

## BAB 1

### PENDAHULUAN

#### 1.1 Latar belakang

Dokumentasi keperawatan merupakan bagian terpenting dari proses keperawatan, akan tetapi pada umumnya tidak ditulis dengan baik dan tidak konsisten, sehingga hasil dokumentasi keperawatan tidak akurat, tidak terbaca dan tidak lengkap (Ball, Murrells, Rafferty, Morrow, & Griffiths, 2014). Masalah yang masih sering muncul pada pelaksanaan dokumentasi adalah belum sesuai standar bahasa keperawatan *Standardized Nursing Language* (SNL), khususnya keseragaman dalam menggunakan bahasa diagnosis dan intervensi keperawatan (Rachmania, Nursalam, & Yunitasari, 2016). Terdapat beberapa standar-standar diagnosis keperawatan yang diakui secara internasional namun karena standar-standar tersebut tidak dikembangkan dengan memperhatikan disparitas budaya dan kekhasan pelayanan keperawatan Indonesia, maka standar-standar tersebut dinilai kurang sesuai untuk diterapkan Indonesia (PPNI, 2017). Peraturan tentang penggunaan standar pelayanan keperawatan telah tercantum pada UU no 38 tahun 2014 pasal 28 ayat (3) bahwa “praktik keperawatan harus didasarkan pada kode etik, standar pelayanan, standar profesi, dan standar prosedur operasional”. Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) telah membuat standar pelayanan keperawatan yang disesuaikan dengan disparitas budaya dan kekhasan pelayanan keperawatan di Indonesia yang disebut dengan 3S meliputi Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)

dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), akan tetapi belum banyak yang menggunakan standar tersebut sebagai standar pelayanan praktik keperawatan.

Berdasarkan hasil wawancara Kepala Ruang Tawang Alun RSUD Blambangan Banyuwangi pada 11 Oktober 2019 menyatakan bahwa pelaksanaan dokumentasi keperawatan di Ruang Tawang Alun RSUD Blambangan Banyuwangi menggunakan *North American Nursing Diagnosis Classification* (NANDA), *Nursing Intervention Classification* (NIC), dan *Nursing Outcome Classification* (NOC). Format dokumentasi keperawatan sudah dilengkapi dengan format pengkajian, diagnosis dan intervensi keperawatan dalam bentuk *check list*, format implementasi keperawatan masih belum disederhanakan dan harus banyak menulis sehingga menambah beban kerja perawat. Format dokumentasi proses keperawatan tidak berada dalam satu format, ditemukan ketidaksesuaian masalah pada diagnosis dan intervensi keperawatan. Dokumentasi proses keperawatan Hasil observasi di Ruang Tawang Alun RSUD Blambangan Banyuwangi bulan Juni sampai Oktober 2019 telah dilakukan dokumentasi proses keperawatan terbanyak pada pasien PPOK. Penyakit PPOK menduduki peringkat kedua (24%) pada 10 besar penyakit terbanyak di Ruang Tawang Alun RSUD Blambangan Banyuwangi.

Survei yang dilakukan oleh *World Health Organisation* (WHO) menunjukkan bahwa komunikasi yang kurang baik antara tenaga kesehatan merupakan salah satu penyebab kesalahan dalam pengobatan, terdapat juga indikasi bahwa dokumentasi keperawatan berhubungan dengan angka kematian pasien. Beberapa

