

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Dunia keperawatan sejak zaman Florence Nightingale telah menganggap dokumentasi sebagai bagian yang penting dari praktek profesional keperawatan. Florence Nightingale menggambarkan tentang perlunya perawat mencatat atau menulis dokumentasi keperawatan dengan tujuan mengumpulkan, menyimpan dan mendapatkan kembali data pasien. Sekitar tahun 1970-an dokumentasi keperawatan menjadi lebih penting, yang mencerminkan perubahan pada praktek keperawatan.

Praktek keperawatan di Indonesia saat ini masih dalam suatu proses profesionalisme yaitu terjadinya suatu perubahan dan perkembangan karakteristik sesuai tuntutan secara global dan lokal. Masalah yang sering muncul dihadapi di negara Indonesia dalam pelaksanaan asuhan keperawatan adalah banyak perawat yang belum melakukan pelayanan keperawatan sesuai standar asuhan keperawatan dan pelaksanaan asuhan keperawatan juga tidak disertai pendokumentasian yang lengkap.

Pendokumentasian keperawatan merupakan hal penting yang dapat menunjang pelaksanaan mutu asuhan keperawatan (Kozier, 1990). Keperawatan sebagai pelayanan profesi membawa konsekuensi pada tanggung jawab dan tanggung gugat terhadap masyarakat. Kondisi ini menuntut perawat lebih mempunyai kompetensi dalam melaksanakan asuhan

keperawatan yang semakin profesional, baik ilmu pengetahuan, ketrampilan maupun sikap dan perilaku dalam melaksanakan asuhan keperawatan terhadap pasien, termasuk perilaku kepatuhan dalam penulisan dokumentasi keperawatan.

RSUD dr Goeteng Taroenadibrata Purbalingga menggunakan instrumen penilaian dokumentasi yang dikeluarkan oleh Depkes, yaitu instrumen A. Aspek yang dinilai meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, tindakan, evaluasi dan dokumentasi asuhan keperawatan. Jumlah perawat di RSUD dr Goeteng Taroenadibrata Purbalingga sebanyak 210 perawat yang tersebar diberbagai pelayanan, 70% perawat bekerja dibagian pelayanan rawat inap. Bidang keperawatan menugaskan supervisi pagi sebagai tim pemantau kelengkapan dokumentasi keperawatan. Tim ini secara periodik memantau kelengkapan dokumentasi keperawatan dengan cara memberikan penilaian terhadap status pasien yang diambil secara acak.

Penilaian dokumentasi keperawatan dimulai pada pertengahan tahun 2009. Evaluasi pada 6 bulan pertama ( Juli – Desember 2009 ) didapatkan nilai rata-rata tertinggi pada ruang Cempaka dengan nilai 94% lengkap dan 6% tidak lengkap. Nilai terendah pada ruang Flamboyan dengan nilai 82% lengkap dan 18% tidak lengkap. Evaluasi pada 6 bulan berikutnya ( Januari – Juni 2010 ) didapatkan nilai rata-rata tertinggi pada ruang Cempaka dengan nilai 86,29% lengkap dan 13,71% tidak lengkap, nilai terendah pada ruang Flamboyan 72,61% lengkap dan 37,39% tidak lengkap. Evaluasi periode berikutnya ( Juli – Desember 2010 ) didapatkan nilai rata-rata tertinggi pada

ruang Menur 95,40% lengkap dan 4,2% tidak lengkap, ruang Cempaka 89,63% lengkap dan 11,37% tidak lengkap, nilai terendah pada ruang Flamboyan 85,65% lengkap dan 14,45% tidak lengkap.

Dari data awal di atas, nilai rata-rata pada semester satu atau enam bulan pertama didapatkan nilai kategori baik pada semua ruang perawatan, namun disusul penurunan nilai semester dua pada semua ruang perawatan pula. Kondisi ini dimungkinkan karena kurangnya semangat perawat dalam melakukan pendokumentasian keperawatan. Pada semester tiga atau enam bulan terakhir terjadi peningkatan nilai walaupun belum melebihi nilai pada semester satu.

