

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah sakit merupakan salah satu institusi pelayanan kesehatan yang dibentuk untuk memenuhi tuntutan kebutuhan masyarakat yang semakin kompleks karena masyarakat mulai menyadari arti pentingnya kesehatan. Hal tersebut menuntut rumah sakit untuk memberikan pelayanan yang maksimal kepada masyarakat (Sulistyawati & Haryuni, 2019). Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya (Sembiring et al., 2024).

Dokumentasi keperawatan merupakan alat pembuktian atas tanggung jawab dan tanggung gugat dari tindakan perawat (Nellisa et al., 2022). Dokumentasi keperawatan merupakan dokumen legal untuk menilai kinerja perawat dan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien (Limbong et al., 2024). Pendokumentasian merupakan sarana komunikasi antar petugas kesehatan dalam rangka pemulihan kesehatan pasien (Nadia, 2023). Dokumentasi merupakan sarana komunikasi afektif antar profesi kesehatan yang bertujuan mencegah kesalahan informasi, mencegah informasi berulang dan memberikan kesinambungan pelayanan kepada pasien (Afriyanti, 2023).

Ketidaklengkapan sebuah dokumentasi berdampak terhadap kualitas mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien (Nellisa et al., 2022). Kelengkapan pengisian dokumentasi keperawatan merupakan aspek penting untuk institusi rumah sakit sebagai penentu kualitas dokumentasi perawat, yang secara langsung berimplikasi pada sistematisasi mutu pelayanan keperawatan (Silva Júnior et al., 2022). Upaya peningkatan kepatuhan pengisian dokumentasi keperawatan sangat diperlukan, seperti pelaksanaan audit, evaluasi, pemberian umpan balik kepada individu perawat bersamaan dengan pemberian motivasi (Bunting & de Klerk, 2022).

Beberapa penelitian telah membuktikan bahwa apabila pelaksanaan dokumentasi keperawatan tidak dilakukan secara lengkap dan akurat, akan berdampak pada penurunan kualitas asuhan, berisiko tinggi terhadap kesalahan tindakan keperawatan yang dapat mengancam kesehatan dan keselamatan pasien (Kori Limbong, Dominggos Gonsalves, 2024). Dokumentasi keperawatan yang tidak lengkap menyebabkan terjadinya *medical error* yang mengancam keselamatan pasien (Sholihin et al., 2020). Semakin buruk dokumentasi maka akan semakin buruk kualitas pelayanan sebaliknya semakin baik kualitas dokumentasi maka semakin baik kualitas dokumentasi keperawatan (Hankey, 2023).

Penelitian Gurung (2022) yang dilakukan di Nepal menunjukkan hasil dokumentasi yang sangat buruk di mana dokumentasi lengkap hanya 5%, pemeriksaan fisik tidak didokumentasikan di 79%, diagnosa keperawatan hanya lengkap 8%, tujuan jangka panjang dan jangka pendek tidak didokumentasikan

86% dan 93%, rekam medis tidak mendokumentasikan hasil yang diharapkan 81,9%, catatan tidak memiliki dokumentasi pelaksanaannya 88,7%. Hal ini disebabkan kurangnya pengetahuan, motivasi perawat serta standar operasional dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan. Penelitian Jasem (2024) di Iraq juga didapatkan data mengenai dokumentasi keperawatan masih rendah (35%). Penelitian Abd-ElMohsen (2024) di Saudi Arabia menunjukkan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan sebesar (40%).

Penelitian Jaya et al., (2019) yang dilakukan di Buton Utara menerangkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan yang dilakukan perawat, berkategori baik hanya 33%, sedangkan penelitian Masamah et al., (2023) yang dilakukan di Jakarta juga menunjukkan bahwa pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di tiap ruangan masih belum optimal dengan rerata berada pada rentang 66% - 81%. Hal ini tentu belum sesuai dengan target capaian yang ditetapkan Kemenkes RI yaitu minimal 90%. Sedangkan dalam penelitian Wulanningsih (2024) yang dilakukan di rumah sakit AZRA Jakarta dokumentasi keperawatan yang lengkap sebanyak 26,1%, dan yang tidak lengkap 73,9%, kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan yang rendah berpengaruh terhadap kualitas asuhan.

