

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Perawat yang bekerja di rumah sakit harus memahami dan menyadari pentingnya setiap tindakan pelayanan yang diberikan kepada pasien dilakukan secara profesional, disertai dengan rasa tanggung jawab serta kesadaran untuk mempertanggungjawabkan tindakan tersebut. Hal ini sejalan dengan ketentuan yang tertuang dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 yang memberikan pedoman terhadap hak dan kewajiban tenaga kesehatan, termasuk perawat, dalam menjalankan tugas dan tanggung jawabnya di bidang pelayanan Kesehatan (Irawan, 2016). Seorang perawat tidak hanya memiliki kewajiban untuk memberikan pelayanan asuhan keperawatan, tetapi juga harus mencatat atau mendokumentasikan setiap tindakan yang dilakukan secara jelas, valid, dan dapat dimanfaatkan sebagai sumber informasi yang sah dan terpercaya (Oktavianti, 2019).

Dokumentasi keperawatan dalam bentuk dokumen asuhan keperawatan merupakan salah satu alat sebagai pembuktian atas perbuatan perawat selama menjalankan tugas pelayanan keperawatan di rumah sakit (Irawan, 2016). Dokumentasi keperawatan merupakan catatan tertulis yang berisi detail mengenai tindakan keperawatan yang dilakukan terhadap pasien, siapa yang melakukannya, waktu pelaksanaan, serta hasil dari intervensi yang di berikan. Catatan ini meliputi seluruh data dan informasi yang dapat direkam, mulai dari pengukuran tanda-tanda vital pasien, pemberian obat, hingga catatan naratif yang dibuat oleh perawat selama perawatan berlangsung (Oktavianti, 2019). Dokumentasi keperawatan Secara umum menggambarkan proses keperawatan yang terdiri dari lima tahapan penting. Pertama adalah pengkajian, yaitu proses sistematis dalam mengumpulkan data pasien untuk menilai kondisi kesehatannya saat ini. Kedua adalah diagnosis keperawatan, yang merumuskan masalah kesehatan pasien berdasarkan temuan dari pengkajian. Ketiga adalah perencanaan, yaitu menentukan rencana tindakan keperawatan yang bertujuan

memperbaiki atau mempertahankan status kesehatan pasien. Keempat, implementasi, yaitu pelaksanaan tindakan keperawatan sesuai rencana. Terakhir adalah evaluasi, yaitu menilai apakah tujuan dari tindakan keperawatan telah tercapai melalui perbandingan hasil aktual dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya (Raihan et al., 2023).

Berdasarkan penelitian hasil Penelitian yang dilakukan dengan topik gambaran pendokumentasian proses keperawatan di Ruang Rawat Inap Bedah Wanita Rumah Sakit Banda Aceh menunjukkan bahwa pendokumentasian proses keperawatan tidak lengkap 18 dokumen (100%), dimana pada tahap pengkajian keperawatan 10 dokumen (55.5%) tidak lengkap, pada tahap diagnosis keperawatan 15 dokumen (83.3%) tidak lengkap, pada tahap perencanaan dan implementasi keperawatan 7 dokumen (38.9%) tidak lengkap dan pada tahap evaluasi keperawatan 18 dokumen (100%) tidak lengkap (Raihan et al., 2023). Fenomena rendahnya kualitas dokumentasi keperawatan bukan hanya terjadi di Indonesia, melainkan menjadi isu global. Beberapa studi yang dilakukan di negara-negara seperti Eropa, Amerika Serikat, dan Australia menunjukkan bahwa kurang dari setengah dari dokumentasi yang ditinjau tergolong berkualitas baik. Di Amerika, hanya 32,7% dokumentasi yang dinilai baik, sementara di Eropa 32,3%, dan Selandia Baru memiliki angka sedikit lebih tinggi yaitu 52%. Di Indonesia sendiri, persentase dokumentasi keperawatan yang dianggap berkualitas hanya sekitar 7%, yang sangat jauh dari harapan. Adapun penyebab dari rendahnya kualitas dokumentasi ini sangat beragam. Di Eropa, penyebab utamanya antara lain adalah kurangnya informasi sebesar 25,5%, beban kerja yang tinggi sebesar 2%, serta minimnya pengawasan atau supervisi sebesar 11,2% (Anila et al., 2023).

