

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Rumah Sakit merupakan suatu sarana kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan kesehatan dengan fasilitas kesehatan pelayanan medis yang disediakan untuk pasien rawat inap, rawat jalan, dan pelayanan gawat darurat. Tanggung jawab penyedia pelayanan kesehatan yang komprehensif untuk meningkatkan kualitas layanan dengan perlu menggunakan sumber daya yang tersedia seperti dokter, perawat, ahli gizi, fisioterapi, dan professional tenaga kesehatan lainnya (Yetti & Rohita, 2017).

Perawat merupakan sebagian besar dari pemberi pelayanan kesehatan berupa layanan keperawatan di rumah sakit. Tujuan utama dari keperawatan adalah memberikan kebutuhan dasar pasien mulai sejak pasien datang sampai pulang. Perawat pun dituntut untuk berfikir cerdas, kritis serta memiliki kemampuan yang baik dalam memberikan asuhan diproses keperawatan. Oleh karena itu, perawat memegang peran penting dalam menentukan baik buruknya kualitas dari pelayanan kesehatan tersebut. Salah satunya dari pencatatan dokumentasi asuhan keperawatan (Juniarti, Somantri , & Nurhakim, 2020).

Pendokumentasian adalah bukti pencatatan dan pelaporan perawat yang berguna untuk kepentingan perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien dan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap

secara tertulis. Dokumentasi harus dilakukan segera setelah selesai melakukan kegiatan keperawatan untuk menghindari kekosongan dokumentasi tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien (Prabowo, 2017; Potter & Perry, 2010).

Pendokumentasian sangat berguna bagi rumah sakit dalam meningkatkan standar akreditasi, sebagai alat komunikasi antar profesi tenaga kesehatan, indikator pelayanan mutu, bukti tanggung jawab, tanggung gugat perawat, sumber data dan sebagai sarana penelitian. Dokumentasi yang baik ditandai dengan data yang akurat dan lengkap serta tersusun, ringkas, teratur, tepat waktu, dan mudah dibaca. Dokumentasi dikatakan lengkap harus menggunakan standar asuhan keperawatan pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi keperawatan sampai evaluasi hingga membuat catatan perkembangan (Yetti & Rohita, 2017).

Asuhan yang diberikan kepada pasien dalam Standar Akreditasi Rumah Sakit (SARS) versi 2012 harus dilaksanakan berdasarkan pola pelayanan berfokus pada pasien (*Patient Centered Care*), asuhan yang diberikan berbasis kebutuhan pelayanan kesehatan pasien. Proses asuhan tersebut bersifat terus menerus dan banyak melibatkan pemberian pelayanan kesehatan lain diantaranya dokter, perawat, bidan, ahli gizi, farmasi, fisioterapi, dan tenaga kesehatan lainnya yang ikut serta memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien dalam bentuk catatan asuhan terintegrasi (Saputra, Malini & Susanti, 2021).

Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) adalah catatan pendokumentasian yang dilakukan oleh perawat juga kesehatan lain untuk melakukan kolaborasi dalam melakukan pendokumentasian pelayanan kesehatan kepada pasien. Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) ini memiliki manfaat sebagai alat untuk melakukan komunikasi antar tim kesehatan, dimana komunikasi merupakan penyampaian informasi dalam suatu interaksi secara langsung yang berisi ide, perasaan, perhatian, makna penting, serta pikiran yang diberikan kepada penerima pesan dengan harapan si penerima pesan menggunakan informasi tersebut untuk mempermudah memberikan pelayanan kesehatan selanjutnya kepada pasien (Saputra, Malini, & Susanti, 2021).

Lembar catatan perkembangan pasien terintegrasi ini berisi identitas pasien, tanggal diperiksa, jam periksa, catatan dokter yang merawat, catatan staf klinis lainnya, dan di perifikasi dengan paraf dan nama petugas yang mengisi. Semua tindakan yang dilakukan dicatat jam, tanggal dan jenis tindakan yang diberikan serta harus ditanda tangani oleh dokter pemeriksaan dan staf klinis yang ikut serta dalam memberikan tindakan kepada pasien (Setiatin & Laksamana, 2018).

Dokumentasi yang dilakukan dalam catatan terintegrasi berbentuk catatan perkembangan yang ditulis berdasarkan SOAP data subjektif (*S*), data objektif (*O*), Assesment /Analisa Data (*A*) dan Planning/perencanaan (*P*) untuk dapat dijadikan bukti tertulis dari kegiatan yang telah dilakukan oleh tenaga kesehatan lain salah satunya adalah perawat yang ikut serta dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien diruangan rawat

inap (Saputra, Malini, & Susanti, 2021). S (*Subjektif*) adalah informasi berupa ungkapan yang didapatkan dari pasien setelah tindakan diberikan, O (*Objektif*) adalah informasi yang didapat berupa hasil pengamatan, penilaian pengukuran yang dilakukan oleh perawat setelah tindakan dilakukan, A (*Analisis*) adalah membandingkan antara informasi subjektif dan objektif dengan tujuan kriteria hasil, kemudian diambil kesimpulan bahwa masalah teratasi, teratasi sebagian atau tidak teratasi, P (*Planning*) adalah rencana keperawatan lanjutan yang dilakukan berdasarkan hasil analisa (Kamil, 2019).

Komponen dokumentasi asuhan keperawatan meliputi pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, diagnosa keperawatan adalah suatu pernyataan dari masalah pasien baik nyata maupun yang potensial berdasarkan data yang diperoleh yang pemecahannya dapat dilakukan dalam batas kewenangan perawat untuk melakukannya, rencana keperawatan adalah pelaksanaan tindakan yang telah ditentukan dengan maksud agar kebutuhan pasien terpenuhi secara optimal. Pelaksanaan tindakan keperawatan adalah implementasi keperawatan terhadap pasien secara urut sesuai prioritas masalah yang sudah dibuat dalam rencana tindakan asuhan keperawatan, evaluasi adalah proses penilaian pencapaian tujuan apakah tindakan yang sudah diberikan oleh perawat telah teratasi, melakukan pengkajian ulang rencana keperawatan. Evaluasi menilai respon pasien yang meliputi subjek, objek, pengkajian kembali (*assessment*), rencana tindakan (*planning*). Tanda tangan dan nama terang

perawat harus dicantumkan dalam kolom yang tersedia pada formulir asuhan keperawatan secara jelas sebagai bukti legal dan tanggung jawab atas pelaksanaan asuhan keperawatanyang diberikan kepada pasien. Catatan keperawatan diisi secara lengkap dan jelas setiap memberikan asuhan keperawatan maupun tindakan yang diinstruksikan oleh dokter. Resume perawat diisi setelah pasien dinyatakan boleh pulang atau meninggal dunia maupun pada pasien yang sudah pulang atas permintaan sendiri, yang berisi rangkaian jelas dan singkat, dengan menggunakan format yang baku dan mengisi item yang tersedia. Catatan pasien pulang atau meninggal dunia diisi sesuai keadaan pasien saat itu (Basri, Utami, & Mulyadi, 2020).

Kelengkapan dokumentasi proses keperawatan sangat dipengaruhi oleh beberapa faktor yang meliputi pendidikan dalam mendokumentasikan proses keperawatan sangat diperlukan dalam meningkatkan mutu dokumentasi, yaitu keterampilan dalam berkomunikasi, keterampilan untuk dapat memenuhi standar dokumentasi dan keterampilan dalam mencatat proses keperawatan (Nursalam, 2012). Pengetahuan perawat menentukan tindakan perawat dalam memberikan pelayanan kepada pasien, sehingga tindakan perawat yang dilandasi oleh pengetahuan akan memberikan pelayanan yang lebih baik dibandingkan dengan perawat yang melakukan tindakannya tanpa didasari pengetahuan. Pengetahuan perawat juga berpengaruh terhadap kelengkapan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan, motivasi kerja perawat merupakan suatu kondisi yang berpengaruh untuk membangkitkan, mengarahkan, dan memelihara perilaku yang berhubungan dengan lingkungan kerja dalam melakukan

sesuatu pekerjaan, sangat besar pengaruhnya terhadap moral kerja dan hasil kerja, dan sikap perawat adalah baik atau kurang terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan tergantung bagaimana individu atau perawat tersebut menilai dan mempersepsikannya (Sartika, Maulana, & Rachmadi, 2019).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti melalui proses observasi dan wawancara pada tanggal 28 Oktober sampai dengan tanggal 2 November 2021 dengan 7 perawat yang berada di ruang rawat inap bangsal Anna, Maria, Fransiskus, ICCU dan Teresa di Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin. Di dapatkan dari hasil observasi pendokumentasian catatan perkembangan pada lembar CPPT (Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi) pada lembar ini berisi identitas pasien, tanggal dan jam, profesi, hasil pemeriksaan, analisis rencana pelaksanaan di tulis dengan SOAP dan tanda-tangan di beri nama pada setiap akhir catatan, daftar intruksi dan verifikasi DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pelayanan), Implementasi, dan Evaluasi tanggal masalah teratasi. CCPT ini di isi oleh PPA (Professional Pemberi Asuhan) tetapi peneliti hanya memfokuskan catatan perkembangan pasien yang di isi oleh perawat.

Hasil evaluasi yang dilakukan oleh Audit Keperawatan terdapat kelengkapan CPPT tahun 2019 di bangsal Maria Kelengkapan 82%, bangsal Dominikus kelengkapan 98 %, bangsal kamar bayi kelengkapan 90 %, Theresa kelengkapan CPPT perawat 66%, bangsal Anna Kelengkapan CPPT perawat 80 %.

Peneliti mengobservasi 10 laporan status pasien, laporan yang belum terisi secara lengkap pada data subjektif ada 20% isi laporan tidak menceklist riwayat penyakit pasien, tidak menuliskan alergi pasien, riwayat psikososial pasien. Data Objektif 20 % belum terisi secara lengkap isi ceklist pemeriksaan fisik dan perawat tidak menuliskan berapa kali BAK dan BAB, Nadi berapa x/m, *Assesment* 50% isi *Assesment* belum sesuai permasalahan pasien, dan *Planning* 30% belum secara lengkap menuliskan tindakan yang akan diberikan kepada pasien.

Selain observasi, peneliti melakukan wawancara kepada 7 perawat yang terdapat di bangsal Anna, Maria, Fransiskus, ICU, dan Teresa dimana 6 (86%) perawat mengetahui dan benar menjelaskan terkait pendokumentasian catatan perkembangan, dari ke 7 perawat mereka mengungkapkan pendokumentasian catatan perkembangan tidak terisi secara lengkap karena adanya jumlah pasien yang banyak, teman dinas sedikit, sehingga tidak sempat memegang dokumentasi lanjutan, yang tidak lengkap yaitu pada bagian tindakan dan mengisi SOAP nya hanya di pagi hari. Dari ke 7 perawat mengatakan sudah mendapatkan sosialisasi SOP (*Standar Operasional Prosedur*) tentang pengisian catatan perkembangan.

Hasil wawancara dengan Kepala Bidang Keperawatan Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin, mengungkapkan bahwa ada kriteria dengan sebutan *leveling* perawat, dimana perawat pada saat awal masuk bekerja ada masa percobaan, sehingga perawat masih belum sampai membuat pendokumentasian asuhan keperawatan

khususnya pada bagian catatan perkembangan, masa percobaan ini dilakukan selama 3 bulan. Pada masa percobaan perawat baru hanya boleh melakukan pendokumentasian dengan mencarting obat, lembar monitoring, dan mengganti infus. Setelah melewati masa percobaan selama 3 bulan perawat bisa melakukan pengkajian untuk pasien baru tetapi di dampingi oleh perawat senior termasuk sampai membuat catatan perkembangan sesuai standar yaitu dengan menggunakan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) didalam lembaran yang sama ada dokter, perawat, farmasi, dan gizi. Setelah itu, akan dilakukan evaluasi ulang melalui audit asuhan, tidak hanya perawat baru tetapi dilakukan secara keseluruhan dengan cara mengevaluasi perbangsal.

