

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Rumah sakit merupakan institusi kesehatan bagi masyarakat yang memiliki karakteristik khusus, yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu kesehatan perkembangan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat, serta harus dapat meningkatkan pelayanan yang lebih berkualitas dan terjangkau bagi masyarakat untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Depkes, 2012). Mode keperawatan profesional di rumah sakit direkomendasikan dalam bentuk proses keperawatan. Menurut Setiadi (2012, p.2) proses keperawatan adalah suatu metode ilmiah yang sistematis dan terorganisir dalam merawat klien. alur proses keperawatan direncanakan dan difokuskan langkah demi langkah dalam urutan tertentu dengan menggunakan pendekatan ilmiah, serta berfokus pada reaksi manusia agar memperoleh wawasan tentang status kesehatan klien. Sehubungan setiap pelaksanaan asuhan keperawatan, staf perawat akan selalu mendokumentasikan pelayanan yang diberikan atau sering disebut dokumentasi keperawatan, tahap pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi (Nurseto, *et al* 2014)

Salah satu standar pelayanan di bidang informasi rumah sakit adalah rekam medis. Informasi kesehatan merupakan bagian penting dari perawatan pasien serta dapat menggambarkan kualitas pelayanan yang diberikan. Informasi kesehatan berkualitas tinggi ketika diselesaikan secara lengkap.

Permenkes N0.269/Menkes/Per III/2008, rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen, termasuk identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan, prosedur serta pelayanan yang telah diberikan kepada pasien (Kemenkes RI, 2008). RM *record* adalah prosedur yang ditulis oleh dokter dan perawat mengenai tindakan-tindakan yang dilakukan kepada pasien sebagai bagian dari pelayanan kesehatan, mereka sangat penting karena informasi yang lengkap dapat menginformasikan keputusan tentang tindakan selanjutnya.(Rusdianawati *et all*, 2021)

Asesmen awal terhadap pasien, baik rawat jalan maupun rawat inap, sangat penting dalam menentukan kebutuhan pasien dan untuk memulai proses pelayanan. Formulir Asesmen Medis dan Formulir Asesmen Keperawatan akan tersedia di dalam RM, sesuai dengan peraturan SNARS asesmen pasien (AP) elemen AP 1 dan AP 1.1 yang menentukan jenis, isi, pelaksanaan dan bukti asesmen. Kegiatan asesmen tersebut untuk mengambil keputusan tentang kebutuhan asuhan, pengobatan yang harus segera diberikan, dan pengobatan lanjutan (KARS, 2017).

Dokumentasian keperawatan penting bagi perawat dalam hal berpikir kritis, pengetahuan profesional dan pendidikan keperawatan. Pendokumentasian tindakan keperawatan sebagai sarana komunikasi antar tenaga kesehatan dan sebagai bukti bahwa pasien dirawat dengan tindakan keperawatan (Muinga, 2021). Pentingnya dokumentasi keperawatan dapat meningkatkan tanggung jawab petugas kesehatan dengan cepat menilai kritis pasien, mengurangi angka kematian pasien dan mencegah risiko cedera pasien dan meningkatkan keselamatan pasien

dipelayanan kesehatan secara tertulis, lengkap dan informasi yang jelas (Kurniawan, 2019). Kelengkapan pendokumentasian keperawatan sebagai bukti tertulis kepada perawat jika pasien melaporkan ketidakpuasan terhadap pelayanan asuhan keperawatan (Fatmawati, 2019).

Pendokumentasian pengkajian keperawatan dianggap lengkap bila pengkajian awal meliputi data subjektif dan objektif lengkap, didokumentasikan dalam laporan perkembangan pasien dan berlanjut sampai pasien rawat inap dan ditandatangani oleh perawat (Juniarti, 2020). Pengkajian tersebut menentukan diagnosa keperawatan yang dilakukan kepada pasien sejak masuk rumah sakit sampai keluar, tentunya sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit. Dibutuhkan dokter, perawat, teknisi lab dan apoteker. Penilaian akan dilakukan oleh profesional kesehatan yang berkualitas. Harapan kerja seorang perawat dinyatakan dalam kemampuan bekerja secara kolaboratif dengan perawat dan staf teknis. Perawat dianggap profesional yang perlu memantau dan meningkatkan pelayanan (Fernandes et al., 2018)

