

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Dalam upaya peningkatkan mutu pelayanan keperawatan, supervisi kepala perawat memegang peranan yang sangat penting. Kegiatan supervisi ini dilakukan sebagai salah satu usaha yang dapat dilakukan untuk meningkatkan dan menjamin terselenggaranya pelayanan yang efektif dan bermutu, bukan hanya sebagai mekanisme kontrol antara kepala perawat dengan perawat pelaksana (Siagian, 2019). Supervisi kepala perawat berdampak positif terhadap kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan. Salah satu perangkat penting yang memudahkan pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan lanjutan adalah dokumentasi hasil pelayanan keperawatan (Siahaan et al., 2021). Kepala perawat dan supervisor merupakan salah satu pimpinan rumah sakit. Kepala ruangan dan kepala perawat merupakan sumber motivasi yang penting bagi perawat pelaksana. Sepuluh tanggung jawab kepala perawat dapat dibagi menjadi tiga kategori utama, yaitu: pengambilan keputusan, pembagian informasi, dan interaksi interpersonal.

Jika peran kepala perawat tidak dijalankan secara efektif, hal itu dapat menyebabkan kemunduran layanan kesehatan, berkurangnya motivasi karyawan, berkurangnya keterampilan atau kemampuan staf, kurangnya disiplin, kurangnya informasi terkini dan terbaru dari sumber internal maupun eksternal, disorganisasi sumber daya yang tersedia, dan tantangan dalam pemecahan masalah (Passya et al., 2019). Karena supervisi berperan sebagai fungsi pembimbing yang memberikan arahan, motivasi, dan komunikasi untuk memastikan staf memahami ruang lingkup praktik keperawatan dan dapat melaksanakan tugasnya sesuai harapan, supervisi dapat digunakan sebagai strategi untuk mencapai asuhan keperawatan yang terpadu dan berpusat pada pasien. Perencanaan, kepemimpinan, bimbingan, pengajaran, observasi, dorongan, koreksi, kepercayaan, dan evaluasi rutin terhadap setiap perawat secara adil dan bijaksana merupakan bagian dari supervisi (De Oliveira & Peres, 2021). Dokumentasi yang menyeluruh, penandatanganan setiap entri data, penulisan yang rapi dan jelas, serta penggunaan terminologi medis yang tepat dan

diakui secara luas merupakan bagian dari standar dokumentasi keperawatan. Kualitas asuhan klinis yang diberikan di institusi pelayanan kesehatan primer (FKTP) dapat ditingkatkan melalui dokumentasi keperawatan yang menyeluruh dan tepat (Masri, Marlina, 2023). Karena perawat perlu terbiasa mengikuti prosedur operasi standar di rumah sakit masing-masing untuk mengatasi masalah pasien, standar asuhan keperawatan yang didasarkan pada komponen proses keperawatan memerlukan dokumentasi sebagai bukti kepatuhan perawat. (Manuhutu et al., 2020).

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan aspek penting dalam proses keperawatan dan menjadi salah satu indikator peningkatan mutu pelayanan keperawatan di rumah sakit. Meskipun penting, dokumentasi asuhan keperawatan di beberapa rumah sakit masih sering dianggap kurang bermutu (Aria Pranatha, 2020). Sebagai bukti pelayanan yang diberikan kepada pasien, hasil asuhan keperawatan didokumentasikan dengan tujuan untuk memberikan edukasi kepada pasien dan keluarganya sekaligus menghindari ketidakakuratan data. Dokumentasi yang baik akan meningkatkan mutu asuhan keperawatan dan memudahkan staf keperawatan untuk berkoordinasi secara dinamis. Selain itu, dokumentasi keperawatan sangat penting untuk menjaga profesionalitas dan martabat keperawatan sebagai profesi yang bereputasi baik dan bermartabat di masyarakat. Kelengkapan berkas medis perawat harus dipantau untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit, termasuk pelayanan medis (Hastoro et al., 2021).

Pedoman dokumentasi keperawatan telah ditentukan oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) sesuai dengan standar 3S (SDKI, SIKI, SLKI). Penerapan standar 3S diharapkan dapat membantu perawat Indonesia dalam menghasilkan dokumentasi pelayanan keperawatan yang bermutu (Sudaryati et al., 2022). Dalam pengambilan keputusan klinis keperawatan, SDKI dapat digunakan sebagai standar diagnostik yang mempertimbangkan standar kebahasaan, kejelasan penalaran diagnostik, kelengkapan jenis diagnostik yang dapat diakses, dan kemudahan penggunaan (Sudaryati et al., 2022). Perawat dapat menggunakan SLKI sebagai panduan untuk memahami situasi pasien dan membantu klien mencapai

status kesehatan terbaik setelah menerima perawatan. SIKI ialah suatu usaha evaluasi klinis dan keperawatan tujuannya meningkatkan, mencegah, dan memulihkan kesehatan masyarakat, keluarga, dan klien individu. (Mu'minah1 et al., 2023)

Kebanyakan rumah sakit di Indonesia masih memanfaatkan sistem dokumentasi yang metodelis. Perawat harus membuat dokumentasi yang lengkap dari semua intervensi pasien sebagai bagian dari prosedur dokumentasi ini. Karena kurangnya standarisasi nasional untuk desain dokumentasi ini, banyak rumah sakit menggunakan prosedur dokumentasi keperawatan berbasis kertas yang berbeda, yang mengakibatkan perbedaan pendapat tentang pentingnya catatan keperawatan. Menurut Rusmianingsih et al. (2023), keadaan ini mungkin juga menjadi faktor dalam penurunan kualitas dokumentasi keperawatan. Diagnosis perawatan didasarkan pada Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), dan keterampilannya berdasarkan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), sesuai dengan Menteri Kesehatan (KMK) RI No. HK.01.07/MENKES/425/2020 tentang standar perawatan profesional.(Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2020).

Perawat sering menghabiskan banyak waktu untuk melaksanakan tugas keperawatan bagi pasien tanpa memikirkan kelengkapan dokumentasi secara cukup, sesuai dengan pola yang terlihat di banyak rumah sakit. Masalah umum lainnya adalah perawat cenderung memprioritaskan perawatan pasien di atas dokumentasi perawatan keperawatan (Togubu et al., 2019). Penelitian tambahan mendukung hal ini, yang menunjukkan bahwa tidak adanya dokumentasi keperawatan yang tepat dan efisien dapat memberikan panduan kepada manajer bangsal atau kepala unit tentang cara meningkatkan kualitas perawatan keperawatan yang diberikan oleh tim keperawatan mereka (Teresa et al., 2021).

Menurut (Effendi, 2022) penelitian terdahulu Kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan secara global masih rendah. Riset yang dilakukan di Amerika, Eropa dan Australia masing – masing menunjukkan kualitas dokumentasi yang rendah, yakni masih dibawah 50%. Penelitian menunjukkan Amerika 32,7%, Eropa 32.3%,

dan Selandia Baru 52%. Di Indonesia kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan masih rendah. Menurut penelitian yang dilakukan peneliti menunjukkan kualitas yang rendah yang sebesar 47%. Secara global, kualitas dokumentasi asuhan keperawatan masih menjadi masalah utama. Berdasarkan hasil penelitian (Pertiwiwati, 2019) yang dilakukan di RSUD Kalimantan Tengah peneliti melihat rekam medis pasien di 8 rawat inap ditemukan 49 status rekam medis pasien didapatkan pendokumentasian lengkap, relevan dan akurat (8,2%), pendokumentasian yang tidak lengkap, relevan dan akurat (92%), pendokumentasian yang dilakukan belum lengkap dari pengkajian sampai evaluasi (20%). Pendokumentasian yang dilakukan belum relevan dari pengkajian sampai evaluasi (31%), pendokumentasian yang tidak akurat dari pengkajian sampai evaluasi (41%). Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Damanik et al., 2020) hasil analisis menggambarkan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan di 8 rawat inap di RSUD Kalimat Tengah dengan 124 rekam medis (55,9%) dan 98 rekam medis (44,1%) masih terdapat dokumen asuhan keperawatan yang kualitasnya cukup, hal ini dikarenakan Sebagian besar asesmen bersifat tertulis, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi masih belum sesuai.

Supervisi kepala perawat sangat penting untuk menjaga standar perawatan di rumah sakit karena bertujuan untuk menganalisis masalah atau hambatan dalam layanan keperawatan. Meningkatkan produktivitas perawat yang berpraktik, termasuk dokumentasi keperawatan, merupakan tujuan supervisi keperawatan. Untuk menjamin bahwa semua operasi yang direncanakan terlaksana dengan sukses, pengawasan sangat penting (Yullyzar et al., 2020). Tujuan supervisi meliputi peralatan ruangan, masalah yang muncul di ruangan, dan keluhan staf keperawatan. Kelengkapan dokumentasi perawatan keperawatan terkait dengan supervisi perawat. Asesmen, diagnosis, intervensi, evaluasi, dan catatan keperawatan merupakan contoh entri yang tidak lengkap dalam perawatan keperawatan. Memprioritaskan diagnosis menyebabkan masalah dalam diagnosis, sedangkan kegagalan mencatat data dari pasien masuk hingga keluar menyebabkan masalah dalam evaluasi. Di antara kesulitan dalam intervensi adalah kurangnya reaksi pasien yang terdokumentasi terhadap intervensi keperawatan dan tidak adanya evaluasi

tertulis pada setiap pergantian shift. Selain itu, tindakan yang dicatat dalam setiap paragraf catatan keperawatan sering kali tidak ditentukan. (Haryono & Sari, 2021).

Tingkat kepatuhan perawat terhadap pedoman dokumentasi yang ditetapkan oleh pemerintah atau profesi mereka dapat digunakan untuk menilai proses dokumentasi. Ini termasuk keakuratan dan kelengkapan catatan perawatan keperawatan, yang perlu selalu diperbarui sesuai dengan pedoman. Mendokumentasikan waktu dan tanggal secara akurat terkait kondisi pasien saat menerima perawatan adalah langkah pertama dalam proses ini. Perawat memerlukan supervisi, arahan, dan bantuan untuk menghasilkan dokumentasi keperawatan yang akurat dan berkualitas tinggi (Fibriansari et al., 2022). Dokumentasi keperawatan yang tidak memadai dapat berdampak negatif pada kemampuan perawat ketika menyediakan perawatan untuk pasien. Dokumentasi keperawatan merupakan bagian penting dari bukti asli, dan perawat yang melakukan kesalahan dalam memberikan perawatan dapat dikenakan akibat hukum. Kesalahan dalam pemberian transfusi darah dan kesalahan resep, seperti zat, dosis, atau pasien yang salah, merupakan kesalahan atau kelalaian yang sering dilakukan oleh perawat dalam tindakan keperawatan. Kesalahan ini dapat membahayakan nyawa pasien dan membuat perawat menghadapi masalah hukum. (Amir & Purnama, 2021)

Berdasarkan penelitian dari (Rahayu et al., 2021) yang menyatakan bahwa supervisi kepala ruangan di instalasi rawat inap rumah sakit Umum Pusat Dr. Sitanala angerang dengan kategorik baik 92,7% dan cukup 7,3%. Ini menyiratkan bahwa kepala perawat di setiap departemen Rumah Sakit Roemani Semarang dipersepsikan tidak baik oleh perawat mengenai kepemimpinan mereka, khususnya dalam hal supervisi. Lebih lanjut, lebih dari sepertiga responden (74, atau 36%) pada sebuah penelitian yang dilakukan di Rumah Sakit Pendidikan Gondar di Ethiopia memberikan alasan berikut untuk tidak mencatat perawatan keperawatan: kurangnya waktu (19%), beban pasien yang besar (22%), kurangnya format dokumentasi (2,2%), dan kurangnya ruang (4,3%). Selain itu, penelitian dari Rumah Sakit Rujukan Felege Hiwot Ethiopia Barat Laut mengungkapkan bahwa

kesalahan dokumentasi terjadi pada sekitar 87% prosedur medis. Wawancara dengan empat dari tiga belas perawat (30%) dari Bangsal Rawat Inap Teratai di RS Amelia Pare Kediri di Indonesia mengungkapkan bahwa banyaknya tugas yang diperlukan untuk perawatan pasien terkadang membuat para perawat ini tidak memiliki waktu untuk menyelesaikan format dokumentasi yang diberikan. (Sholihin et al., 2020).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada tanggal 8 Juli 2025 sampai dengan 14 Juli 2025 di Instalasi Rawat Inap RSUD Brebes, diperoleh data jumlah perawat di ruang Mawar sebanyak 23 perawat, ruang Teratai sebanyak 23 perawat, dan ruang Sakura sebanyak 23 perawat. Secara keseluruhan jumlah perawat rawat inap di RSUD Brebes adalah 115 orang. Studi pendahuluan ini dilaksanakan melalui metode wawancara dengan kepala ruangan serta observasi menggunakan kuesioner mengenai supervisi kepala ruangan dan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan. Dari 15 perawat yang mewakili tiga ruangan Mawar, Teratai, dan Sakura, 5 dari ruang Mawar, 5 dari ruang Teratai, dan 5 dari ruang Sakura, ditemukan bahwa sebagian perawat masih sering mengabaikan pencatatan dokumentasi karena banyaknya beban kerja yang harus mereka lakukan terhadap pasien.

Berdasarkan studi pendahuluan terhadap 15 perawat pelaksana di ruang Mawar, Teratai, dan Sakura RSUD Brebes, diperoleh gambaran mengenai supervisi kepala ruangan dan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan. Pada aspek supervisi kepala ruangan, sebagian besar perawat menilai perencanaan supervisi sudah baik, dimana 7 orang menyatakan kepala ruangan selalu menyusun rencana dengan jelas, namun 5 orang menilai perencanaan kadang tidak sesuai kebutuhan, dan 3 orang menyebut tidak ada perencanaan tertulis. Pada indikator pengorganisasian, 6 perawat menilai pembagian tugas sesuai kompetensi, 5 perawat menyatakan kadang tidak merata, dan 4 perawat menyebut masih sering tidak sesuai beban kerja. Selanjutnya pada indikator pengarahan, 8 perawat mengaku sering mendapat bimbingan dan arahan dari kepala ruangan, 4 perawat menilai arahan hanya diberikan saat ada masalah, sedangkan 3 perawat menyebut jarang mendapat

pengarahan. Pada indikator pengawasan, 5 perawat merasa kepala ruangan melakukan pemantauan secara rutin, 6 perawat menyatakan pengawasan hanya dilakukan bila ada keluhan, dan 4 perawat menilai jarang dilakukan. Sedangkan pada indikator pencatatan, 6 perawat menyebut hasil supervisi didokumentasikan, 5 perawat menilai pencatatan hanya dilakukan sesekali, dan 4 perawat mengatakan tidak ada pencatatan supervisi yang jelas.

Sementara itu, pada aspek kualitas dokumentasi asuhan keperawatan, sebagian perawat sudah memenuhi prinsip *simplicity*, dimana 7 perawat menulis dengan bahasa sederhana dan mudah dipahami, 5 perawat masih menggunakan istilah medis yang sulit, dan 3 perawat menulis kurang rapi. Pada indikator *conservatism*, 6 perawat menyatakan dokumentasi sudah akurat sesuai bukti, 5 perawat masih kurang teliti, dan 4 perawat cenderung hanya menyalin data tanpa verifikasi. Pada indikator *patience*, 8 perawat menuliskan dokumentasi dengan teliti dan sabar, 4 perawat kadang terburu-buru, dan 3 perawat masih sering melewatkan detail. Sedangkan pada indikator *irrefutability*, 5 perawat mendokumentasikan catatan yang jelas dan dapat dipertanggungjawabkan, 6 perawat kadang masih terdapat coretan, dan 4 perawat menuliskan catatan yang sulit dibaca atau tidak konsisten.

Hasil studi pendahuluan menunjukkan bahwa Dari hasil ini dapat disimpulkan bahwa supervisi kepala ruangan belum sepenuhnya berjalan optimal, terutama pada aspek pencatatan dan tindak lanjut supervisi, sedangkan pada kualitas dokumentasi kelemahan yang paling menonjol adalah pada indikator *irrefutability*, dimana catatan keperawatan belum sepenuhnya jelas, rapi, dan konsisten.

1.2 Tujuan Penelitian

1.2.1 Tujuan Umum

Untuk menemukan dan mengidentifikasi kaitan supervisi kepala ruangan dengan kualitas pendokumentasian di instalasi rawat inap RSUD Brebes .

1.2.2 Tujuan Khusus

1.2.2.1 Mengidentifikasi pelaksanaan supervisi kepala ruangan di ruang rawat inap

1.2.2.2 Mengidentifikasi kualitas dokumentasi asuhan keperawatan

1.2.2.3 Menganalisis kaitan supervisi kepala ruangan dengan kualitas dokumentasi keperawatan

1.3 Manfaat Penelitian

1.3.1 Manfaat Aplikatif

Data studi mampu dapat menambah wawasan mengenai “Hubungan Supervisi Kepala Ruangan Dengan Kualitas dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap”.

1.3.2 Manfaat Keilmuan

Hasil penelitian ini dapat mengembangkan pengetahuan, memperluas wawasan sebagai salah satu ilmu pengetahuan dan ilmu kesehatan terkait Manajemen Keperawatan tentang “ Hubungan Supervisi Kepala Ruangan Dengan Kualitas dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap”.

1.3.3 Manfaat Metodologi

Studi ini bisa diandalkan sebagai sumber penelitian tambahan dalam memperbanyak wawasan tentang kualitas dokumentasi asuhan keperawatan.