Ketidaktepatan atau ketidaklengkapan dokumentasi keperawatan dapat menimbulkan berbagai dampak negatif. Salah satu dampak utamanya adalah terganggunya komunikasi antar tim kesehatan, yang pada akhirnya bisa mempengaruhi keselamatan pasien serta menurunkan mutu pelayanan yang diberikan. Jika kondisi ini terus dibiarkan tanpa adanya perbaikan, maka akan membahayakan tidak hanya

pasien, tetapi juga perawat itu sendiri. Bagi pasien, dokumentasi yang tidak lengkap dapat memperlambat proses penyembuhan karena informasi medis tidak tersedia secara menyeluruh, terutama ketika pasien harus dirawat kembali di masa mendatang. (Umar, 2021).

Pemilihan Ruang Rawat Inap Lavender Bawah RSUD Kardinah Kota Tegal sebagai lokasi penelitian didasarkan pada pengalaman peneliti yang pernah praktik klinik di ruang tersebut, merupakan salah satu ruang dengan jumlah pasien terbanyak di RSUD Kardinah, sehingga dalam pencatatan dokumentasi kurang mendapat perhatian oleh karena itu dinilai representatif untuk menggambarkan kondisi dokumentasi keperawatan secara menyeluruh.

Berdasarkan pernyataan diatas, dengan masih rendahnya kualitas dokumentasi keperawatan di rumah sakit di Indonesia maka penulis ingin mengetahui kualitas/kelengkapan dokumentasi keperawatan di Ruang Rawat Inap Lavender Bawah di RSUD Kardinah, sehingga penulis menyusun rumusan masalah yaitu “Gambaran Dokumentasi Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Lavender Bawah RSUD Kardinah Kota Tegal”.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah gambaran dokumentasi keperawatan di Ruang Rawat Inap Lavender Bawah RSUD Kardinah kota tegal pasien ?.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Secara umum Penelitian ini di lakukan untuk mengetahui Gambaran Dokumentasi Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Lavender Bawah RSUD Kardinah Kota Tegal.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Untuk mengetahui kelengkapan pendokumentasian keperawatan di Ruang Rawat Inap Lavender Bawah RSUD kardinah kota tegal

1.3.2.2 Untuk mengetahui isi pengkajian dokumenatasi keperawatan di Ruang Rawat Inap Lavender Bawah RSUD kardinah kota tegal

1.3.2.3 Untuk mengetahui isi diagnosa keperawatan dalam dokumentasi keperawatan di Ruang Rawat Inap Lavender Bawah RSUD kardinah kota tegal

1.3.2.4 Untuk mengetahui isi intervensi keperawatan dalam dokumentasi keperawatan di Ruang Rawat Inap Lavender Bawah RSUD kardinah kota tegal

1.3.2.5 Untuk mengetahui isi implementasi dokumentasi keperawatan di Ruang Rawat Inap Lavender Bawah RSUD kardinah kota tegal

1.3.2.6 Untuk mengetahui isi evaluasi dokumentasi keperawatan di Ruang Rawat Inap Lavender Bawah RSUD kardinah kota tegal

1.4 Manfaat

Karya tulis ini, diharapkan memberikan manfaat bagi :

1.4.1. Manfaat Bagi Tempat Penelitian

Sebagai bahan pertimbangan untuk menambah wawasan dan pengetahuan mengenai kualitas dokumentasi keperawatan yang ada di tempat Penelitian, serta untuk mengetahui apakah dokumentasi tersebut telah sesuai dengan standar yang berlaku. Hasil penelitian ini juga dapat dijadikan dasar dalam perbaikan sebagai pendokumentasian keperawatan di RSUD Kardinah, khususnya di Ruang Rawat Inap Lavender Bawah.

1.4.2. Manfaat Bagi Pengembangan Ilmu dan Teknologi Keperawatan

Sebagai tambahan informasi ilmiah mengenai kualitas dokumentasi keperawatan yang terdapat di Ruang Rawat Inap Lavender Bawah RSUD Kardinah Kota Tegal. Penelitian ini dapat menjadi referensi untuk pengembangan sistem dokumentasi dalam praktik keperawatan menjadi lebih baik dan sesuai.

1.4.3. Manfaat Bagi Penulis

Sebagai sarana untuk menambah pengetahuan dan pemahaman penulis mengenai kualitas dokumentasi keperawatan di Ruang Rawat Inap Lavender Bawah RSUD Kardinah Kota Tegal