Pendokumentasian diagnosis keperawatan menggambarkan kemampuan perawat untuk membandingkan dan menganalisis data yang akurat. Perawat sebagai tenaga medis profesional dalam memberikan pelayanan asuhan keperawatan yang berkualitas dengan acuan PES (*Problem. Etiology, symtomp*). Kelengkapan pendokumentasian keperawatan berguna bagi perawat dalam menyampaikan informasi dan tujuan asuhan keperawatan kepada pasien (Fitriani, 2020). Pedoman diagnosa keperawatan menggunakan *North America Nursing Diagnosis Association International* (NANDA-I) (shigemi, 2018).

Pendokumentasian rencana perawatan berdasarkan pengetahuan perawat sebelum memberikan intervensi sesuai prioritas keluhan dan kondisi kesehatan pasien serta perubahannya. Perawat harus berfikir cerdas dan kritis serta memiliki kemampuan dalam memberikan asuhan keperawatan (Juniarti, 2020). Pedoman keberhasilan asuhan keperawatan menggunakan *Nursing Outcome Classification* (NOC) dan *Nursing Intervention Classification* (NIC). Untuk pasien Perawatan terkait pemberian obat-obatan, penilaian tanda vital, edukasi dan pendidikan pasien dan keluarga. Untuk perawat, keseluruhan kepemimpinan tim keperawatan secara keseluruhan dalam penyediaan bahan, peralatan, dan penilaian perawatan patut diperhatikan bahkan ketika tindakan kritis ini untuk perawatan tidak dilakukan. Itulah mengapa komitmen tim untuk memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas sesuai dengan kebutuhan spesifik setiap pasien secara tepat waktu menjadi penting (Dutra, Salles and Guirardello, 2019).

Menurut (Hovenga, 2020) Pendokumentasian tindakan keperawatan dan evaluasi kerja keperawatan memerlukan informasi keterampilan tindakan keperawatan, prosedur tindakan dan penyediaan informasi kesehatan pasien. Pendokumentasian evaluasi keperawatan sebagai pencapaian hasil yang diinginkan terpenuhi, sebagian terpenuhi (stabil, sedikit perubahan) atau memburuknya kondisi pasien. Perawat memberikan asuhan keperawatan sesuai standar pendokumentasian keperawatan kepada pasien dengan masalah kesehatan yang dialaminya. Langkah-langkah ini secara konsisten digunakan dalam membuat keputusan perawatan dan menilai tingkat keberhasilan implementasi keperawatan dengan mengidentifikasi aktivitas pasien.

Pendokumentasian keperawatan yang buruk dapat menghambat komunikasi asuhan keperawatan, berdampak negatif terhadap keselamatan pasien dan kualitas pelayanan terhadap proses asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien (Ferreira, 2020). Jika dokumentasi yang tidak lengkap tidak diperhatikan, hal ini berdampak negatif pada pasien maupun perawat itu sendiri. Diantara dampak buruk bagi pasien adalah proses penyembuhan pasien menjadi sulit karena informasi tidak lengkap, oleh karena itu jika pasien dikemudian hari masuk rumah sakit lagi sulit untuk menggali riwayat pengobatan sebelumnya serta hari rawat pasien akan semakin lama. Sebaliknya bagi perawat, implikasi buruknya adalah jika terjadi sesuatu pada pasien dan masuk ke tahap hukum status yang tidak lengkap maka dapat berakibat fatal bagi perawat itu sendiri (Yulinda, 2021).

Beberapa penelitian melakukan penelitian mengenai kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan dan kepatuhan pengisian assesmen awal medis dan keperawatan lengkap dan tidak lengkap. Dalam penelitian ini fokus mengkaji kelengkapan pengisian dokumentasi assesmen awal medis dan keperawatan rawat inap.

