

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pelayanan gawat darurat menjadi salah satu area yang paling sensitif diantara pelayanan keperawatan yang lain karena adanya faktor urgency (keadaan mendesak) dan crowding (keadaan yang penuh sesak dan ramai) (Aacharya, Gastman & Denier, 2021). Beban kerja, keramaian, bencana, kematian dan kondisi pasien yang kritis mengakibatkan lingkungan kerja IGD lebih kompleks dan penuh stress (Healy & Tyrell, 2021). Lingkungan kerja IGD yang kompleks akan mempengaruhi kualitas perawatan, pelayanan kesehatan, keselamatan pasien, termasuk dokumentasi yang dilakukan tidak tepat atau tidak lengkap (Hoot & Aronsky, 2020; Powell et al, 2022)

Kemampuan yang harus dimiliki perawat IGD yaitu kemampuan melakukan pengkajian dengan cepat tetapi akurat, kemampuan melakukan dokumentasi secara menyeluruh dan akurat (Wolf, 2020). Dokumentasi keperawatan gawat darurat harus menyediakan catatan faktual tentang kondisi klien, lokasi, dan gelang untuk identifikasi pada awal klien masuk, dan selanjutnya data tentang pengkajian awal, waktu intervensi dilakukan, masalah dan prosedur yang dilakukan, respon klien terhadap intervensi berikut solusinya, observasi perawat, komunikasi dengan tim kesehatan dan keluarga klien, edukasi pada klien, instruksi pulang dan penolakan perawatan oleh klien (Newberry & Criddle, 2021).

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan bagian integral dari praktik keperawatan profesional. Dokumentasi yang lengkap dan akurat tidak hanya mencerminkan kualitas asuhan yang diberikan, tetapi juga berfungsi sebagai bukti legal, alat komunikasi antar profesional kesehatan, dan dasar untuk pengambilan keputusan klinis (Setiadi, 2020; Ermawati, Dalami, & Rochimah, 2021). Namun, berbagai penelitian menunjukkan bahwa kelengkapan dan kualitas dokumentasi keperawatan masih menjadi tantangan di berbagai tingkatan, mulai dari internasional hingga lokal. Dokumentasi keperawatan merupakan bentuk tanggung jawab profesional perawat dalam mencatat setiap intervensi yang dilakukan kepada pasien secara akurat dan menyeluruh. Pencatatan ini tidak hanya berfungsi sebagai bukti pelaporan, tetapi juga menjadi bagian penting dalam memberikan pelayanan yang aman dan berkualitas bagi pasien serta mendukung kolaborasi antar tenaga kesehatan. Praktik ini mencerminkan hak masyarakat untuk mendapatkan pelayanan keperawatan yang profesional sesuai dengan landasan etika dan standar profesi (Erna & Dewi, 2020; Masamah et al., 2023). Kualitas asuhan keperawatan sendiri dapat tercermin dari seberapa baik dokumentasi terhadap proses keperawatan dilakukan (Fitriani et al., 2020; Tandi et al., 2020).

Di Indonesia, masalah kepatuhan perawat terhadap standar dokumentasi asuhan keperawatan juga menjadi perhatian. Suryani, Masmulyadi, & Perdani (2024) menunjukkan bahwa pengetahuan, motivasi, dan supervisi yang kurang dapat menyebabkan rendahnya kepatuhan dalam dokumentasi. Studi lain

menyoroti pentingnya pelatihan dan supervisi untuk meningkatkan kualitas dokumentasi (Wahyuliati & Novita, 2023; Yuwanto & Prasetyo, 2023). Tumanggor, Tanjung, & Fujiati (2023) dan Ginting & Harahap (2019) menekankan peran penting supervisi oleh kepala ruangan dalam memastikan kepatuhan perawat terhadap standar dokumentasi. Beberapa penelitian juga menyoroti faktor-faktor seperti beban kerja yang dapat mempengaruhi pendokumentasian asuhan keperawatan (Situmorang et al., 2023).

Pendokumentasian yang ideal adalah yang mengikuti alur proses keperawatan, mulai dari tahap pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan intervensi, pelaksanaan tindakan, hingga evaluasi. Pendekatan ini membantu dalam penyelesaian masalah keperawatan secara sistematis dan berdampak positif terhadap peningkatan kondisi kesehatan klien (Tokan & Sekunda, 2020; Wijaya, 2021)

Meskipun banyak rumah sakit di Indonesia, telah menerapkan standar dokumentasi keperawatan berbasis Standar Asuhan Keperawatan, masih ditemukan ketidaksesuaian dalam praktik dokumentasi di lapangan. Beberapa faktor yang berkontribusi terhadap kurangnya kepatuhan dalam dokumentasi termasuk beban kerja tinggi (Situmorang et al., 2023), kurangnya supervisi yang efektif (Ginting & Harahap, 2019), dan minimnya pelatihan berkelanjutan mengenai dokumentasi berbasis standar (Yuwanto & Prasetyo, 2023). Selain itu, penelitian oleh Nurliah et al. (2024) menunjukkan bahwa kurangnya supervisi dalam dokumentasi di unit gawat darurat juga menjadi faktor utama dalam

ketidaklengkapan pencatatan.

Meskipun telah ada standar, namun sosialisasi belum optimal, karena masih banyak perawat yang belum memahami pendokumentasian asuhan keperawatan (Risnah et al., 2023). berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Jaya et al., (2019) menunjukkan hasil 75% dokumentasi pengkajian yang belum lengkap. Sosialisasi pendokumentasian asuhan keperawatan belum terlaksana secara meyeluruh. Salah satunya didasarkan pada evaluasi pemebalajaran mahasiswa, yang menyatakan belum mengetahui secara spesifik dan komprehensif tentang pendokumentasian asuhan keperawatan. Kegiatan sosialisasi, dibutuhkan untuk memberikan pencerahan tentang pendokumentasian asuhan keperawatan, sehingga pendokumentasian yang dilakukan terbaharukan sesuai dengan standar. Kegiatan sosialisasi terbukti mampu meningkatkan pengetahuan dan keterampilan perawat dalam dokumentasi asuhan keperawatan.Untuk itu perlu dilaksanakan sosialisasi Pendokumentasian Asuhan Keperawatan menggunakan media SOP pengisian Asuhan keperawatan.