penelitian menunjukkan bahwa kurangnya pelaksanaan dokumentasi keperawatan terjadi di seluruh dunia, seperti dokumentasi yang tidak lengkap, tidak akurat dan tidak berkualitas (Tasew, Mariye, & Teklay, 2019). Pelaksanaan dokumentasi di Rumah Sakit Jamaika dilaporkan hanya sekitar 15%-25% perawat yang melakukan dokumentasi keperawatan pada masing-masing shift (Jascinth Lindo, Rosain Stennett, Kayon Stephenson-Wilson, Kerry Ann Barrett, Donna Bunnaman, Pauline Anderson-Johnson, Veronica Waugh-Brown, & Yvonne Wint, 2016). Penelitian di Rumah Sakit Pendidikan Gondar Ethiopia lebih dari sepertiga responden 74 (36%) mengungkapkan alasan tidak melakukan dokumentasi keperawatan karena, waktu yang pendek 19%, pasien yang banyak 22%, tidak ada waktu dan pasien banyak 62%, tidak ada format 2,2%, serta tidak ada tempat 4,3% (Kebede, Endris, & Zegeye, 2017). Hasil penelitian di Ghana menjelaskan bahwa 46% asuhan keperawatan yang diberikan tidak di dokumentasikan, dan 63% catatan perkembangan pasien tidak dikomentasikan setelah hari pertama penerimaan pasien, sedangkan di Nigeria perawat mempunyai pengetahuan dan dapat melakukan dokumentasi keperawatan dilaporkan sejumlah 44% (Oseni & Adejumo, 2014). Penelitian Feleke Hiwot Referral Hospital di Barat Laut Ethiopia mendapatkan hasil, hampir 87% pelayanan kesehatan mengalami kesalahan dokumentasi (Feleke, Mulatu, & Yesmaw, 2015). Penelitian di Indonesia, hasil wawancara dengan 4 dari 13 perawat (30%) Ruang Rawat Inap Teratai RS Amelia Pare Kediri, yaitu dari 4 perawat menyatakan bahwa kadang mereka belum sempat menulis pada format yang telah disediakan karena banyaknya tindakan yang harus dilakukan kepada

pasien daripada menulis pada format yang ada (Rachmania, Nursalam, & Yunitasari, 2016).

Dokumentasi keperawatan merupakan bagian integral dari perawatan pasien, pentingnya dokumentasi keperawatan berhubungan dengan kepatuhan melaksanakan syarat dokumentasi yang merupakan aspek kunci profesionalisme perawat (Forrester, 2014). Dokumentasi terdiri dari 5 komponen yaitu, pengkajian, masalah keperawatan atau diagnosis keperawatan, tujuan, intervensi dan evaluasi. Dokumentasi keperawatan merupakan catatan utama yang berisi tentang informasi latar belakang pasien, kumpulan form pengkajian, rencana perawatan, dan catatan perkembangan. Catatan tersebut merupakan tempat data yang sesuai dari langkah-langkah proses keperawatan yang merupakan form penting dan legal dan bertujuan untuk mendukung rencana keperawatan, kualitas pelayanan, pengembangan keperawatan dan penelitian. Dokumentasi keperawatan yang berkualitas dapat meningkatkan komunikasi yang efektif dengan tim kesehatan lain tentang pasien dan perawatannya (Wang, Hailey, Bjorvell, & Yu, 2013). Kualitas perawatan pasien yang baik, bagi penelitian keperawatan dan pendidikan memerlukan proses dokumentasi keperawatan yang baik. Tindakan keperawatan yang tidak didokumentasikan dapat menyebabkan dampak negatif pada perawatan kesehatan pasien dan dapat merugikan pasien. Dokumentasi keperawatan yang tidak lengkap tidak hanya berhubungan dengan pelayanan yang kurang optimal, pemberi pelayanan kesehatan akan dituntut atas kesalahan dalam pelaksanaan dokumentasi. Faktor yang mempengaruhi pelaksanaan dokumentasi yang kurang optimal adalah waktu yang pendek, pasien yang banyak, tidak ada

format, serta tidak ada tempat untuk melakukan dokumentasi (Kebede, Endris, & Zegeye, 2017). Tantangan pada pelaksanaan dokumentasi adalah kurangnya perawat, pengetahuan yang kurang tentang pentingnya dokumentasi, banyaknya jumlah pasien, tidak adanya pelatihan, dan tidak adanya dukungan dari kepala ruangan (Tasew, Mariye, & Teklay, 2019).