Hasil penelitian Ramadhani (2024) di Aceh menunjukkan bahwa pada 143 responden sebagian besar tidak patuh yaitu sebanyak 139 responden (97,2%). Hal ini bermakna hanya sebagian kecil responden yang mengisi dokumentasi asuhan keperawatan dengan lengkap. Hal ini sesuai dengan penelitian Rusmianingsih, (2023) di RS KMC Kuningan yang mana sebanyak

(81,1%) responden tidak lengkap dalam melakukan pendokumentasian. Selanjutnya, hasil penelitian yang serupa pada penelitian Oktavia, Carolina dan Frisilia (2024) menunjukkan (51%) dari 57 perawat tidak lengkap dalam mengisi dokumentasi asuhan keperawatan. Penelitian Nadia, (2023) yang dilakukan di rumah sakit RSI Ibnu Sina Padang didapatkan bahwa lebih dari setengah (53,3%) kualitas dokumentasi asuhan keperawatan dalam kategori tidak baik. Penelitian Fatmawati (2024) yang dilakukan di RSUP Dr. M. Djamil Padang menunjukkan hasil bahwa kualitas dokumentasi keperawatan yang baik (38,7%) dan kualitas dokumentasi keperawatan yang buruk (61,3%) dengan angka pelaksanaan supervisi yang belum optimal sebesar (68,9%).

Salah satu cara yang dapat dilakukan dalam pengoptimalan dokumentasi asuhan keperawatan adalah dengan supervisi. Hal ini sejalan dengan penelitian Nurbaeti (2023) terdapat peningkatan persentase kesesuaian diagnosa keperawatan pertama dengan data subjektif dan objektif dari 43,4% menjadi 82,6%, dan pada diagnosa yang kedua dari 52,1% menjadi 95,65%, hal ini terjadi setelah dilakukan penerapan supervisi berjenjang di tiga ruangan rawat inap dengan optimal yang dilakukan oleh manajer keperawatan.

Perawat yang menjadi responden mengatakan supervisi bermanfaat, dan dapat memberi *support* terhadap kelangsungan pendokumentasian asuhan keperawatan yang berkesinambungan. Bentuk supervisi yang dilaksanakan dapat secara langsung bersama dengan perawat pelaksana dengan sebelumnya melakukan kontrak waktu dan tempat, bisa juga supervisi tidak langsung dengan melihat pendokumentasian staff perawat dalam EMR nya. Pelaksanaan

supervisi diatur sebagai sebuah pembelajaran yang baik dan kondusif sehingga tidak menimbulkan kekhawatiran dan ketidaknyamanan bagi perawat pelaksana (Teresa et al., 2021).

Penelitian Nadia (2023) didapatkan data bahwa pelaksanaan supervisi tentang pendokumentasian asuhan keperawatan baik sebanyak (55,6%) yang mana pelaksanaan supervisi perlu dilakukan secara berkala agar dapat memacu perawat untuk bekerja lebih baik. Supervisi dapat ditingkatkan lagi dari jadwal dan standarnya, serta melakukan supervisi dengan benar untuk meningkatkan kualitas dokumentasi menjadi lebih baik. Sejalan dengan penelitian lain yang didapatkan data bahwa sebanyak (29,7%) perawat mengatakan supervisi klinis yang dilaksanakan kurang efektif, sehingga membutuhkan metode lain dalam peningkatan dokumentasi asuhan keperawatan (Afriyanti et al., 2024).

Suatu program inovasi yakni dengan adanya formulir supervisi yang mengalami perubahan bentuk menjadi form digital yang diberi nama *Tele-Supervisi* dapat memudahkan kepala ruangan dalam pengisian serta menghitung hasil dari indikator proses keperawatan yang kurang optimal dalam pendokumentasiannya. Penelitian yang dilakukan oleh Alfisah (2022) didapatkan dari hasil uji coba *tele-supervisi* dilanjutkan dengan evaluasi dengan membagikan kuesioner evaluasi dan didapatkan hasil bahwa kepala ruangan menganggap bahwa formulir supervisi yang di uji cobakan memiliki kemudahan dalam pengisiannya. Inovasi yang telah diterapkan yaitu uji coba *Tele-Supervisi* terbukti mampu meningkatkan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan. Program inovasi *Tele-Supervisi* dengan pendekatan digital

dapat diterima dan diterapkan oleh semua kepala ruangan. *Tele-Supervisi* dapat memudahkan kepala ruangan dan ketua tim serta kepala bidang keperawatan dan memiliki peranan penting dalam menilai kegiatan supervisi yang telah dilakukan di unit terkait untuk meningkatkan kualitas dari asuhan yang diberikan. Hasil penelitian Sari (2022) menunjukkan peningkatan rata-rata 1,75 setelah penerapan metode evaluasi berbasis elektronik (*G-Spreadsheet*). Artinya terdapat pengaruh metode evaluasi berbasis Elektronik (*G-Spreadsheet*) terhadap kelengkapan dokumentasi keperawatan.