Penelitian Umar (2021) mendeskripsikan kelengkapan dokumentasi keperawatan di ruang rawat inap rumah sakit umum daerah otanaha kota Gorontalo menunjukkan dalam kategori tidak lengkap terbanyak (99.0%) adalah mengkaji keluhan menyertai dan terkecil (87.0%) adalah pengkajian fisik. Penegakkan diagnosa keperawatan oleh perawat terbanyak (45.0%) adalah nyeri dan terkecil (4%) adalah gangguan perfusi jaringan. Diagnosa keperawatan tidak

lengkap terbanyak (99.0%) adalah Diagnosa keperawatan mencerminkan PE/PES dan terkecil (63.0%) adalah diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan. Perencanaan keperawatan terbanyak (95.0%) adalah rumusan tujuan pasien/subjek, perubahan perilaku, kondisi pasien dan terkecil (66.0%) adalah disusun menurut prioritas. Implementasi keperawatan terbanyak (85.0%) adalah respon klien terhadap tindakan keperawatan, dan terkecil (63.0%) adalah tindakan dilaksanakan sesuai rencana keperawatan. Evaluasi keperawatan terbanyak (98.0%) adalah data objektif dan terkecil (63.0%) adalah *assessment*.

Penelitian Islami Rusdianawati,dkk (2021) hasil penelitian Evaluasi Kepatuhan Asesmen Awal Medis dan awal Keperawatan menunjukkan bahwa Variabel asesmen medis memiliki kepatuhan rendah/kurang ($< 60\%$) hasilnya adalah : (1) riwayat penyakit sebelumnya (30,35%), (2) riwayat pengobatan (9,50%), (3) pemeriksaan khusus (5,16%), (4) pemeriksaan penunjang (44,89%), (5) diagnosis banding (29,92%), dan (6) rencana pulang (38,15%). Variabel asesmen keperawatan yang rendah/kurang baik kepatuhannya: (1) riwayat penyakit dahulu (34,57%), (2) riwayat penyakit keluarga (28,39%), (3) keadaan umum (rata-rata 43,67%), (4) kesadaran (43,50%), dan (5) status psikologi (57,72%). Hasil menunjukkan bahwa yang berpengaruh terhadap kepatuhan melengkapi asesmen adalah faktor sumber daya manusia (SDM), material, regulasi, dan kepemimpinan.

Penelitian Yohana (2017) mengenai gambaran pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di ruangan fransiskus rumah sakit santa elisabeth medan tahun 2017 menunjukkan bahwa pelaksanaan pengkajian dokumentasi asuhan

keperawatan di Ruangan Fransiskus Rumah Sakit Santa Elisabeth Medan tahun 2017 dalam aspek masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan 84,1%, pelaksanaan dokumentasi diagnosa dalam aspek merumuskan diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan sebanyak 97%, pelaksanaan dokumentasi perencanaan dalam aspek rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien/keluarga 80%, pelaksanaan dokumentasi implementasi dalam aspek tindakan dilaksanakan mengacu pada rencana keperawatan sebanyak 86%, pelaksanaan dokumentasi evaluasi dalam aspek evaluasi mengacu pada tujuan sebanyak 95%. Kelengkapan dokumentasi pengkajian 91%, diagnosa 90%, perencanaan 86%, implementasi 85%, dan evaluasi 87%.

Rumah Sakit Umum Pindad Bandung merupakan rumah sakit umum Tipe C yang sudah terakreditasi paripurna oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS) serta rumah sakit PPK II sebagai rumah sakit rujukan, Rawat inap RSU Pindad terdapat 101 tempat tidur. Data pencapaian SPM dan Indikator Mutu RSU Pindad tahun 2022 untuk kelengkapan pengisian rekam medik 24 jam setelah selesai pelayanan bulan januari s.d juni 2022 33 % dengan standar 100%, kelengkapan assesmen awal medis dan keperawatan rawat inap terisi lengkap 1x24 jam bulan januari s.d juni 2022 74 % dengan standar 100%, kelengkapan assesmen awal medis dan keperawatan rawat inap bulan September 2022 32 % dengan standar 100%. Kelengkapan pengisian asesmen awal medis dan keperawatan di rawat inap dan rawat jalan terjadi perbedaan hasil presentase, di

rawat inap data bulan September 32% sedangkan di rawat jalan 100 % data diambil dari laporan standar pelayanan minimal rekam medis tahun 2022.

