

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Pelayanan keperawatan dan kebidanan di rumah sakit ditentukan oleh tiga komponen utama, yaitu jenis layanan yang diberikan, sumber daya manusia keperawatan, dan manajemen pelayanan (Kemenkes RI, 2013). Dalam hal ini, perawat memegang peran penting dalam menjaga mutu pelayanan kesehatan karena jumlahnya mendominasi struktur tenaga kesehatan. Menurut data Kemenkes per Februari 2023, terdapat sekitar 557.000 perawat aktif di Indonesia (rasio ≈ 2 perawat per 1.000 penduduk). WHO juga melaporkan bahwa pada 2023, densitas tenaga kesehatan termasuk dokter, perawat dan bidan mencapai 54,2 per 10.000 penduduk, dengan perawat sebagai kelompok terbesar.

Kualitas dokumentasi keperawatan dan kinerja perawat menjadi indikator penting dalam mengevaluasi mutu layanan keperawatan. Dokumentasi yang lengkap dan sistematis tidak hanya menjadi bukti pelaksanaan asuhan sesuai standar, tetapi juga berfungsi sebagai sarana komunikasi antarprofesional, evaluasi intervensi, dasar pengambilan keputusan klinis, serta perlindungan hukum. Namun, tantangan terkait dokumentasi dan kinerja masih menjadi persoalan di tingkat nasional maupun global. *World Health Organization (WHO, 2021)* dan *International Council Nurse (ICN, 2023)* melaporkan bahwa 40–60% dokumentasi keperawatan secara

internasional belum sesuai alur proses keperawatan (ADPIE). Di negara berkembang, sekitar 47% perawat menghadapi kendala kinerja akibat tingginya beban administrasi dan minimnya supervisi.

Pemanfaatan *Electronic Medical Record (EMR)* menjadi salah satu strategi peningkatan efisiensi dan ketepatan pencatatan. Namun, data dari BPPSDM Kemenkes (2022) menunjukkan bahwa hanya 45% dokumentasi keperawatan di RSUD memenuhi standar SDKI, SIKI, dan SLKI. Tingkat penerapan standar ini di berbagai rumah sakit berkisar antara 50–65%. Studi lain menunjukkan mutu dokumentasi di RS tipe B dan C masih tergolong sedang, dengan skor 60–70% dari standar nasional. Rendahnya kualitas ini dipengaruhi oleh minimnya pelatihan, keterbatasan akses terhadap panduan komprehensif, serta belum terintegrasinya standar ke dalam sistem EMR. Panduan Asuhan Keperawatan berbasis 3S (SDKI, SIKI, SLKI) diharapkan mampu menstandarkan proses berpikir klinis dan pendokumentasian. Penelitian oleh Wijaya et al. (2023) membuktikan bahwa penggunaan 3S meningkatkan akurasi diagnosis dan ketepatan intervensi.

Di sisi lain, kinerja perawat juga menjadi perhatian. Survei PPNI dan PERSI (2022–2023) mengungkapkan bahwa kinerja perawat masih belum optimal, khususnya dalam hal efisiensi kerja, komunikasi tim dan pelaksanaan SOP. Skor kinerja mayoritas di bawah 80, serta pelaksanaan supervisi belum berjalan sistematis. Menurut Syah dan Iskandar (2022), kinerja perawat ditunjukkan melalui pelaksanaan tugas asuhan keperawatan yang berdampak pada pasien, masyarakat dan dirinya sendiri.

Dokumentasi yang akurat dapat meningkatkan komunikasi antarprofesional, memudahkan evaluasi tindakan keperawatan, dan mendukung kualitas pelayanan. Namun, kelengkapan dokumentasi masih menjadi persoalan. Tercatat 71,6% dokumentasi tidak lengkap dan hanya 28,4% yang memenuhi standar. Studi pendahuluan di RSUD Gambiran menemukan bahwa 74,1% perawat tidak menggunakan standar dokumentasi. Di beberapa RS lain, pengkajian pasien sudah terdokumentasi 100%, tetapi diagnosis SDKI baru mencapai 55,3%, dan rencana intervensi berbasis SIKI juga rendah. Penelitian Astuti et al. (2022) mengungkapkan bahwa dokumentasi keperawatan di RSUD dr. Zainoel Abidin Banda Aceh termasuk dalam kategori tidak lengkap pada hampir seluruh tahap proses keperawatan.

Dokumentasi yang tidak lengkap atau tidak sesuai standar meningkatkan risiko kesalahan klinis, menurunkan mutu pelayanan, dan berpotensi menimbulkan permasalahan hukum. Penyebabnya meliputi beban kerja tinggi, kurangnya pelatihan dan pemahaman terhadap standar, serta lemahnya pelaksanaan supervisi. Di beberapa RS, hanya 40–50% perawat yang menerima supervisi secara rutin. Evaluasi berdasarkan respon pasien hanya dilakukan oleh 45% perawat, dan efektivitas hasil evaluasi baru didokumentasikan oleh 40%. Penelitian Effendi (2022) di RSUD Walet Cirebon menunjukkan adanya hubungan positif antara pelaksanaan supervisi dengan kualitas dokumentasi keperawatan.

Supervisi efektif memberikan umpan balik, meningkatkan kompetensi, serta memastikan kesesuaian dokumentasi dengan standar. Supervisi yang

dilakukan secara berkala mampu meningkatkan kepatuhan hingga 80%. Oleh karena itu, kombinasi antara PAK 3S dan supervisi keperawatan menjadi strategi penting dalam meningkatkan performa dokumentasi dan kinerja perawat di EMR.

RS Restu Kasih Jakarta Timur merupakan rumah sakit tipe C dengan kapasitas 125 tempat tidur dan layanan rawat jalan, IGD, kamar bedah, maternitas, ruang perawatan anak dan dewasa, serta unit khusus seperti ICU dan NICU. Rumah sakit ini telah memiliki Komite Keperawatan, namun panduan yang digunakan masih berbasis NANDA, NIC dan NOC, belum diperbarui menggunakan SDKI, SIKI dan SLKI. Program kerja Komite Keperawatan belum mencantumkan supervisi pendokumentasian secara terjadwal. Pada semester 2 tahun 2024, audit dokumentasi keperawatan mulai dilakukan namun masih menggunakan instrumen lama dari Depkes RI.

Audit yang dilakukan oleh peneliti menggunakan format berbasis SDKI, SIKI dan SLKI menunjukkan bahwa hanya 45% dokumentasi yang sesuai standar. Ketidaksesuaian tampak pada hasil pengkajian, penetapan diagnosis, dan perencanaan intervensi. Supervisi yang dilakukan belum konsisten karena belum adanya SPO dan parameter yang baku. Wawancara dengan 10 perawat pelaksana dari dua ruangan menunjukkan bahwa supervisi dokumentasi keperawatan berbasis EMR belum dilakukan secara khusus. Meskipun RS RESTU KASIH telah menerapkan EMR, kendala dalam dokumentasi yang sesuai standar masih ditemukan.

Berdasarkan kondisi tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian berjudul: *“Penerapan Panduan Asuhan Keperawatan 3S (SDKI, SIKI, SLKI) dan Supervisi Komite Keperawatan Pada Kualitas Dokumentasi Asuhan Keperawatan di EMR dan Penilaian Kinerja Perawat RS RESTU KASIH Jakarta Timur.”*

B. Rumusan Masalah

Pendokumentasian asuhan keperawatan yang berkualitas merupakan bagian penting dalam meningkatkan mutu pelayanan keperawatan. Namun, berbagai faktor seperti pemahaman perawat terhadap standar dokumentasi, kepatuhan dalam penerapan Panduan Asuhan Keperawatan berbasis 3S (SDKI, SIKI, SLKI), serta supervisi dari komite keperawatan dapat memengaruhi kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di rekam medis elektronik (EMR).

Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini dirancang untuk menjawab pertanyaan: *“Bagaimana pengaruh penerapan Panduan Asuhan Keperawatan 3S (SDKI, SIKI, SLKI) dan supervisi Komite Keperawatan terhadap kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di EMR dan kinerja perawat di RS RESTU KASIH Jakarta Timur?”*.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis penerapan panduan asuhan keperawatan 3S (SDKI, SIKI, SLKI) dan supervisi komite keperawatan

terhadap kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di *EMR* dan penilaian kinerja perawat RS RESTU KASIH Jakarta Timur.

2. Tujuan Khusus

- a. Menganalisis pengaruh antara penerapan Panduan Asuhan Keperawatan 3S (SDKI, SIKI, SLKI) terhadap kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di *EMR* dan kinerja perawat pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.
- b. Menganalisis pengaruh antara supervisi komite keperawatan terhadap kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di *EMR* dan penilaian kinerja perawat pada kelompok perlakuan dan kelompok kontrol.
- c. Mengukur kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di *EMR* dan kinerja perawat sebelum dan sesudah penerapan panduan asuhan keperawatan 3S dan supervisi Komite Keperawatan pada kelompok perlakuan.
- d. Menganalisis efektivitas intervensi antara penerapan panduan asuhan keperawatan 3S dengan kombinasi penerapan Panduan Asuhan Keperawatan 3S (SDKI, SIKI, SLKI) dan supervisi Komite Keperawatan pada kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di *EMR* dan kinerja perawat.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

- a. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi terhadap pengembangan ilmu keperawatan terbaru, terutama dalam penerapan

Panduan Asuhan Keperawatan berbasis 3S dan efektivitas supervisi keperawatan dalam meningkatkan penilaian kinerja perawat serta kualitas dokumentasi di *EMR*.

- b. Menjadi referensi bagi penelitian lanjutan terkait supervisi dan dokumentasi asuhan keperawatan di era digitalisasi.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Perawat

Meningkatkan pemahaman dan keterampilan dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan di *EMR* sesuai dengan standar 3S (SDKI, SIKI, SLKI).

b. Bagi Komite Keperawatan

Sebagai dasar dalam perumusan kebijakan supervisi komite keperawatan untuk meningkatkan mutu pendokumentasian asuhan keperawatan di *EMR* dan memudahkan evaluasi kinerja perawat berdasarkan data hasil audit dokumentasi yang lebih akurat.

c. Bagi Manajemen Rumah Sakit

Memberikan rekomendasi dalam meningkatkan efektivitas supervisi komite keperawatan guna mendukung optimalisasi kinerja perawat dalam pendokumentasian di *EMR*.

E. Keaslian Penelitian

Keaslian dari penelitian ini berdasarkan pada beberapa penelitian terdahulu yang mempunyai karakteristik yang relatif sama dalam hal tema kajian, yaitu panduan asuhan keperawatan (PAK), supervisi keperawatan dan kualitas

dokumentasi asuhan keperawatan. Tetapi sejauh penelusuran yang dilakukan peneliti belum ada penelitian yang sama dengan yang peneliti lakukan. Perbedaan dengan penelitian sebelumnya adalah dalam hal kriteria subjek, lokasi, waktu, variabel penelitian dan metode analisis yang digunakan.

- 1) Penelitian yang dilakukan oleh Dheni Koerniawan, Novita E.D dan Srimiyati yang berjudul “*Aplikasi Standar Proses Keperawatan: Diagnosis, Outcome dan Intervensi Pada Asuhan Keperawatan*”. Penelitian ini menggunakan Survei analitik Deskriptif dengan cluster sampling menggunakan instrumen Q-DIO Hasil penelitian menunjukkan bahwa 67% dokumen memiliki kualitas sedang pada dimensi diagnosis sebagai proses, 53% dokumen memiliki kualitas sedang pada dimensi diagnosis sebagai produk, 63% dokumen memiliki kualitas sedang pada dimensi intervensi, dan 64% dokumen memiliki kualitas sedang pada dimensi luaran keperawatan. Hasil dari proses keperawatan yang telah didapatkan dalam penelitian ini menggambarkan perubahan atau peningkatan perbaikan gejala yang memiliki kualitas sedang untuk berintegrasi dengan proses keperawatan.
- 2) Penelitian oleh Feby Manuhutu, Regina VT. Novita dan Sudibyo Supardi yang berjudul “*Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Oleh Perawat Pelaksana Setelah dilakukan Pelatihan Supervisi Kepala Ruang di RS RESTU KASIH, Kota Ambon*”. Penelitian ini menggunakan Pra-eksperimental one group pre-test post-test design. Hasil Penelitian menunjukkan pelatihan supervisi kepala ruang, dan pendampingan implementasi supervisi selama 1 minggu dapat meningkatkan skor

pendokumentasian asuhan keperawatan (pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi, dan evaluasi) secara bermakna ($p < 0.050$). Tidak ada hubungan antara umur ($p=1.926$), Jenis kelamin ($p=0.943$), Pendidikan ($p=0.173$) dan lama kerja ($p=0.195$) dengan pendokumentasian asuhan keperawatan setelah pelatihan supervisi kepala ruang di Rumah Sakit X Kota Ambon.

- 3) Penelitian Siti Aisyah yang berjudul *“Hubungan Supervisi dengan Kelengkapan Dokumentasi keperawatan di RS Islam Sultan Agung Semarang”*. Penelitian ini menggunakan *Cross sectional* dengan Uji korelasi Spearman rho's dengan hasil nilai korelasi sebesar 818 dengan P value = 0,000 ($p < 0.5$). Hal ini berarti bahwa ada hubungan yang signifikan antara supervisi dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan di ruang rawat inap RSI Sultan Agung Semarang. Kegiatan supervisi di ruang rawat inap RSI Sultan Agung Semarang dalam kategori baik. Dan kelengkapan dokumentasi keperawatan didapatkan hasil dari sebagian besar responden dalam kategori baik. Hasil analisis menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara supervisi dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan di ruang rawat inap RSI Sultan Agung Semarang.
- 4) Penelitian oleh Yolanda, A.S, Nur Syamsi, N.L dan Muh. Ihsan K. Yang berjudul *“Peran Komite Keperawatan Terhadap Kualitas Pelayanan Keperawatan”*. Desain penelitian ini adalah penelitian kuantitatif dengan pendekatan deskriptif analitik *cross sectional*. Teknik pengambilan sampel dengan metode *Simple Random Sampling*. Hasil menunjukkan bahwa p

value; 0.043 yang menyatakan adanya pengaruh peran komite keperawatan dengan mutu pelayanan keperawatan. Dapat disimpulkan bahwa peneliti mengungkapkan terdapat hubungan antara peran komite keperawatan dengan mutu pelayanan keperawatan. Peran Komite Keperawatan yang efektif dapat berkontribusi secara positif terhadap peningkatan mutu pelayanan keperawatan.

- 5) Penelitian Sri Lestari, Narmi dan Desiderius Bela yang berjudul *“Hubungan Peran Komite Keperawatan dengan Profesionalisme Perawat dalam Pemberian Asuhan Keperawatan di BLUD RS Konawe Utara”*. Jenis penelitian ini merupakan penelitian deskriptif analitik dengan rancangan penelitian cross sectional. Hasil analisis bivariat menunjukkan peran komite keperawatan kategori baik dan profesional dalam memberikan asuhan keperawatan sebanyak 16 (44.4%). Hasil uji statistik dengan menggunakan analisis chi-square diperoleh nilai $p = 0.010$. Simpulan penelitian ini adalah terdapat hubungan antara Peran Komite Keperawatan dengan Profesionalisme perawat dalam pemberian asuhan keperawatan di BLUD RS Konawe Utara.
- 6) Penelitian J. Gharban H, et.all, 2024 yang berjudul *“Nursing patient record practice and associated factors among nurses working in North Shewa Zone public hospitals, Ethiopia”*. Penelitian ini adalah Sebuah studi cross-sectional berbasis institusi dilakukan di Utara rumah sakit umum Zona Shewa. Teknik pengambilan sampel acak sederhana digunakan untuk pilih 421 perawat. Hasil: Sebanyak 421 responden ikut serta, memberikan survei

ini respon 100%. Perawat yang bekerja di rumah sakit dengan standar operasional 76% lebih mungkin memiliki dokumentasi yang baik dibandingkan dengan rumah sakit tanpa standar operasional (AOR= 1,76; 95% CI: 1,18, 2.64). Perawat yang memiliki lembar dokumentasi 51% lebih mungkin untuk melakukan dokumentasi (AOR= 1,51; 95% CI: 1,01, 2,29) dibandingkan dengan perawat yang tidak memiliki lembar dokumentasi yang memadai. Rumah sakit yang memiliki sistem pemantauan yang dapat diakses untuk pendokumentasian > 61% perawat mendokumentasikan asuhan keperawatannya dibandingkan dengan Rumah sakit yang tidak memiliki sistem pemantauan (AOR= 1,61; 95% CI: 1,07, 2,41). 75,3% perawat menerima bahwa dokumentasi asuhan keperawatan yang berkualitas tinggi dapat menambah nilai bagi rumah sakit dan dokumentasi yang tepat memiliki dampak positif terhadap keselamatan pasien.

- 7) Penelitian Lindsay M, Lytle K, 2022 yang berjudul *“Implementing Best Practices to Redesign Workflow and Optimize Nursing Documentation in the Electronic Health Record”*. Tujuan penelitian ini adalah untuk meningkatkan kinerja, mengurangi duplikasi dan menghapus tugas-tugas yang tidak bernilai tambah dengan mendesain ulang templat penilaian pasien di EHR dengan menggunakan pendekatan praktik terbaik. Metode yang digunakan adalah Pendekatan peningkatan kualitas dan *pre-post design* untuk mengimplementasikan dokumentasi dan mengevaluasi pendekatan terbaik dengan mendesain ulang alur kerja dokumentasi dan lembar alur kerja yang terstandarisasi Hasil penelitian ini adalah penurunan

waktu pendokumentasian di EHR sebesar 18,5%; penurunan dari 7 hingga 12% dari total waktu dalam flowsheet; penghematan waktu 1,5 hingga 6,5 menit per penilaian ulang-dokument per pasien; dan penurunan jumlah langkah yang harus dilakukan sebesar 88 hingga 97%.

- 8) Penelitian Douma M, Rejeb M, et.al, 2024 yang berjudul *“Impact of Implementing Electronic Nursing Records on Quality and Safety Indicators in Care”*. Penelitian ini bertujuan untuk menilai pengaruh Catatan Keperawatan Elektronik (ENR) terhadap kualitas dan keselamatan indikator perawatan (QSCI). Penelitian ini merupakan penelitian intervensi yang terstruktur dalam empat tahap: pengembangan, pra-implementasi, implementasi, dan evaluasi, dengan mengintegrasikan prinsip-prinsip dari 'Standar untuk Pelaporan Studi Implementasi' (StaRI). Daftar QSCI telah ditetapkan dan divalidasi melalui tinjauan literatur dan konsensus Delphi. Hasilnya menunjukkan peningkatan yang signifikan pada kelompok intervensi (menggunakan ENR), khususnya dalam tanda-tanda vital ($p < 0,03$) dan pemberian infus ($p = 0,027$). Sebaliknya, kelompok kontrol (menggunakan dokumentasi berbasis kertas) berkinerja lebih baik dalam hal penelusuran serah terima antar tim (95,1% dibandingkan dengan 71,9% untuk kelompok intervensi). Sistem dokumentasi elektronik elektronik dipandang sebagai transformasi besar dalam perawatan kesehatan di banyak rumah sakit di seluruh dunia. Selain itu, dokumentasi keperawatan elektronik sangat penting untuk keselamatan pasien. Penerapannya

implementasi di rumah sakit kami menunjukkan dampak positif dari ENR pada kualitas perawatan dan kesenjangan dalam serah terima antar tim.

- 9) Penelitian Shongwe, Bonginkosi I, et.al, 2024 yang berjudul “*Operational nursing managers’ experiences of clinical supervision at a Johannesburg Hospital*” Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi dan menggambarkan pengalaman manajer keperawatan operasional pengalaman supervisi klinis dalam konteks rumah sakit akademis di provinsi Gauteng untuk meningkatkan keselamatan pasien dan kualitas supervisi klinis. Metode: Desain eksplorasi, berurutan, metode campuran digunakan dan diimplementasikan selama dua fase untuk memanfaatkan kekuatan dari penelitian kualitatif dan kuantitatif desain. Wawancara individu tidak terstruktur dilakukan untuk mengumpulkan data pada fase pertama dan kuesioner Manchester Clinical Supervision Scale (MCSS) yang telah diadaptasi digunakan untuk mengumpulkan data pada fase kedua. Hasil: Manajer keperawatan operasional bekerja dalam kondisi dan lingkungan yang penuh tekanan dengan kekurangan staf dan peralatan kerja sementara diharapkan untuk memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas tinggi dan aman. Dari responden yang menjadi sampel, 36% (n = 17) merasa tidak puas dengan yang mereka terima, sementara 64% (n = 30) acuh tak acuh dalam arti bahwa mereka tidak menganggapnya memadai atau tidak memadai. Kesimpulan: Supervisor klinis harus dilatih dan didukung dalam melakukan supervisi klinis dengan lokakarya rutin tentang hubungan interpersonal.

10) Penelitian de Lima Ferreira, Larissa I, et.all. 2019 yang berjudul “ *Analysis of records by nursing technicians and nurses in medical records*”. Tujuan penelitian ini adalah untuk menganalisis ketidaksesuaian utama dari catatan keperawatan rumah sakit umum di Natal, Brasil. Metode yang digunakan adalah studi deskriptif, cross-sectional, dengan pendekatan kuantitatif. Penelitian ini dilakukan di departemen keperawatan di bangsal medis dan bangsal bedah. Data yang diperoleh ditabulasi dan dianalisis secara sederhana dalam frekuensi absolut dan relatif dengan menggunakan perangkat lunak Microsoft Excel 2013. Diagram Pareto digunakan untuk mengevaluasi ketidaksesuaian rekam medis. Hasil: masalah utama dalam catatan keperawatan adalah tidak adanya kategori profesional dan nomor konsil keperawatan, yang bertanggung jawab atas 41,8% ketidaksesuaian dalam catatan teknisi keperawatan; untuk catatan perawat, ketidaksesuaian utama adalah tidak adanya waktu dan tulisan tangan yang tidak terbaca, dengan 61,2%. Kesimpulan: penelitian ini menunjukkan bahwa profesi keperawatan melakukan pencatatan secara tidak lengkap dan sering tidak mendokumentasikan tindakan perawatan yang diberikan.