Adapun supervisi keperawatan yang dapat dilaksanakan adalah penggunaan *platform*. Melalui *telesupervision*, supervisi klinis yang biasanya dilakukan *face to face* tetap dapat dijalankan dengan menggunakan *videocall* oleh *supervisor* pada saat *supervisee* melakukan tindakan keperawatan. Perubahan cara supervisi dari *face to face* menjadi *online supervision* tentu ditemukan banyak perbedaan, manfaat dan konsekuensinya (Nur, 2021).

Data-data diatas menunjukkan permasalahan pada pendokumentasian asuhan keperawatan yang menyebabkan kualitas asuhan menurun. Untuk itu peneliti tertarik melihat dan mencari solusi dari ketidaklengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan. Kelengkapan dalam dokumentasi asuhan keperawatan merujuk pada pentingnya semua informasi yang relevan dan diperlukan tentang pasien telah dicatat dengan lengkap, akurat, dan tepat waktu dalam catatan keperawatan. Kelengkapan ini mencakup berbagai aspek, termasuk informasi identitas pasien, informasi medis, intervensi keperawatan yang dilakukan, respons pasien terhadap perawatan, serta komunikasi dan

kolaborasi antarprofesional (Tandi, 2020). Kelengkapan dalam dokumentasi asuhan keperawatan sangat penting untuk memastikan kontinuitas perawatan, koordinasi antarprofesional, evaluasi kualitas pelayanan, serta kepatuhan terhadap standar dan regulasi yang berlaku dalam praktik keperawatan (Daryana, 2024).

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara kepada kepala ruangan bedah pria (CP) RSUP Dr. M. Djamil Padang mengenai pendokumentasian asuhan keperawatan didapatkan bahwa perawat telah melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan namun masih belum optimal dalam pengisiannya, perawat hanya menyalin keadaan pasien pada pendokumentasian shift sebelumnya. Belum adanya tindak lanjut terstruktur yang dilakukan kepala ruangan untuk menangani masalah tersebut. Penelitian Fatmawati (2024) yang dilakukan di RSUP Dr. M. Djamil Padang menunjukkan hasil bahwa kualitas dokumentasi keperawatan yang baik (38,7%), untuk ruangan rawat inap bedah pria (CP) setelah dilakukan pengamatan terhadap 32 dokumen didapatkan bahwa (34,4%) dokumentasi dalam kategori tidak lengkap.

Upaya yang telah dilakukan rumah sakit yaitu dengan supervisi, namun pelaksanaan supervisi dokumentasi keperawatan masih belum terlaksana secara optimal dengan angka pelaksanaan supervisi yang belum optimal sebesar (68,9%). Supervisi dilakukan secara langsung oleh supervisor kepada perawat di ruangan rawat dan disaat jam kerja. Sehingga adanya rasa terganggu pekerjaan dan adanya rasa takut saat supervisi langsung.

Berdasarkan latar belakang tersebut dan fenomena diatas belum adanya langkah lebih lanjut yang dilakukan oleh kepala ruangan terhadap ketidakefektifan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang bedah pria (CP) RSUP Dr. M. Djamil Padang maka peneliti tertarik untuk melakukan penerapan *tele-supervisi* berbasis bukti untuk pengoptimalan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang bedah pria (CP) RSUP Dr. M. Djamil Padang.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Tujuan umum dari penelitian ini adalah untuk mengetahui metode *tele-supervisi* dalam pengoptimalan dokumentasi asuhan keperawatan di rumah sakit berbasis bukti.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah melakukan *literatur review* terkait metode *tele-supervisi* dalam pengoptimalan dokumentasi asuhan keperawatan.

C. Manfaat

1. Bagi Rumah Sakit

Sebagai bahan pertimbangan bagi pihak manajemen Rumah Sakit dalam rangka meningkatkan pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan.



2. Bagi Perawat Ruangan

Manfaat penelitian ini bagi perawat adalah dapat dijadikan sebagai sarana untuk introspeksi diri dan motivasi diri dalam mengoptimalkan melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan.

3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Sebagai bahan informasi dan referensi bagi peneliti selanjutnya dalam melakukan penelitian yang berhubungan dengan penatalaksanaan pengoptimalan dokumentasi asuhan keperawatan.