Dalam hasil observasi dan pengkajian dalam waktu 3 shift yaitu dari 70 orang perawat 90% dari saat perawat melakukan pengkajian, menganalisa data, diagnosa keperawatan dan intervensi keperawatan dengan cukup baik tetapi pada saat implementasi dan evaluasi sering kali tidak terdokumentasikan secara lengkap, seperti saat penulisan implementasi misalnya tindakan yang diberikan hanya dicatat secara umum, tanpa penjelasan waktu, metode atau respons pasien. Hal ini dapat menimbulkan kesenjangan dalam penelusuran intervensi serta menyulitkan

proses implementasi. Selain itu, dalam tahap evaluasi, beberapa catatan asuhan keperawatan yang ditulis oleh perawat juga terlihat tidak lengkap atau tidak menggambarkan hasil tindakan dengan jelas. Evaluasi yang dituliskan hanya berupa kalimat singkat seperti "pasien kooperatif", "keluhan berkurang", atau bahkan kosong. Padahal, evaluasi seharusnya berisi penilaian objektif terhadap hasil tindakan, apakah tujuan keperawatan tercapai atau belum, serta langkah lanjutan yang perlu dilakukan. Semua data tersebut menunjukkan bahwa pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan masih tergolong tidak lengkap. Masalah yang dapat muncul adalah ketidak lengkapan pendokumentasi asuhan keperawatan terutama pada bagian implementasi dan evaluasi leperawatan. Perawat dalam melakukan proses keperawatan sebagian besar masih belum sesuai, seperti pendokumentasian pelaksanaan tindakan, edukasi kesehatan yang diberikan belum terstruktur. Melihat data presentase ketidaklengkapan dokumentasi yang ada dan presentasi pengetahuan perawat. Berdasarkan latar belakang tersebut, penulis akan melakukan Sosialisasi Kepatuhan Pendokumenasi Asuhan Keperawatan di Ruangan IGD RSUD WELAS ASIH PROVINSI JAWA BARAT.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian permasalahan pada latar belakang diatas maka dirumuskan permasalahan sebagai berikut "Bagaimana Cara Meningkatkan

Kepatuhan Perawat Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Ruangan
IGD RSUD WELAS ASIH PROVINSI JAWA BARAT”

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Setelah melakukan penulisan karya ilmiah akhir ners ini diharapkan mahasiswa mampu menerapkan konsep dan prinsip manajemen keperawatan pada unit pelayanan kesehatan secara nyata dalam upaya peningkatan mutu pelayanan di RSUD Welas Asih Provinsi Jawa Barat.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk Meningkatkan Kepatuhan Perawat Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Ruangan IGD RSUD WELAS ASIH PROVINSI JAWA BARAT”

1.4 Manfaat

1.4.1 Bagi Rumah Sakit

1. Karya tulis ini dapat dijadikan bahan evaluasi dan mendorong peningkatan manajemen keperawatan di ruang IGD RSUD Welas Asih Provinsi Jawa Barat.
2. Memberikan kontribusi terhadap peningkatan mutu pelayanan keperawatan melalui observasi dan evaluasi manajemen keperawatan yang dilakukan oleh mahasiswa.

3. Menjalin kerja sama dan komunikasi yang baik antara institusi pendidikan dan rumah sakit sebagai lahan praktik, sehingga rumah sakit dapat berkontribusi langsung dalam pengembangan calon tenaga keperawatan yang kompeten.
4. Menjadi ajang peningkatan eksistensi rumah sakit dalam mendukung program pendidikan keperawatan secara nyata, melalui peran serta dalam pembimbingan dan pelatihan praktik manajemen.

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

1. Karya tulis ini dapat dijadikan sebagai bahan acuan peningkatan ilmu pengetahuan dalam manajemen keperawatan di Universitas Bhakti Kencana Bandung.
2. Memperkuat jejaring kerja sama antara institusi pendidikan keperawatan dan rumah sakit sebagai lahan praktik klinik yang berkesinambungan.
3. Membuktikan peran institusi pendidikan dalam mencetak tenaga perawat profesional yang tidak hanya kompeten dalam aspek klinik, tetapi juga dalam aspek manajerial.

1.4.3 Bagi Mahasiswa

1. Karya tulis ini dapat membuat mahasiswa mengerti dan memahami penerapan atau aplikasi asuhan keperawatan professional di dalam rumah sakit.
2. Memberikan pengalaman langsung dalam menerapkan ilmu manajemen keperawatan yang telah diperoleh di bangku kuliah ke dalam praktik nyata di lapangan.
3. Meningkatkan kemampuan manajerial dalam mengelola unit pelayanan keperawatan, termasuk dalam aspek perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, dan pengawasan.
4. Menumbuhkan sikap profesionalisme, tanggung jawab, kerja tim, komunikasi, dan kepemimpinan yang merupakan bagian penting dari peran perawat manajer.
5. Menambah wawasan dan keterampilan dalam menyusun perencanaan keperawatan ruangan, pengelolaan SDM keperawatan, dan pemecahan masalah keperawatan berbasis data nyata.
6. Menjadi bekal penting dalam mempersiapkan diri menghadapi dunia kerja, terutama dalam posisi manajerial atau supervisi keperawatan di masa mendatang.