

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

*Emergency* adalah salah satu ujung tombak pelayanan kesehatan di rumah sakit. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Nomor 856/Menkes/Sk/Ix/2009 tentang Standar Instalasi menyatakan bahwa *emergency* merupakan bagian dari rumah sakit yang memberikan pelayanan gawat darurat selama 24 jam. Pasien yang masuk *emergency* sangat membutuhkan penanganan cepat dan tepat. Jenis pelayanan yang diberikan adalah penanganan awal bagi pasien dengan semua kasus gawat darurat akibat menderita penyakit atau cedera yang harus dilakukan segera (*immediately*) untuk menyelamatkan kehidupan (*life saving*) (ATLS, 2015). Pasien yang datang ke rumah sakit tidak hanya melalui *emergency* saja, tetapi juga dapat melalui *Outpatient Department* (OPD). *Outpatient Department* menurut *Medical Dictionary for the Health Professions and Nursing* (2012) merupakan salah satu unit di rumah sakit dimana pelayanan kesehatan untuk pasien yang tidak *urgent*. Beberapa pasien yang datang ke *outpatient department* juga memiliki indikasi untuk dirawat.

Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, Kancil Jogja (2010) menjelaskan bahwa seorang perawat harus mampu melaksanakan asuhan keperawatan sesuai dengan standar yang sudah ada (dikutip dalam Rosdiana, 2013). Profesi perawat mengemban tanggung jawab yang besar dan menuntut untuk memiliki sikap, pengetahuan, dan keterampilan yang

diterapkan pada asuhan keperawatan sesuai dengan standar dan kode etik profesi. Dengan adanya standar praktik keperawatan professional merupakan pedoman bagi perawat di Indonesia dalam melaksanakan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan. Standar praktek keperawatan adalah ekspektasi minimal dalam memberikan asuhan keperawatan yang aman, efektif, dan etis. Dalam pelaksanaan proses keperawatan, seorang perawat selalu melakukan pencatatan atau pendokumentasian yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Braaf, Manias dan Riley, 2011).

Pendokumentasian merupakan unsur terpenting dalam pelayanan keperawatan. Karena melalui pendokumentasian yang lengkap dan akurat akan memberi kemudahan bagi perawat untuk menyelesaikan masalah pasien (Martono, 2012). Tujuan dari pendokumentasian yaitu mengidentifikasi status kesehatan dan mencatat kebutuhan pasien, merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi tindakan (Wahid & Suprpto, 2012). Hal ini didukung juga oleh pendapat Wang, Hailey, dan Yu (2011) yang menyatakan bahwa kualitas dokumentasi keperawatan menunjukkan pemberian perawatan yang baik melalui komunikasi yang efektif antara perawat dan dengan pemberi perawatan yang lain seperti keluarga pasien.

Penatalaksanaan pendokumentasian yang tidak tepat dapat dipengaruhi individu (Potter & Perry, 2010). Kurang patuhnya perawat dalam menerapkan dokumentasi asuhan keperawatan akan berakibat rendahnya mutu kelengkapan dokumentasi (Ferawati, 2012). Menurut Gibson (1996) dalam Suratun (2008) bahwa faktor individu yang memengaruhi perilaku kerja antara lain umur,

lama kerja, pendidikan, dan pelatihan. Pendokumentasian yang tidak lengkap akan memberikan kerugian bagi pasien karena informasi penting terkait perawatan dan kondisi kesehatannya terabaikan. Braaf, Manias dan Riley (2011) menjelaskan bahwa pendokumentasian yang tidak efisien dan tidak efektif akibat dari kualitas dan keakuratannya kurang memadai menyebabkan terjadinya kesalahan komunikasi antar perawat maupun profesi lain. Komisi keselamatan perawatan dan kualitas kesehatan Australia pada tahun 2008 mengidentifikasi 13% dari kesalahan dokumentasi (Jefferies, Johnson, Nicholls & Lad, 2012). Di Provinsi Sumatera Selatan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Kota Prabumulih tahun 2012 terlihat bahwa 65,62% pendokumentasian asuhan keperawatan tidak lengkap, 34,37% pendokumentasian asuhan keperawatan terisi dengan lengkap (Susanti,2012 dalam Zakiroh,2012).

Hasil penelitian mengenai kelengkapan dokumentasi keperawatan yang dilakukan oleh Noorkasiani, Gustina, dan R. Siti Maryam (2015) didapati bahwa masih ada 42,8% dokumentasi keperawatan yang tidak lengkap. Penelitian yang sama dilakukan di Rumah Sakit Cilandak Jakarta adalah rata-rata ketepatan pendokumentasian sebesar 60,77% (Lusiana, 2008). Penelitian yang dilakukan oleh Purwanti (2012) didapatkan data bahwa kelengkapan dokumentasi keperawatan hanya 63% yang terdiri dari kelengkapan pengkajian 53%, diagnosa dan perencanaan keperawatan 61%, dan implementasi dan evaluasi 75%. Penelitian sejenis juga dilakukan di RSUD Pandanarang Boyolali tahun 2011 oleh Siti (2013) didapatkan bahwa presentase kelengkapan pendokumentasian 55%, diagnosa 53,3%, perencanaan 65%,

pelaksanaan 40%, evaluasi 50%. Hasil rata-rata yaitu 53,21%. Dari hasil pengamatan diketahui pelaksanaan pendokumentasian dilakukan perawat dengan cara mengisi lembar pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

