

# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Keperawatan gawat darurat merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kegawatdaruratan dalam upaya penyelamatan jiwa serta mengurangi kecacatan dan kesakitan (Kemenkes RI, 2018). Pelayanan keperawatan gawat darurat memiliki karakteristik harus dapat dilakukan secara cepat dan tepat. Perawat di instalasi gawat darurat (IGD) dituntut memiliki kemampuan teknis dan pemikiran yang kritis dalam melayani pasien ditengah situasi lingkungan yang kompleks. Sebagai penyedia layanan pertolongan 24 jam, perawat dituntut memberikan pelayanan yang cepat, tepat, dan cermat dengan tujuan mendapatkan kesembuhan tanpa kecacatan. Oleh karena itu, perawat perlu membekali dirinya dengan pengetahuan yang berhubungan dengan asuhan keperawatan kegawat daruratan. (Maryuani. 2018).

Perawat selain harus memiliki pengetahuan tentang asuhan keperawatan kegawat daruratan, perawat juga harus mampu menunjukkan pelayanan yang diberikan melalui dokumentasi keperawatan yang dituangkan ke dalam format pencatatan rekam medis (Okaisu et al., 2018). Dokumentasi keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan yang berguna untuk kepentingan pasien, perawat, dan tim kesehatan sekaligus sebagai bukti legal pelayanan kepada pasien (Urquhart et al., 2017; Hutahean, 2018).

Dokumentasi keperawatan harus berisi informasi yang faktual, akurat, ringkas, jelas, dan lengkap (Griffith, 2017). Dokumentasi keperawatan merupakan komponen penting dalam pelayanan pasien secara keseluruhan disamping untuk memenuhi standar akreditasi rumah sakit. Dokumentasi keperawatan digunakan sebagai panduan utama dalam upaya peningkatan pelayanan keperawatan (Alkouri et al., 2017). Perawat dapat berkomunikasi dengan sesama perawat

dan profesi lain tentang kondisi pasien, intervensi, dan hasil intervensi yang telah dilakukan melalui dokumentasi (Jefferies et al., 2017). Dokumentasi keperawatan menjadi instrumen penting untuk menjamin pelayanan kepada pasien dapat dilakukan secara berkesinambungan (Wahab & Elsayed, 2018).

Dokumentasi keperawatan yang berkualitas dan berkesinambungan akan memberikan jaminan keselamatan pasien (Hoseinpoufard et al., 2018). Dokumentasi yang tidak lengkap dapat menghambat upaya untuk memberikan perawatan yang berfokus pada pasien (Broderick & Coffrey, 2018). *National Patient Safety Agency* (2017) menyatakan bahwa dokumentasi yang buruk merupakan faktor yang berkontribusi terhadap kegagalan untuk mendeteksi penurunan kondisi klinis pasien.

*Australian Commission on Safety and Quality in Healthcare* mengidentifikasi bahwa 13% dari kegagalan penanganan klinis berasal dari kesalahan dan kekurangan dokumentasi pasien (Jefferies et al., 2017). Pencatatan yang tidak jelas dan membingungkan dapat meningkatkan kematian pasien akibat kesalahan dalam penanganan, termasuk pemberian obat (Griffith, 2017). Collins et al. (2018) menambahkan bahwa dokumentasi keperawatan dapat digunakan sebagai sarana untuk memprediksi kematian pasien.

Dokumentasi keperawatan gawat darurat menjadi tanggung jawab perawat di IGD (Kemenkes RI, 2018). Perawat bertanggung jawab untuk menjaga keakuratan dokumentasi terhadap perawatan yang diberikan, dan bertanggung gugat apabila informasi dalam dokumen tidak lengkap atau tidak akurat (Prideaux, 2018). Dokumentasi yang tidak menggambarkan perawatan pasien dengan adekuat dapat menurunkan kredibilitas perawat (Austin, 2017). Pelaksanaan dokumentasi keperawatan masih menjadi tantangan bagi perawat IGD (Nakate et al., 2017). Penelitian di Mesir yang dilakukan oleh Hoseinpoufard et al. (2017) menemukan bahwa dokumentasi yang memenuhi standar pengukuran dengan kategori baik baru mencapai 50,2%, kategori sedang 26,4%, dan tidak memenuhi standar sebanyak 23,4%. Penelitian lain

yang dilakukan di Swedia oleh Tornvall & Wilhelmsson (2018) menjelaskan bahwa pemanfaatan dokumentasi keperawatan oleh petugas kesehatan lain masih rendah karena sulit untuk mendapatkan informasi penting akibat banyaknya catatan yang dibuat perawat.

