakukan untuk mencari alasan terjadinya masalah tersebut (McKerras, 2002). Peningkatan beban kerja dan rendahnya rasio perawat dan pasien menjadi alasan perawat memprioritaskan dokumentasi keperawatan di bagian paling akhir (Geyer, 2005).

Pendokumentasian keperawatan dipengaruhi oleh beberapa faktor yaitu kurangnya pengetahuan dan pelatihan tentang proses keperawatan; dan kurangnya pengetahuan tentang kondisi pasien, obat – obatan atau terapi;

aksesibilitas yang mencakup dapat diaksesnya catatan dan ketersediaan *form* dokumentasi keperawatan; waktu dan beban kerja; model atau bentuk format dokumentasi; psiko-sosial (penghargaan); *taxonomi* termasuk format yang sistematis dan penggunaan bahasa istilah yang baku dan benar; serta lingkungan fisik berupa fasilitas atau sarana yang mendukung (Grainger, 2008).

Penelitian terhadap faktor yang mempengaruhi pendokumentasian asuhan keperawatan di Swedia pernah dilakukan oleh Ehrenberg (2001), didapatkan hasil bahwa perawat merasa terpaksa saat melakukan dokumentasi asuhan keperawatan disebabkan oleh waktu yang kurang untuk melakukan dokumentasi, kurang pengetahuan, hambatan organisasi, kesulitan dalam menulis dan format dokumentasi yang tidak tepat. Pendokumentasian asuhan keperawatan berhubungan secara signifikan dengan pengetahuan, sikap, beban kerja, serta ketersediaan fasilitas, sedangkan umur, masa kerja, dan pendidikan tidak berhubungan (Martini, 2007).

Mastini (2015) dalam penelitiannya didapatkan hasil kelengkapan dokumentasi keperawatan memiliki hubungan yang signifikan dengan tingkat pengetahuan. Analisis multivariat menunjukkan tingkat pengetahuan memiliki pengaruh terbesar dalam kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan. Hasil pendokumentasian asuhan keperawatan yang lengkap oleh perawat dengan pengetahuan baik 3,7 kali lebih baik dibandingkan perawat dengan pengetahuan kurang.

Studi lain oleh Doering (1992) juga dilakukan berkaitan dengan pengaruh pengetahuan terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan. Hasil penelitian didapatkan bahwa kurangnya pengetahuan perawat dalam penilaian objektif terhadap masalah pasien menyebabkan pengurangan beberapa poin dalam pendokumentasian. Ehrenberg *et al.* (1996), menemukan bahwa perawat tampak terbiasa dengan mengungkapkan tindakan mereka secara abstrak yang mana

disebabkan oleh kurangnya perencanaan perawatan dan format dokumentasi oleh manajemen. Törnkvist *et al.* (1997) dalam studinya didapatkan, perawat mengakui kurangnya pengetahuan tentang bagaimana mengekspresikan pemahaman mereka tentang kebutuhan pasien

Sebuah studi mengungkapkan bahwa perawat menghabiskan rata – rata 20,9% dari waktu mereka untuk melakukan pendokumentasian. Tuntutan berlebihan untuk kelengkapan dokumentasi merupakan gangguan konstan dan beban kerja bagi perawat. Proses pendokumentasian sangat menyita waktu sehingga mengurangi interaksi antara perawat dan pasien (Walker *et al.*, 1964). Studi lain menjelaskan perawat menghabiskan 25–44 menit per *shift* hanya untuk pendokumentasian (Murphy *et al.*, 1988), 15–20% (Moody *et al.*, 1995), 25--50% yang setara dengan 15–240 menit (Martin *et al.*, 2009), dan perawat menghabiskan rata–rata 38% dari waktu mereka hanya untuk berkomunikasi melalui dokumentasi (Currell *et al.*, 2003).

Rumah sakit umum (RSU) Anutapura dan Undata merupakan rumah sakit pemerintah di kota Palu, Sulawesi Tengah dengan klasifikasi rumah sakit adalah tipe B. Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSU. Anutapura memiliki 31 orang perawat dengan latar belakang pendidikan adalah satu orang S2, sepuluh orang S1, dan dua puluh orang dengan DIII keperawatan dan rata–rata dengan pengalaman kerja \leq 5 tahun, dan status kepegawaian adalah 8 orang PNS (pegawai negeri sipil) dan 23 orang selebihnya adalah tenaga honorer (Data Kepegawaian RSU. Anutapura Palu, 2016).

Perawat di IGD RSU. Undata berjumlah 34 orang dengan latar belakang pendidikan S1 keperawatan adalah empat orang, DIV keperawatan adalah satu orang dan 29 orang dengan DIII keperawatan dengan pengalaman kerja \leq 5 tahun, dan status kepegawaian adalah 18 orang PNS (pegawai negeri sipil) dan

16 orang selebihnya adalah tenaga honorer (Data Kepegawaian dan RSU. Undata Palu, 2016).

Jumlah kunjungan pasien ke IGD cenderung meningkat. Tercatat kunjungan pasien ke IGD pada bulan September, Oktober, dan November tahun 2016 adalah 2.729, 2.957, dan 3.109 dengan rata-rata 2.965 kunjungan per bulan dan 99 kunjungan per hari untuk RSU. Anutapura dan 953, 970, dan 1.024 dengan rata-rata 1.059 kunjungan per bulan dan 37 kunjungan per hari untuk RSU. Undata (*Medical Record* RSU. Anutapura dan RSU. Undata, 2016).

Berdasarkan studi pendahuluan untuk melihat kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di IGD RSU Anutapura Palu terhadap 30 status pasien yang diambil secara acak, didapatkan dokumentasi asuhan keperawatan sebesar 36,7% berada dalam kategori lengkap sedangkan 63,3% adalah kategori yang tidak lengkap dengan pengkajian, diagnosa, dan evaluasi adalah bagian yang tidak lengkap atau tidak terisi. Kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di RSU. Undata Palu terdapat 66,7% status dengan kategori lengkap dan 33,3% kategori tidak lengkap, dengan data pengkajian dan evaluasi yang sebagian besar tidak terisi. Sosialisasi tentang pentingnya mengisi dan melengkapi dokumentasi keperawatan telah dilakukan oleh bidang keperawatan. Pendokumentasian keperawatan di IGD baik RSU. Anutapura maupun RSU. Undata dilakukan oleh perawat yang pertama kali menerima pasien. Perawat melakukan dokumentasi mulai dari pengkajian hingga evaluasi bahkan evakuasi pasien. Ketidaklengkapan status pasien akan berdampak pada penurunan kualitas pelayanan rumah sakit dan permasalahan legal etik.

Berdasarkan fenomena di atas, peneliti tertarik untuk meneliti faktor-faktor yang berhubungan dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana di ruang IGD RSU Anutapura Palu dan RSU Undata Palu.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan di atas, maka dapat dirumuskan masalah penelitian yaitu “Apakah ada hubungan antara faktor pengetahuan dan faktor beban kerja dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana di ruang IGD RSUD. Anutapura Palu dan RSUD. Undata Palu”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk menganalisis faktor yang berhubungan dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana di ruang IGD RSUD. Anutapura Palu dan RSUD. Undata Palu.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

- 1.3.2.1 Menilai hubungan pengetahuan dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana di ruang IGD RSUD. Anutapura Palu dan RSUD. Undata Palu.
- 1.3.2.2 Menilai hubungan beban kerja dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana di ruang IGD RSUD. Anutapura Palu dan RSUD. Undata Palu.
- 1.3.2.3 Menilai faktor yang paling berhubungan dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di IGD RSUD. Anutapura Palu dan RSUD. Undata Palu.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat memberi masukan atau kontribusi bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan penerapannya tentang pendokumentasian asuhan keperawatan, khususnya di bidang keperawatan gawat darurat.

1.4.2 Manfaat Praktis

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi dan masukan dalam pembuatan atau penyusunan program dan kebijakan untuk peningkatan pendokumentasian asuhan keperawatan sebagai salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan di ruang gawat darurat, khususnya bagi RSUD. Anutapura Palu dan RSUD. Undata Palu.