Berdasarkan uraian tersebut, maka dokumentasi catatan perkembangan sangat penting untuk dilaksanakan oleh perawat, sehingga perawat di minta untuk selalu mendokumentasikan hal-hal yang berhubungan dengan kondisi perkembangan pasien setiap hari selama dirawat di rumah sakit. Ketidaklengkapan dalam pendokumentasian catatan perkembangan akan berdampak kurangnya pertanggung jawaban perawat kepada klien dan keluarga, sehingga mengakibatkan klien dan keluarga merasa tidak puas dalam pelayanan di rumah sakit, juga akan berdampak kepada perawat terjadinya kesalahan pemberian obat dan terganggunya komunikasi antara perawat shift 1 dengan shift sebelumnya karena perawat hanya mengomunikasikan melalui whatsapp sehingga dokumentasi tidak dokumentasikan secara nyata. Oleh karena itu, dokumentasi keperawatan mempunyai makna penting dalam aspek hukum,



kualitas pelayanan, komunikasi, pendidikan, penelitian, dan akreditasi. Berkaitan dengan perlindungan hukum, dokumentasi asuhan keperawatan dapat memberikan bukti yang berharga tentang kondisi pasien dan pengobatannya dan dapat bersifat kritis dalam menentukan standar perawatan apakah telah dipenuhi atau tidak (Nursalam, 2008 & Rahman, 2020).

Berdasarkan latar belakang maka penting untuk mengambil masalah mengenai “Gambaran Pendokumentasian Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Oleh Perawat Di Ruang Inap Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin”.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang diatas rumusan masalah penelitian ini adalah “Bagaimana Gambaran Pendokumentasian Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Oleh Perawat Di Ruang Inap Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin Tahun 2022?”

## **C. Tujuan penelitian**

Mendeskripsikan Gambaran Pendokumentasian Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Oleh Perawat Di Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin Tahun 2022.

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat Teoritis**

Hasil penelitian ini diharapkan memberikan sumbangsih sebagai bahan masukan Ilmu Manajemen Asuhan Keperawatan (*Nursing*

*Process*) terutama pada pendokumentasian catatan pasien terintegrasi oleh perawat.

## 2. Manfaat Praktis

### a) Bagi Rumah Sakit

Penelitian ini dapat memperbaiki kerja perawat dalam menghadapi tuntutan perkembangan pelayanan dengan cara mengevaluasi pendokumentasian catatan perkembangan pasien terintegrasi oleh perawat.

### b) Bagi Perawat

Penelitian ini dapat memperluas ilmu pengetahuan dalam melaksanakan pendokumentasian catatan perkembangan pasien terintegrasi oleh perawat dengan baik agar dapat dipertanggung secra hukum dan menjaga kualitas pelayanan dengan baik.

### c) Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini diharapkan dapat menambah refferensi bagi institusi pendidikan dalam mengembangkan Ilmu Manajemen Asuhan Keperawatan (*Nursing Process*) terutama pada pendokumentasian catatan perkembangan pasien terintegrasi oleh perawat.

### d) Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat membantu peneliti dalam memahami ilmu keperawatan khususnya Ilmu Manajemen Asuhan Keperawatan (*Nursing Process*) terutama pada pendokumentasian catatan perkembangan pasien terintegrasi oleh perawat.