Studi pendahuluan yang penulis lakukan di ruang penyakit dalam rawat inap RSUD Pindad Bandung karena ketidaklengkapan pengisian assesmen awal medis dan keperawatan paling banyak di ruang penyakit dalam, pada tanggal 14 Oktober 2022, jumlah assesmen awal medis dan keperawatan 60 buah di observasi, dan hasil observasi 48 pengisian tidak lengkap dan 12 buah lengkap. Assesmen awal medis dan keperawatan tidak lengkap dapat dilihat dari pengisian materi dalam formulir assesmen tidak diisi lengkap semua poin yang ada didalamnya. Dengan banyaknya dokumen assesmen awal medis dan keperawatan tidak lengkap masalah yang muncul adalah presentase standar pelayanan minimal tentang assesmen awal tidak mencapai standar 100 %, sehingga berdampak pada pelaporan standar pelayanan minimal ke dinas kesehatan, selain itu masalah yang muncul juga yaitu masalah pasien tidak terkaji secara keseluruhan pada saat pasien masuk rawat inap sehingga berdampak pada kepulangan pasien tertunda karena pasien belum dikonsulkan ke bagian gizi. Dampak yang terjadi juga dengan ketidaklengkapan pengisian assesmen awal medis keperawatan di Rumah Sakit Umum Pindad adalah pengkajian yang tidak lengkap di awal menyebabkan tidak maksimalnya pelayanan dan asuhan yang diberikan kepada pasien, resiko terjadinya insiden keselamatan pasien. Berdasarkan fenomena diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang gambaran kelengkapan dokumentasi assesmen awal medis dan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Pindad Bandung

1.2. **Rumusan Masalah**

Bagaimana gambaran kelengkapan dokumentasi assesmen awal medis dan keperawatan di ruang penyakit dalam rawat inap RSUD Pindad Bandung ?

1.3. **Tujuan Penelitian**

Untuk mengetahui bagaimana gambaran kelengkapan dokumentasi assesmen awal medis dan keperawatan di ruang penyakit dalam rawat inap RSUD Pindad Bandung.

1.4. **Manfaat Penelitian**

1.4.1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan ilmu pengetahuan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan khususnya assesmen awal medis dan keperawatan.

1.4.2. Manfaat Praktis

1. Manfaat untuk Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai sumber informasi dan bahan pertimbangan peningkatan kualitas dokumentasi assesmen awal medis dan Keperawatan rawat inap khususnya dan dokumentasi asuhan keperawatan secara umum.

2. Manfaat untuk perawat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan oleh perawat dalam pelaksanaan dokumentasi assesmen awal rawat inap sehingga dapat

melakukan pendokumentasian yang sistematis, lengkap dan akurat, sehingga pelaporan yang dimiliki perawat dalam catatan keperawatan bermanfaat untuk kepentingan klien, masyarakat dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan.

3. Manfaat untuk Institusi pendidikan

Hasil penelitian ini dapat memacu institusi pendidikan keperawatan memunculkan penelitian baru yang dapat mendukung dan menguatkan hasil penelitian-penelitian sebelumnya. Institusi pendidikan juga dapat menekankan bahwa kelengkapan dokumentasi assesmen awal keperawatan sebagai suatu bukti pelaksanaan asuhan keperawatan.

4. Manfaat untuk peneliti berikutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi wawasan keilmuan tentang dokumentasi asuhan keperawatan.

1.5. Ruang Lingkup Penelitian

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini adalah Penelitian ini merupakan studi deskriptif kuantitatif dengan pendekatan observasional terhadap dokumen rekam medis yang dilakukan dengan tujuan untuk membuat gambaran tentang suatu keadaan secara obyektif terhadap kelengkapan dokumentasi assesmen awal medis dan Keperawatan rawat inap di ruang penyakit dalam RSUD Pindad Bandung. Metode penelitian *cross-sectional survei* yaitu data hanya dikumpulkan untuk waktu tertentu saja dengan tujuan menggambarkan kondisi populasi. Populasi penelitiannya adalah 119 rekam

medis ruang penyakit dalam. Observasi pengisian kelengkapan dokumentasi assesmen awal rawat inap akan dilakukan pada bulan Februari 2023.