Dilihat dari masing-masing standar keperawatan, semester satu didapatkan nilai tertinggi pada standar implementasi 92,84% jelas dan 7,16% tidak mengacu pada rencana tujuan. Nilai terendah pada standar evaluasi 81,88% sesuai tujuan dan 18,12% tidak sesuai tujuan, disusul terjadi penurunan nilai pada semester dua, yaitu nilai tertinggi pada standar implementasi 82,80% dan nilai rata-rata terendah pada standar evaluasi 72,53%. Semester tiga terjadi kenaikan nilai tertinggi pada standar intervensi keperawatan 93,05% benar dan nilai terendah pada standar evaluasi 80,68% sesuai tujuan dan 19,33% tidak sesuai tujuan.

Nilai rata-rata terendah pada tiap semester, yaitu pada standar evaluasi. Perlu diperhatikan bahwa pada standar evaluasi banyak dokumen yang tidak sesuai tujuan dimungkinkan karena perawat hanya melakukan dokumentasi

evaluasi dengan sekedarnya tanpa memperhatikan standar diagnosa dan standar intervensi yang sebenarnya saling berkesinambungan. Perawat belum maksimal dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan. Kenyataan di lapangan pada semua ruang rawat inap masih melakukan dokumentasi keperawatan setelah pasien pulang, yang seharusnya penulisan dokumentasi dilakukan selama pasien sedang dirawat sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat perawat. Kelancaran pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan ditentukan oleh perilaku perawat yang erat kaitannya dengan tingkat kepatuhan perawat yang tidak adekuat, dan menganalisis alasan ketidakpatuhan ini merupakan hal yang bermanfaat (Iyer&Camp, 2005).

## **B. Perumusan Masalah**

Pendokumentasian keperawatan merupakan hal penting yang dapat menunjang pelaksanaan mutu asuhan keperawatan. Dari data awal dapat diketahui bahwa terjadi penurunan nilai semua ruang rawat inap pada semester satu ke semester dua. Penurunan ini berkisar antara 7,71% sampai 9,39%. Rata-rata terendah pada semester dua yaitu ruang Flamboyan dengan nilai 72,61% dan rata-rata terendah standar evaluasi dengan nilai 72,53%. Kondisi ini dimungkinkan karena kurangnya semangat perawat dalam melakukan pendokumentasian keperawatan. Perawat di ruang rawat inap masih sering melakukan dokumentasi keperawatan setelah pasien pulang, yang seharusnya penulisan dokumentasi dilakukan selama pasien sedang dirawat, menunjukkan bahwa perawat belum maksimal dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan sesuai standar yang telah ditetapkan.

Berdasarkan kondisi yang ada di lapangan maka penelitian ini dilakukan untuk menjawab pertanyaan peneliti tentang "Faktor-faktor apa sajakah yang mempengaruhi kepatuhan perawat dalam penulisan dokumentasi keperawatan di instalasi rawat inap RSUD dr Goeteng Taroenadibrata Purbalingga?"

### **C. Tujuan Penelitian**

#### **1. Tujuan umum**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor apa saja yang mempengaruhi kepatuhan perawat dalam penulisan dokumentasi keperawatan di instalasi rawat inap RSUD dr Goeteng Taroenadibrata Purbalingga.

#### **2. Tujuan khusus**

- a. Mengetahui karakteristik perawat di instalasi rawat inap RSUD dr Goeteng Taroenadibrata Purbalingga.
- b. Mengetahui distribusi frekwensi pengetahuan, sikap, motivasi, reward, punishment dan dokumentasi keperawatan yang meliputi: (pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, evaluasi dan catatan perawatan) di instalasi rawat inap RSUD dr Goeteng Taroenadibrata Purbalingga.
- c. Mengetahui hubungan pengetahuan, sikap, motivasi, reward dan punishment dengan kepatuhan perawat dalam penulisan dokumentasi keperawatan di instalasi rawat inap RSUD dr Goeteng Taroenadibrata Purbalingga.

- d. Mengetahui faktor yang paling dominan yang mempengaruhi kepatuhan perawat dalam penulisan dokumentasi keperawatan di instalasi rawat inap RSUD dr Goeteng Taroenadibrata Purbalingga.

#### **D. Manfaat Penelitian**

1. Manfaat praktis

- a. Bagi peneliti

Menambah pengetahuan peneliti mengenai materi maupun metode penelitian tentang penelitian keperawatan khususnya yang berkaitan dengan kepatuhan perawat dan dokumentasi keperawatan.

