

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Permenkes 3 Tahun 2020 tentang tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit menyebutkan bahwa Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Penyelenggaraan pelayanan di rumah sakit yang profesional dan bertanggungjawab dibutuhkan dalam mendukung upaya kesehatan dalam rangkaian pembangunan kesehatan secara menyeluruh dan terpadu. Pelayanan Kesehatan yang diberikan oleh Rumah Sakit paling sedikit terdiri atas pelayanan medik dan penunjang medik, pelayanan keperawatan dan kebidanan, dan pelayanan non medik (Kemenkes RI, 2020).

Pelayanan Keperawatan di Indonesia saat ini masih dalam suatu proses profesionalisasi, yaitu terjadinya suatu perubahan dan perkembangan karakteristik sesuai tuntutan secara global dan local. Untuk mewujudkan hal tersebut maka perawat harus mampu memberikan asuhan keperawatan secara professional kepada klien. Salah satu bukti asuhan keperawatan yang professional tercermin dalam pendokumentasian proses keperawatan (Lynn & Slevin, 2006). Sebagaimana ditentukannya dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/ 1128/2022 bahwa untuk memberikan asuhan pasien yang terkoordinasi dan terintegrasi, Rumah Sakit bergantung pada informasi tentang perawatan pasien. Informasi merupakan salah satu sumber daya yang harus dikelola secara efektif oleh pimpinan Rumah Sakit. Formulir dokumentasi asuhan keperawatan sangat diperlukan tertuang dalam modul tersebut bahwa setiap pasien memiliki rekam medis yang terstandarisasi dalam format yang seragam dan selalu diperbaharui (terkini) dan diisi sesuai dengan ketentuan Rumah Sakit dalam tatacara pengisian rekam medis . Dalam menyelenggarakan Praktik Keperawatan, perawat bertugas sebagai pemberi asuhan keperawatan, penyuluh dan konselor bagi klien, pengelola

pelayanan keperawatan, peneliti keperawatan, pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan wewenang dan atau pelaksana tugas dalam keadaan keterbatasan tertentu (Undang undang No.38, 2014).

Dokumentasi Keperawatan dalam bentuk dokumen Asuhan Keperawatan merupakan salah satu alat pembuktian atas tindakan perawat selama menjalankan tugas pelayanan keperawatan. Dalam Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan dijelaskan bahwa Asuhan Keperawatan adalah rangkaian interaksi perawat dengan klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian klien dalam merawat dirinya. Perawat professional dihadapkan pada suatu tuntutan tanggung jawab yang lebih tinggi dan tanggung gugat setiap tindakan yang dilaksanakan. Artinya intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien harus dihindarkan terjadinya kesalahan-kesalahan (negligence) dengan melakukan pendekatan proses keperawatan dan pendokumentasian akurat dan benar. Dokumentasi keperawatan adalah bagian dari keseluruhan tanggung jawab perawatan pasien. Untuk memberikan asuhan pasien yang terkoordinasi dan terintegrasi, Rumah Sakit bergantung pada informasi tentang perawatan pasien. Informasi merupakan salah satu sumber daya yang harus dikelola secara efektif oleh pimpinan Rumah Sakit. Pelaksanaan Asuhan Pasien di Rumah Sakit adalah suatu proses yang kompleks yang sangat bergantung pada komunikasi dan informasi. (Standar Akreditasi Rumah Sakit 2022 halaman 143). Dokumentasi keperawatan merupakan suatu hal yang mutlak harus ada untuk perkembangan keperawatan khususnya proses profesionalisasi keperawatan serta mempertahankan keperawatan sebagai suatu profesi yang luhur dan terpadang di masyarakat. Tujuan dari dokumentasi asuhan keperawatan yaitu 1) menghindari kesalahan, tumpang tindih, dan ketidaklengkapan informasi dalam asuhan keperawatan, 2) Terbinanya koordinasi yang baik dan dinamis antara sesama atau dengan pihak lain melalui dokumentasi keperawatan yang efektif, 3) Meningkatkan efisien dan efektivitas tenaga keperawatan, 4) Terjaminnya kualitas asuhan keperawatan, 5) Tersedianya perawat dari suatu keadaan yang memerlukan penanganan secara hokum, 6)

Tersedianya data – data dalam penyelenggaraan penelitian karya ilmiah, Pendidikan dan penyusunan/penyempurnaan standar asuhan keperawatan, 7) Melindungi klien dari tindakan malpraktek (Doenges, 2012). Menurut M.As'ad Efendy tahun 2014 bahwa dokumentasi keperawatan memberikan pengaruh pada kecepatan pelayanan keperawatan, penerapan standar dokumentasi harus tetap dilaksanakan karena sebagai sarana komunikasi bagi perawat dan tanggung jawab dan sebagai bukti hukum.

Namun saat ini pelaksanaan dokumentasi keperawatan belum optimal. Di beberapa Rumah Sakit kelengkapan dokumentasi keperawatan masih belum sesuai standar Rumah Sakit. Beberapa penelitian menunjukkan kurangnya pelaksanaan dokumentasi keperawatan terjadi di seluruh dunia, yaitu dokumentasi yang tidak lengkap, tidak akurat dan tidak berkualitas. Dimana RS Jamaika dilaporkan hanya 15 sampai 25 % perawat melakukan dokumentasi keperawatan pada masing – masing shift. Begitu juga di Indonesia, Pada hasil penelitian Ananda (2018) menunjukkan bahwa dokumentasi asuhan keperawatan di RS adalah 34,56 % dan di RS Restu Kasih pada triwulan I (Januari – Maret 2021) kelengkapan rekam medis 35,6%, ketepatan isi 35,6%, ketepatan waktu 35,6% sedangkan di triwulan II (April – Juni 2021) kelengkapan rekam medis 31,1 % menurun 4,5 % ketepatan isi 31,1 % menurun 4,5 %, ketepatan waktu 31,1% menurun 4,5 %. Capaian assessment awal dari riwulan I ke triwulan II masih dibawah standar mutu Rumah Sakit yang menginginkan bahwa ketepatan rekam medis adalah 90 – 100 %.

Dokumentasi keperawatan yang tidak lengkap dapat menimbulkan berbagai masalah, diantaranya masalah tuntutan yang diberikan oleh pihak keluarga pasien dengan tidak lengkapnya bukti fisik di dokumentasi keperawatan maka dibuktikan bahwa perawat tersebut bersalah dengan perkara yang dilaporkan atau tuntutan oleh pihak keluarga pasien. (Asmadi , 2005). Hal ini sesuai dengan hasil riset Sri Rezeki (2019) bahwa dokumentasi keperawatan yang tidak lengkap menimbulkan efek tidak dapat mengidentifikasi sejauh mana tingkat keberhasilan asuhan keperawatan yang telah diberikan, dalam aspek legal perawat tidak mempunyai buku tertulis jika

klien menuntut ketidakpuasan akan pelayanan keperawatan (Nursalam, 2008; Iyer, 2001). Saat ini peraturan pengisian data RS Restu Kasih Jakarta sudah ada tetapi tidak semua tenaga medis dan perawat mengisi Rekam Medis sesuai dengan Standar Prosedur Operasional (SPO). Berdasarkan laporan tim review rekam medis didapatkan data pengembalian RM 24 jam setelah pelayanan yang terisi lengkap hanya 0,55 %.

Supervisi merupakan bagian yang penting dalam manajemen keperawatan. Pengelolaan asuhan keperawatan membutuhkan kemampuan manajer keperawatan dalam melakukan supervisi. Kepala ruangan merupakan manajer depan dan penanggung jawab ruangan harus mampu menjadi supervisor yang baik terhadap perawat pelaksana, sehingga dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan dan pada akhirnya dapat meningkatkan kinerja perawat pelaksana. Tujuan dilakukan supervisi yaitu untuk membantu perawat pelaksana dalam menyelesaikan tugas atau pekerjaan dengan baik, sehingga perawat mampu membuat perubahan yang dibutuhkan demi mencapai tujuan asuhan keperawatan yang optimal, maka perawat perlu jadwal kegiatan harian itu sendiri. Supervisi keperawatan adalah kegiatan pengawasan dan pembinaan yang dilakukan secara berkesinambungan mencakup pelayanan keperawatan, masalah ketenagaan dan peralatan agar pasien mendapat pelayanan yang bermutu (Nursalam, 2018). Supervisi dalam keperawatan bukan hanya sekedar kontrol, tetapi lebih dari itu. Kegiatan supervisi mencakup penentuan kondisi-kondisi atau syarat-syarat personal maupun material yang diperlukan untuk tercapainya tujuan asuhan keperawatan secara efektif dan efisien. Supervisi memiliki pengaruh besar dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Peran dari fungsi pengarahan kepala ruang memiliki hubungan yang positif dalam kepatuhan perawat (Marquis & Huston, 2016). Supervisi dapat menaikkan kelengkapan pendokumentasian asuhan. Jadi dalam pendokumentasian keperawatan, sangat dibutuhkan peran kepala ruang (atasan) dalam mementau atau melakukan supervise atas kinerja anggotanya, supervise adalah proses pengawasan terhadap pelaksanaan kegiatan untuk memastikan apakah kegiatan tersebut berjalan sesuai tujuan organisasi dan standar yang telah

ditetapkan. Supervisi dilakukan oleh orang yang memiliki kemampuan yang cakap dalam bidang yang disupervisi.

Supervisi biasanya dilakukan oleh atasan terhadap bawahan atau konsultan terhadap pelaksana. Manajer keperawatan atau kepala ruang memiliki tanggungjawab dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang efektif serta aman kepada sejumlah pasien dan memberikan kesejahteraan fisik, emosional dan kedudukan bagi perawat. Tujuan utama supervisi adalah orientasi, latihan, dan bimbingan individu, berdasarkan kebutuhan individu dan mengarah pada pemanfaatan kemampuan dan pengembangan keterampilan yang baru (Keliat, 2016).

Hasil riset Ananda tahun 2018 terdapat perbedaan pendokumentasian asuhan sebelum dilakukan supervisi dimana rata rata pendokumentasian asuhan sebelum diberikan supervisi 34,56 standar deviasi 4.912 yaitu tidak lengkap. Setelah diberikan supervisi rata-rata pendokumentasian asuhan menjadi 28,28 dengan standar deviasi 4.773 atau tergolong lengkap. Namun hasil penelitian Mularso (2006) menunjukkan bahwa kegiatan supervise kepala ruangan lebih banyak pada kegiatan pengawasan, bukan pada kegiatan bimbingan, observasi dan penilaian. Penelitian Fitriana Rezki & Annisa Ilfa (2018) menunjukkan rata-rata kelengkapan dokumentasi sebelum supervisi 70,27%. Rata-rata kelengkapan dokumentasi sesudah supervise 82,27%. Terdapat pengaruh yang signifikan pelaksanaan supervise terhadap kelengkapan dokumentasi dengan nilai mean adalah -12.00 dan $p=0.00$. dapat disimpulkan bahwa supervise berpengaruh secara signifikan terhadap kelengkapan dokumentasi.

Namun hasil penelitian Yuanita, Asmawati, Alkafi (2018) Jenis penelitian adalah *pre-eksperimental design* yang bertujuan melihat ada tidaknya pengaruh supervisi terhadap pelaksanaan pendokumentasian di ruang rawat inap RSUD Aisyiyah dengan rancangan yang digunakan *one0group pretest-posttest design*. Dengan jumlah sample 12 orang dengan Teknik total sampling. Analisa data diolah menggunakan univariat ditampilkan dalam bentuk table distribusi frekuensi dan Analisa bivariat. Uji

statistic yang digunakan uji statistic *Paired T-test* dengan p value (0,05). Hasil penelitian terdapat perbedaan pendokumentasian asuhan sebelum dan sesudah diberikan supervisi dimana pendokumentasian sebelum supervisi 34,56 standar deviasi 4,912 yaitu tergolong tidak lengkap. Sesudah diberikan supervisi rata-rata pendokumentasian menjadi 28,38 dengan standar deviasi 4,773 atau tergolong lengkap. Berdasarkan hasil uji statistic p value = 0,000 maka dapat disimpulkan terdapat pengaruh supervisi dalam meningkatkan pendokumentasian asuhan. Demikian juga di RS Restu Kasih, kepala ruang sudah melakukan supervise keperawatan tetapi kelengkapan dokumentasi keperawatan masih menunjukkan 55%. Dimana hanya melihat kelengkapan tidaknya bukan membimbing apa saja yang harus dilengkapi.

Salah satu teori keperawatan yang digunakan untuk mengatasi masalah interaksi antara perawat dan pasien adalah teori pencapaian tujuan dengan *Dynamic Interacting Systems* yang memiliki tiga konsep yaitu sistem personal, sistem interpersonal dan sistem sosial. Konsep teori King (1981) mengemukakan *Theory of Goal Attainment* berasal dari kerangka kerja sistem interpersonal meliputi interaksi, persepsi, komunikasi, transaksi, diri sendiri, peran, stress, pertumbuhan dan perkembangan, waktu dan ruang. Teori King (1981) dapat digambarkan pada penelitian supervise klinis terhadap perubahan iklim organisasi melalui interaksi yang terjadi pada system personal, system interpersonal, dan system social di Rumah Sakit.

RS Restu Kasih Jakarta merupakan Rumah Sakit Umum Kelas C mempunyai kapasitas rawat inap 100 tempat tidur. Terdiri dari 5 unit rawat inap yang dipimpin oleh seorang kepala ruang. Ruangan rawat inap NS 3 terdapat Ners 5 orang, D3 Keperawatan 11 orang jumlah jadi 16 orang perawat, sedangkan di NS 5 ada 3 orang Ners, 12 orang D3 Keperawatan dan jumlahnya 16 orang, HCU ketenagaannya terdapat 4 orang Ners, D3 Keperawatan 1 orang dan total ada 5 orang, Perina ada Ners 3 orang dan D3 Keperawatan 10 orang dengan jumlah 10 orang dan di kamar bayi sehat ada Ners 1 orang dan D3 Keperawatan 10 orang dengan total 11 orang. Di RS pembeding ketenagaannya di NS 3 ada 10 orang dimana 2 Ners dan 8 D3 Keperawatan, di NS 2 ada 12 orang dimana 2 Ners dan 10 D3 Keperawatan,

NS 1 ada 5 orang lulusan D3 Keperawatan, HCU ada 3 orang dimana 1 orang Ners dan 2 orang D3 Keperawatan dan KBS/Perina ada 11 orang dimana ada Ners 3 orang dan D3 Keperawatan 9 orang.