Berdasarkan hasil observasi yang dilakukan oleh peneliti dari bulan Januari - April 2018 didapatkan hasil bahwa pendokumentasian *nursing care plan* dari awal penegakan diagnosa keperawatan, tujuan, rencana tindakan keperawatan, dan evaluasi sudah dilakukan namun tidak maksimal oleh perawat dari *emergency* dan *outpatient department* serta selanjutnya dilanjutkan evaluasi berkelanjutan oleh perawat rawat inap. Papandrea (2018) mengungkapkan bahwa rencana asuhan keperawatan berisi semua informasi yang relevan tentang diagnosa pasien, tujuan perawatan, intervensi, dan evaluasi. Selama pasien menginap, rencana asuhan keperawatan diperbarui dengan perubahan dan informasi terbaru sesuai kondisi pasien saat itu.

Pada studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada tanggal 02 Mei 2018 didapatkan hasil bahwa total pasien rawat inap yang masuk melalui *emergency* sebanyak 1.236 pasien dan *outpatient department* sebanyak 693 pasien. Dari sampel *medical record* bulan April yang peneliti ambil secara acak didapatkan data bahwa 56,25% pendokumentasian *nursing care plan* di *emergency* dan 75% pendokumentasian *nursing care plan* di *outpatient department* belum lengkap dilakukan oleh perawat di mana masih terdapat beberapa hal yang tidak ditulis dengan detail.

Berdasarkan fenomena yang terjadi di *emergency* dan *outpatient department* rumah sakit swasta Indonesia bagian Barat mengenai

pendokumentasian *nursing care plan*, maka peneliti tertarik untuk mengetahui tentang “Gambaran Faktor- Faktor Pendokumentasian *Nursing Care Plan* oleh Perawat di *Emergency* dan *Outpatient Department* Rumah Sakit Swasta Indonesia bagian Barat.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Perawat memiliki tanggung jawab dalam mendokumentasikan termasuk pada tindakan penatalaksanaan *nursing care plan* pada pasien dengan indikasi dirawat sebagai bukti tertulis dari pengkajian dan intervensi yang sudah dilakukan. Pendokumentasian tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat di *emergency* dan *outpatient* department rumah sakit swasta Indonesia bagian Barat masih memiliki kekurangan dimana 56,25% pendokumentasian *nursing care plan* di *emergency* dan 75% pendokumentasian *nursing care plan* di *outpatient department* belum lengkap dilakukan oleh perawat di mana masih terdapat beberapa hal yang tidak ditulis dengan detail. Berdasarkan latar belakang di atas maka rumusan masalah penelitian adalah “Gambaran Faktor-Faktor Pendokumentasian *Nursing Care Plan* oleh Perawat di Satu Rumah Sakit Swasta Indonesia Bagian Barat”.

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran faktor-faktor pendokumentasian *nursing care plan* oleh perawat di satu rumah sakit swasta Indonesia bagian Barat.

### 1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

1. Untuk mengetahui gambaran umur perawat di *emergency* dan *outpatient department* rumah sakit swasta Indonesia bagian Barat.
2. Untuk mengetahui gambaran lama bekerja perawat di *emergency* dan *outpatient department* rumah sakit swasta Indonesia bagian Barat.
3. Untuk mengetahui gambaran tingkat pendidikan keperawatan dan pendokumentasian perawat di *emergency* dan *outpatient department* rumah sakit swasta Indonesia bagian Barat.
4. Untuk mengetahui gambaran pelatihan perawat di *emergency* dan *outpatient department* rumah sakit swasta Indonesia bagian Barat.

### 1.4 Pertanyaan Penelitian

Bagaimanakah gambaran faktor-faktor pendokumentasian *nursing care plan* oleh perawat di satu rumah sakit swasta Indonesia bagian barat?

### 1.5 Manfaat penelitian

1.5.1 Manfaat bagi Institusi :

- 1) Universitas Pelita Harapan: Sebagai tambahan referensi untuk mahasiswa-mahasiswi dalam penyusunan skripsi dan pembelajaran mengenai pendokumentasian *nursing care plan*.
- 2) Rumah Sakit Swasta Indonesia bagian Barat: Memberikan informasi mengenai gambaran faktor-faktor *nursing care plan* oleh perawat di *emergency* dan *outpatient department* rumah sakit swasta Indonesia bagian Barat.

### 1.5.2 Manfaat pada peneliti

Untuk meningkatkan pengetahuan tentang manfaat pendokumentasian *nursing care plan* di *emergency* dan *outpatient department*.

### 1.5.3 Manfaat pada pembaca

Untuk meningkatkan pengetahuan tentang pendokumentasian *nursing care plan* di *emergency* dan *outpatient department*.