- b. Bagi profesi perawat

Menjadi bahan masukan untuk meningkatkan kinerja perawat dalam melaksanakan tindakan keperawatan khususnya pendokumentasian asuhan keperawatan.

- c. Bagi instansi rumah sakit

Memberi masukan, sebagai bahan pertimbangan kepada manajemen keperawatan dalam menetapkan kebijakan yang berhubungan dengan penulisan dokumentasi keperawatan.

2. Manfaat teoritis

Menambah pengetahuan mengenai kepatuhan dan dokumentasi keperawatan, khususnya faktor-faktor kepatuhan perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan.

## E. Penelitian Terkait

1. Dari hasil penelitian Lukman (2007) dengan judul “Kepatuhan Perawat Dalam Menerapkan Asuhan Keperawatan di RS dr Sobirin Kabupaten Musi Rawas Sumatera Selatan”. Desain penelitian yang digunakan adalah kuantitatif dengan pendekatan cross sectional pengambilan sampel dengan simple random sampling dengan jumlah 44 perawat. Analisis bivariat menggunakan uji *Chi Square*, hasil penelitian membuktikan terdapat hubungan yang signifikan antara hubungan antar perawat ( $p= 0,011$ ), tanggung jawab perawat ( $p= 0,032$ ), fasilitas kerja ( $p= 0,014$ ) dengan kepatuhan perawat dalam menerapkan pendokumentasian asuhan keperawatan di RS dr Sobirin Kabupaten Musi Rawas tahun 2007. Kesimpulan dari penelitian ini, bahwa terdapat hubungan antara tanggung jawab perawat, hubungan antar perawat, dan fasilitas kerja dengan kepatuhan perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan.
2. Dari hasil penelitian Eli Ratnawati (2009) dengan judul “Analisis Faktor-Faktor Pelaksanaan Pendokumentasian Proses Keperawatan di RSUD Ajibarang”. Penelitian ini merupakan survai analitik dengan pendekatan cross sectional dan cara pengambilan sampel dengan non probability sampling. Hasil penelitian analisis bivariat menunjukkan ada hubungan antara unsur tenaga, sarana, kebijakan, organisasi, manajemen dan motivasi. Analisis multivariat menunjukkan ada 2 faktor yang paling berpengaruh terhadap pelaksanaan pendokumentasian proses keperawatan yaitu tenaga (0,021) dan manajemen (0,043).

3. Dari hasil penelitian Khristina Setya Widyaningtyas (2010) dengan judul “Analisis Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kepatuhan Perawat Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan”. Penelitian ini menggunakan survai analitik dengan pendekatan cross sectional, instrumen yang digunakan kuesioner dengan 80 responden. Uji statistik yang digunakan adalah *Chi Square* dan *Regresi Logistik*. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara unsur tenaga ( $p=0,003$ ), pelatihan ( $p=0,001$ ), sarana ( $p=0,006$ ), supervisi ( $p=0,0017$ ), reward ( $p=0,0017$ ), punishment ( $p=0,002$ ), waktu ( $p=0,037$ ), kegunaan ( $p=0,0013$ ) dan motivasi ( $p=0,002$ ) dengan pelaksanaan pendokumentasian proses keperawatan ( $p \text{ value} < 0,05$ ). Analisis multivariat menggunakan uji *Regresi Logistik* didapatkan faktor yang dominan yaitu unsur tenaga (sig:0,004) dan motivasi (sig:0,011).

Persamaan :

Dari beberapa penelitian diatas memiliki persamaan tema yaitu tentang dokumentasi keperawatan, merupakan penelitian kuantitatif dan metode yang digunakan cross sectional dengan menggunakan kuesioner.

Perbedaan :

Perbedaan penelitian ini dengan beberapa penelitian yang sudah ada, antara lain : variabel bebas penelitian ini adalah pengetahuan, sikap, motivasi, reward dan punishment. Cara pengambilan sampel dengan cara *purposive sampling* yaitu 54 perawat tim 2 dan 54 dokumentasi keperawatan tim 2. Cara pengumpulan data menggunakan kuesioner dan lembar observasi.