Mengatasi masalah pelaksanaan dokumentasi keperawatan yang tidak optimal, banyak peneliti merekomendasikan untuk menggunakan pendekatan multidisiplin seperti mengembangkan kebijakan dan menyediakan pedoman dokumentasi keperawatan (Kebede, Endris, & Zegeye, 2017), memberikan kesempatan kepada perawat untuk memperoleh pelatihan melakukan dokumentasi yang efektif (Taiye, 2015), meningkatkan jumlah perawat untuk melaksanakan dokumentasi yang baik (Nakate, Dahl, Drake, & Petrucka, 2015). Penggunaan SNL dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan, meningkatkan kesinambungan dalam perawatan melalui konsistensi dalam komunikasi dan dokumentasi dari suatu informasi. SNL mendukung pertumbuhan dan stabilitas profesional dengan mendorong pemikiran kritis yang merupakan bagian dari pengambilan keputusan pada proses diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan dan *outcome* (Rabelo-Silva, Cavalcanti, Caldas, Lucena, Almeida, Linch, Silva, & Muller-Staub, 2016).

Berdasarkan pada masalah dan konsep solusi yang telah diuraikan tersebut, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dan pengembangan pada dokumentasi keperawatan yang berjudul, pengembangan instrumen dokumentasi proses keperawatan berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI pada pasien PPOK.

## **1.2 Rumusan masalah**

1. Bagaimana evaluasi instrumen dokumentasi proses keperawatan di Ruang Tawang Alun RSUD Blambangan Banyuwangi ?
2. Bagaimana pengembangan instrumen dokumentasi proses keperawatan berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI pada di Ruang Tawang Alun RSUD Blambangan Banyuwangi ?
3. Bagaimana kemampuan dan pendapat perawat tentang uji coba penerapan pengembangan instrumen dokumentasi proses keperawatan berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI di Ruang Tawang Alun RSUD Blambangan Banyuwangi ?
4. Apakah rekomendasi penelitian tentang instrumen dokumentasi proses keperawatan berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI di Ruang Tawang Alun RSUD Blambangan Banyuwangi ?

## **1.3 Tujuan**

### **1.3.1 Tujuan umum**

Menyusun pengembangan instrumen dokumentasi proses keperawatan berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI pada Pasien PPOK di Ruang Tawang Alun RSUD Blambangan Banyuwangi.

### **1.3.2 Tujuan khusus**

1. Mengevaluasi instrumen dokumentasi proses keperawatan pada pasien PPOK di Ruang Tawang Alun RSUD Blambangan Banyuwangi

2. Mengembangkan instrumen dokumentasi proses keperawatan berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI pada pasien PPOK di Ruang Tawang Alun RSUD Blambangan Banyuwangi
3. Melakukan uji validitas dan reliabilitas pengembangan instrumen dokumentasi proses keperawatan berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI pada pasien PPOK di Ruang Tawang Alun RSUD Blambangan Banyuwangi
4. Melakukan sosialisasi dan pelatihan pengisian instrumen dokumentasi proses keperawatan berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI pada Pasien PPOK di Ruang Tawang Alun RSUD Blambangan Banyuwangi
5. Menganalisis kemampuan dan pendapat perawat tentang uji coba penerapan pengembangan dokumentasi proses keperawatan berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI pada pasien PPOK di Ruang Tawang Alun RSUD Blambangan Banyuwangi
6. Merekomendasikan pengembangan instrumen dokumentasi proses keperawatan berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI pada pasien PPOK di Ruang Tawang Alun RSUD Blambangan Banyuwangi

## **1.4 Manfaat**

### 1.4.1 Manfaat teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi pada keilmuan keperawatan medikal bedah yang berhubungan dengan proses keperawatan berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI pada pasien PPOK.

#### 1.4.2 Manfaat praktis

1. Mengembangkan instrumen dokumentasi proses keperawatan berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI pada pasien PPOK untuk memberikan kemudahan dan efisiensi waktu oleh perawat dalam melakukan kegiatan dokumentasi keperawatan.
2. Memberikan masukan kepada pihak manajemen pelayanan keperawatan sebagai dasar menetapkan kebijakan tentang pembuatan instrumen dokumentasi proses keperawatan sesuai bahasa standar keperawatan Indonesia yaitu SDKI, SLKI dan SIKI.