Mengingat pentingnya peran perawat dalam kelengkapan pengisian dokumentasi keperawatan dan peran supervisi kepala ruangan, maka peneliti tertarik untuk meneliti bagaimana pengaruh supervisi kepala ruang yang berlandaskan teori King terhadap kelengkapan dokumentasi keperawatan di RS Restu Kasih Jakarta.

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang diatas, Rumah Sakit mempunyai kewajiban memberikan pelayanan kesehatan sesuai dengan pokok sasarannya dan mempunyai kewajiban administrasi untuk membuat dan memelihara RM pasien (Budi, 2011). Masalah yang timbul dalam pengisian RM adalah dalam proses pengisiannya yang tidak lengkap, seperti riwayat pengobatan sebelumnya, riwayat alergi dan riwayat psikososial. Keadaan ini akan menimbulkan dampak bagi intern seperti pasien alergi obat tertentu dimana tidak dicantumkan dalam assessment awal dan eksteren rumah sakit seperti complain dari keluarga pasien, karena hasil pengolahan data RM menjadi dasar pembuatan berbagai laporan, termasuk untuk menilai mutu pelayanan. Salah satu penyebab dari proses pengisian RM dalam hal assessment awal keperawatan yang tidak lengkap adalah karena adanya ketidakpatuhan dari tenaga medis dan perawat dalam melengkapi assessment awal tersebut (Wirajaya & Nuraini, 2019)

Berdasarkan paparan diatas, dirumuskan masalah sebagai berikut :

1. Bagaimana gambaran karakteristik perawat dan Rumah Sakit Restu Kasih ?
2. Bagaimana gambaran dokumentasi keperawatan sebelum dilakukannya pelatihan supervisi ?
3. Apakah ada perbedaan kelengkapan dokumentasi keperawatan antara sebelum dan setelah supervisi kepala ruang ?

4. Apakah ada pengaruh supervisi kepala ruang terhadap kelengkapan dokumentasi keperawatan setelah dilakukan pelatihan supervise?
5. Apakah ada pengaruh supervisi kepala ruang dan karakteristik perawat terhadap kelengkapan dokumentasi keperawatan setelah dilakukan pelatihan supervise?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Menganalisa karakteristik perawat dan supervisi kepala ruang terhadap kelengkapan dokumentasi keperawatan setelah dilakukannya pelatihan supervisi

1.3.1 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi gambaran karakteristik perawat (umur, pendidikan, masa kerja dan jenjang karier) dan Rumah Sakit Restu Kasih Jakarta.
2. Mengidentifikasi gambaran kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan sebelum dilakukannya pelatihan supervise pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol di Rumah Sakit
3. Menilai perbedaan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan antara sebelum dan setelah supervisi kepala ruang di Rumah Sakit Restu Kasih Jakarta.
4. Menilai pengaruh supervisi kepala ruang terhadap peningkatan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di Rumah Sakit Restu Kasih Jakarta.
5. Menilai pengaruh supervisi kepala ruang dan karakteristik perawat terhadap peningkatan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di Rumah Sakit Restu Kasih Jakarta.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat dijadikan bahan informasi serta pengembangan ilmu manajemen keperawatan sehingga dapat dijadikan

sebagai salah satu dasar bagi penelitian lebih lanjut mengenai pengaruh supervisi kepala ruang terhadap kelengkapan pengisian dokumentasi keperawatan setelah dilakukannya pelatihan supervisi.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Sebagai masukan atau informasi kepada manajemen untuk mengetahui apakah proses supervisi kepala ruang sudah efektif dan tepat sasaran setelah dilakukan pelatihan supervisi.
2. Sebagai dasar untuk mengetahui mutu layanan asuhan keperawatan yang dilihat dari sistem rekam medis.

1.5 Ruang lingkup

Ruang lingkup penelitian ini adalah kelengkapan dokumentasi keperawatan terdiri dari pengkajian awal masuk, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. di RS Restu Kasih Jakarta pada Februari 2022. Sampel penelitian adalah perawat pelaksana di RS Restu Kasih Jakarta dan RS Karunia Kasih Bekasi yang diambil dengan menggunakan Random Sampling. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan desain quasi experiment two group pretest and posttest design (Campbell & Cronbach, 2002). Pengaruh supervisi kepala ruangan diukur. Berdasarkan perubahan kelengkapan dokumentasi keperawatan sebelum dan sesudah kegiatan supervisi.