## E. Keaslian Penelitian

1. Saputra, N., Malini, H., & Susanti, M. (2021) dengan Judul Gambaran Kelengkapan Pendokumentasian Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) di Rumah Sakit X Kota Padang. Rancangan penelitian adalah non eksperimen atau survey analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi dalam penelitian ini adalah Profesional pemberi asuhan (PPA) terdiri dari dokter, perawat, apoteker dan ahli gizi. Teknik pengambilan sampel penelitian ini adalah *proportional random sampling* dengan jumlah sampel 57. Analisa data yang digunakan adalah *Chi Square*. Hasil penelitian ini menunjukan bahwa penelitian yang dilakukan RS X didapatkan kelengkapan CPPT oleh 4 profesional pemberi asuhan (PPA) masih ditemukan pengisian CPPT yang tidak lengkap 73.7%.

Persamaan penelitian : Penelitian ini sama-sama meneliti Kelengkapan Pendokumentasian Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) sedangkan penelitian peneliti fokus pada Gambaran Pendokumentasian Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Oleh Perawat Di Ruang Inap Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin.

Perbedaan penelitian : Populasi penelitian ini adalah perawat ruang inap Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin menggunakan teknik *purposive sampling*.

2. Windartini, I., & Harmanto, D. (2019) dengan Judul Review Kelengkapan Pengisian Formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) Rawat Inap di Rumah Sakit Harapan Dan Doa

Kota Bengkulu. Jenis penelitian adalah deskriptif dengan cara observasional. Populasi dalam penelitian ini adalah berkas rekam medis rawat inap, teknik pengambilan sampel adalah *simple random sampling*. Menggunakan data sekunder yang diolah secara univariat. Hasil analisis univariat dari 86 berkas rekam medis rawat inap pada formulir catatan perkembangan pasien terintegrasi menunjukkan pada item identitas pasien lengkap pengisiannya sebanyak 86 (100%), pelaporan tidak lengkap sebanyak 86 (100%), dan autentifikasi lengkap sebanyak 51 (59%) dan tidak lengkap sebanyak 35 (41%).

Persamaan : Penelitian ini adalah sama-sama meneliti Kelengkapan Pengisian Formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) sedangkan penelitian peneliti fokus Gambaran Pendokumentasian Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Oleh Perawat Di Ruang Inap Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin.

Perbedaan penelitian : Populasi penelitian ini adalah perawat ruang inap Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin dengan menggunakan teknik *purposive sampling*.

3. Setiatin, S., & Laksamana, S. (2019) dengan Judul Pengaruh Kelengkapan Pengisian Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) Rawat Inap Terhadap Penilaian Standar 13.3 Manajemen Informasi Rekam Medis Versi SNARS Di Santosa Hospital Bandung Kopo. Jenis penelitian adalah deskriptif kuantitatif. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah dengan cara penyebaran kuesioner, observasi, kajian pustaka, dan menggunakan SPSS versi 17.

Berdasarkan hasil uji statistik didapat hasil korelasi sebesar 0,919 yang berarti memiliki hubungan yang kuat dan berpengaruh positif. Dan nilai koefisien determinasi 55,5% besarnya pengaruh kelengkapan pengisian catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT) rawat inap (X) terhadap penilaian standar 13.3 manajemen informasi rekam medis versi SNARS (Y). Permasalahan yang ditemukan diantaranya: (1) Masih banyak dokter/dokter konsul yang tidak mengisi nama dan tanda tangan secara lengkap (2) Perawat masih banyak yang tidak mengisi tanggal dan jam visit serta nama dan tanda tangan secara lengkap (3) belum disiplinnya para Profesional Pemberi Asuhan dalam mengisi rekam medis.

Persamaan : Penelitian ini adalah sama-sama meneliti Kelengkapan Pengisian Formulir Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) sedangkan penelitian peneliti fokus Gambaran Pendokumentasian Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi Oleh Perawat Di Ruang Inap Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin.

Perbedaan : Populasi penelitian ini adalah perawat ruang inap Rumah Sakit Suaka Insan Banjarmasin dengan menggunakan teknik *purposive sampling*.