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, 2018). 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, 2018). Kelengkapan dokumentasi keperawatan hanya 63%, yang terdiri dari kelengkapan pengkajian hanya 53%, diagnosa dan perencanaan keperawatan 61%, serta implementasi dan evaluasi adalah 75% (Purwanti, 2017).

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, 2017; Iyer, et al., 2017; Weaver, 2017).

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., 2018). 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, 2018). Peningkatan beban kerja dan rendahnya rasio perawat dan pasien menjadi alasan perawat memprioritaskan dokumentasi keperawatan di bagian paling akhir (Geyer, 2018).

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, 2018).

Penelitian terhadap faktor yang mempengaruhi pendokumentasian asuhan keperawatan di Swedia pernah dilakukan oleh Ehrenberg (2017), 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, 2017).

Mastini (2017) 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 (2018) 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. (2018), menemukan bahwa perawat tampak terbiasa dengan mengungkapkan tindakan mereka secara abstrak yang mana disebabkan oleh kurangnya perencanaan perawatan dan format dokumentasi oleh manajemen. Turnkvist et al (2018) dalam studinya didapatkan, perawat mengakui kurangnya pengetahuan tentang bagaimana mengekspresikan pemahaman mereka tentang kebutuhan pasien.

Sebuah studi mengungkap 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., 2017). Studi lain menjelaskan perawat menghabiskan 25–44 menit per shift hanya untuk pendokumentasian (Murphy et al., 2017), 15–20% (Moody et al., 2017), 25--50% yang setara dengan 15–240 menit (Martin et al., 2017), dan perawat menghabiskan rata–rata 38% dari waktu mereka hanya untuk berkomunikasi melalui dokumentasi (Currell et al., 2017).

Studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti untuk melihat kelengkapan atau kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di IGD Rumah Sakit Bhayangkara

Tingkat I Pusdokkes Polri 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 Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Pusdokkes Polri 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 Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Pusdokkes Polri 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 latar belakang diatas peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang **“Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat Tentang Asuhan Keperawatan Kegawatdaruratan dengan Kualitas Dokumentasi di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Pusdokkes Polri”**.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Dokumentasi keperawatan merupakan komponen penting dalam pelayanan pasien secara keseluruhan disamping untuk memenuhi standar akreditasi rumah sakit. Dokumentasi keperawatan digunakan sebagai panduan utama dalam upaya peningkatan pelayanan keperawatan. Dokumentasi keperawatan yang berkualitas dan berkesinambungan akan memberikan jaminan keselamatan pasien. Dokumentasi yang tidak lengkap dapat menghambat upaya untuk memberikan perawatan yang berfokus pada pasien. Dokumentasi yang buruk merupakan faktor yang berkontribusi terhadap kegagalan untuk mendeteksi penurunan kondisi klinis pasien. Oleh karena itu, perawat selain harus memiliki pengetahuan tentang asuhan keperawatan kegawat darurat, perawat juga

harus mampu menunjukkan pelayanan yang diberikan melalui dokumentasi keperawatan yang dituangkan ke dalam format pencatatan rekam medis, sehingga akan tercipta pelayanan asuhan keperawatan yang baik dan dapat memberikan jaminan keselamatan pasien. Dengan adanya latar belakang tersebut rumusan masalah dalam penelitian ini adalah adakah hubungan antara tingkat pengetahuan perawat tentang asuhan keperawatan kegawatdaruratan dengan kualitas dokumentasi di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Puskokkes Polri?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### **1.3.1 Tujuan Umum**

Untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang asuhan keperawatan kegawatdaruratan dengan kualitas dokumentasi di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Puskokkes Polri.

#### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- 1) Mengidentifikasi gambaran pengetahuan perawat tentang dokumentasi asuhan keperawatan kegawatdaruratan di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Puskokkes Polri
- 2) Mengidentifikasi gambaran kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Puskokkes Polri
- 3) Menganalisis hubungan tingkat pengetahuan perawat tentang dokumentasi asuhan keperawatan kegawatdaruratan dengan kualitas dokumentasi di Rumah Sakit Bhayangkara Tingkat I Puskokkes Polri

### **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**

- 1) Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini di harapkan dapat menjadi masukan bagi instutisi keperawatan dalam mengatasi hal-hal yang menjadi penghambat dalam melakukan dokumentasi keperawatan serta mencari solusi untuk mempermudah dalam pendokumentasian asuhan keperawatan khususnya perawat IGD.

2) Bagi institusi pendidikan

Sebagai sumber informasi dan bahan bacaan serta dapat menambah informasi dan bahan masukan untuk mahasiswa/I keperawatan dalam membuat pendokumentasi asuhan keperawatan khususnya askep kegawatdaruratan secara lengkap

3) Bagi peneliti

Sebagai bahan masukan untuk dilakukan penelitian lanjutan yang berkaitan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan