

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT)

2.1.1 Definisi CPPT

Catatan perkembangan pasien terintegrasi adalah suatu catatan perubahan subjektif dan objektif sesuai kondisi pasien serta pengkajian selanjutnya yang berdasarkan prinsip *cost effectiveness*. Catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT) juga merupakan hasil asuhan pelayanan medik pasien atau kesimpulan rapat dari tim asuhan atau diskusi lain tentang kolaborasi terhadap pelayanan pasien yang dicatat dalam rekam medis pasien dilembar catatan terintegrasi pasien. Penulisan dalam CPPT ini mempunyai sistematika model subjektif, objektif, assesmen dan plan (SOAP) (Patima, 2022).

CPPT merupakan pendokumentasian perkembangan pasien yang diisi dalam satu formulir dilakukan oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang bekerja sebagai tim interdisiplin dengan kolaborasi interpersonal. Intruksi PPA dibutuhkan dalam pemberian asuhan pasien misalnya pemeriksaan dilaboratorium, pemberian obat-obatan, pemeriksaan penunjang yang diperlukan, pemberian diet, pemberian fisioterapi dan konsultasi. Pengkajian ulang dapat dilakukan oleh semua PPA untuk menilai apakah asuhan yang diberikan telah berjalan dengan efektif. Pemantauan terapi obat di dokumentasikan di dalam catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT) di rekam medis sebagai informasi untuk digunakan oleh semua PPA (Kemenkes RI, 2022).

2.1.2 Tujuan dilakukan dokumentasi CPPT

2.1.2.1 Memudahkan pemberi pelayanan kesehatan dalam

mengikuti pemberian pelayanan dan pengobatan pasien sehingga mempermudah mengetahui perkembangan kondisi pasien.

- 2.1.2.2 CPPT sebagai acuan dalam menuliskan asuhan pelayanan pasien pada catatan terintegrasi agar terjadi keseragaman dalam penulisan di lembar CPPT dalam rekam medis pasien (Patima, 2022).

2.1.3 Manfaat dokumen CPPT

Manfaat dokumen CPPT menurut (Setyaningtyas & Wahab, 2021) adalah:

- 2.1.3.1 Meningkatkan mutu pelayanan pada keadaan klinis dan lingkungan tertentu.
- 2.1.3.2 Bekerja sama dengan tim multidisiplin.
- 2.1.3.3 Mengurangi jumlah intervensi yang tidak perlu dan berbahaya.
- 2.1.3.4 Memberikan opsi pengobatan dan perawatan terbaik dengan keuntungan maksimal.
- 2.1.3.5 Menghindari terjadinya *medication errors* (ketidaktepatan penggunaan obat-obatan yang dapat dicegah) secara dini dan mis komunikasi.
- 2.1.3.6 Memberikan opsi pengobatan dengan risiko terkecil.
- 2.1.3.7 Memberikan tatalaksana asuhan dengan biaya yang memadai.

CPPT pasien menurut Dirjen Bina Upaya Kesehatan RSUP Persahabatan (2020) dilakukan berdasarkan prinsip-prinsip pemberian pelayanan yang bermutu serta berorientasi pada keselamatan dan melibatkan pasien dan keluarga. Proses CPPT pasien yang efektif akan menghasilkan keputusan tentang pengobatan, perawatan yang telah dilakukan dan asuhan yang dibutuhkan pasien selanjutnya, maka penulisan CPPT harus memiliki kaidah-kaidah:

- 1) Petugas Penulis dalam formulir CPPT adalah semua PPA yaitu dokter, dokter spesialis, perawat, bidan, nutrisisionis, terapis, farmasi dan lain-lain.
- 2) Semua petugas kesehatan wajib menuliskan waktu pelaksanaan pencatatan yaitu tanggal, bulan, tahun dan jam dalam WITA.
- 3) Setiap petugas kesehatan menulis CPPT dilengkapi paraf dan cap nama dan gelar petugas kesehatan.
- 4) DPJP membuat perencanaan asuhan pasien dalam waktu 24 jam sesudah pasien masuk ruang rawat inap.
- 5) Jika perawatan sudah sesuai dengan rencana dan tujuan yang ditentukan, DPJP wajib melakukan verifikasi dengan memberikan tanda tangan dan cap nama, gelar serta SIP DPJP pada pojok kanan bawah tiap lembar CPPT.
- 6) Tindakan diagnostic atau tindakan lain yang dilakukan termasuk hasilnya dicatat dalam rekam medis pasien.
- 7) Dokter anastesi menulis instruksi post anastesi-sedasi pada formulir laporan anastesi - sedasi dan pada catatan terintegrasi dengan menuliskan "instruksi post operasi lihat pada laporan operasi".
- 8) DPJP membuat permintaan pemeriksaan diagnostic imaging dan laboratorium klinis atas indikasi klinis dan alasan pemeriksaan yang rasional agar mendapatkan interpretasi yang diperlukan kecuali dipelayanan khusus seperti IGD dan unit critical care (HCU dan perinatology) yang memerlukan pemeriksaan cito dapat dilakukan oleh dokter jaga IGD dan dokter jaga ruangan.
- 9) Pasien dan keluarga diberitahu tentang hasil asuhan dan pengobatan termasuk kejadian tidak diharapkan dari asuhan dan pengobatan tersebut diatas oleh pemberi pelayanan kesehatan yang berwenang.

- 10) Catatan sebaiknya bersifat kolaboratif, ringkas dan singkat namun berisikan hal-hal yang esensial.
- 11) Catatan perkembangan berisi catatan temuan, perubahan, perkembangan atau perjalanan penyakit yang berorientasi pada masalah pasien, dituliskan pada RM dengan metode SOAP:

- a) Subjektive

Adalah data yang didapat dari keluhan atau dirasakan oleh pasien. Keberhasilan seorang perawat dalam menanyakan keluhan yang bersifat subjektive sangat mempengaruhi dalam menentu tindakan selanjutnya. Memberikan posisi tubuh setinggi mata pasien. Bicara dengan 10 tenang, tidak terburu-buru, dan suara mantap. Bicara secara jelas, spesifik, menggunakan kata-kata sederhana dan kalimat pendek. Memberikan pilihan jika ada. Bersikap jujur pada pasien. Mengizinkan pasien mengekspresikan masalah dan rasa takutnya.

- b) Objektive

Adalah temuan yang dapat dari hasil-hasil pemeriksaan fisik atau hasil pemeriksaan diagnostik. Pengkajian fisik adalah proses berkelanjutan yang dimulai selama wawancara, terutama menggunakan inspeksi atau observasi. Selama pemeriksaan yang lebih formal, alat-alat untuk perkusi, palpasi dan auskultasi ditambahkan untuk memantapkan dan menyaring pengkajian sistem tubuh.

- c) Asessment

Kesimpulan berupa diagnosis yang didapat oleh PPA berdasarkan temuan subjektifitas PPA dan pada tanggal pemeriksaan. Pada Asesment ini berisi tentang masalah

keperawatan pada pasien yang meliputi diagnosa keperawatan.

d) Plan

Tindak lanjut yang dibuat berdasarkan asesmen yang didapat oleh PPA (seperti perintah pemeriksaan penunjang, pemberian obat-obatan, rencana tindakan, konsultasi/rujukan, dan sebagainya).

12) Case Manager bertanggung jawab dalam memfasilitasi dan mengkoordinasikan serta melakukan monitoring dalam pengisian CPPT oleh PPA.

13) Pelaksanaan penulisan CPPT

a) CPPT di Rawat Inap

CPPT di rawat inap dilaksanakan oleh PPA setiap kali PPA melakukan visit ke pasien. Untuk dokter dan tenaga kesehatan lainnya setiap hari saat visit. Untuk Perawat setiap kali pergantian shift atau setiap ada asesmen ulang sesuai kebutuhan pasien. Adapun tata caranya sesuai kompetensi PPA sebagai berikut:

(1) Dokter

Dokter menuliskan perkembangan pasien dengan metode SOAP, sesuai dengan hasil anamnese, hasil pemeriksaan fisik dan atau hasil pemeriksaan penunjang, dianalisa, dievaluasi dan kemudian dibuatkan care plan atau rencana pelayanan (pengobatan/tindakan) berupa target terukur dari rencana pelayanan yang akan dicapai. Target terukur dituliskan di kolom P, sedangkan rencana pengobatan/tindakan dituliskan dikolom instruksi. DPJP sebagai tim leader dari semua PPA, rencana asuhan dari masing-masing PPA di Review dan di verifikasi kembali dengan paraf DPJP.

(2) Perawat dan Bidan

Perawat menuliskan perkembangan pasien dengan metode SOAP, menggunakan stempel/cap yang meliputi hal-hal yang penting seperti pada **Subyektif**: keluhan yang dirasakan oleh pasien, **Objektif**: meliputi hasil assesmen tanda- tanda vital, skala nyeri, risiko jatuh dan nutrisi serta data lain yang mendukung pelayanan kolaborasi, kemudian dilakukan **Analisis** ditemukan masalah dan dibuat **Plan** (perencanaan) dan intervensi.

(3) Tenaga kesehatan lain (terapis, nutrisisionis, farmasis). Tenaga kesehatan lain menuliskan tata laksana serta perkembangan pasien yang terdiri dari masalah kolaborasi dengan metode SOAP.

Untuk kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan juga dapat diukur dengan menggunakan Peraturan Menteri Kesehatan No.269/Menkes/Per/XII/2008 tentang Rekam Medis Standar Pelayanan Minimal dimana disebutkan kelengkapan adalah 100% dari sebuah dokumentasi.

Ataupun menggunakan sumber (Depkes, 2015) yaitu:

$$\text{Presentasi} = \frac{\text{Total Jawaban}}{\text{Jumlah rekam medis X jumlah aspek yang dinilai}} \times 100\%$$

Berdasarkan dari Permenkes tahun 2022 tentang standar pelayanan minimal untuk kelengkapan dokumen CPPT dikatakan lengkap jika:

1. 100% lengkap diberi kode 2.
2. $\leq 100\%$ tidak lengkap diberi kode 1.

Tabel 2.1 Kode Kelengkapan Dokumen CPPT

100% lengkap	$\leq 100\%$ tidak lengkap
2	1

Dari berbagai sumber yang diperoleh dapat disimpulkan bahwa kelengkapan dokumentasi adalah 100% dari setiap indikator yang disebutkan, sehingga kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan terhadap dokumen CPPT dapat diukur dengan kriteria lengkap dan tidak lengkap.

2.2 Faktor Yang Mempengaruhi Kelengkapan Dokumentasi CPPT

Faktor yang mempengaruhi kelengkapan CPPT menurut (Health & Governance, 2012; Prideaux, 2011) seperti:

2.2.1 Beban kerja

Beban kerja adalah sejumlah kegiatan yang harus diselesaikan oleh perawat dalam jangka waktu tertentu. Beban kerja perawat meliputi beban kerja fisik dan mental. Beban kerja yang bersifat fisik seperti membantu pasien ke kamar mandi, memindahkan pasien, memandikan pasien, merapikan tempat tidur. Beban kerja yang bersifat mental bisa berupa keterampilan spesifik yang dimiliki perawat seperti komunikasi terapeutik, mempersiapkan mental pasien, keluarga pada pasien kritis atau yang akan operasi, bekerja secara shift atau bergiliran (Ananta & Dirdjo, 2021).

2.2.1.1 Jenis beban kerja:

Jenis beban kerja menurut (Aries et al, 2018) seperti:

- a. Beban kerja kuantitatif yaitu beban berlebih secara fisik ataupun mental, yaitu individu harus melakukan terlalu banyak hal dalam pekerjaannya dan dapat memungkinkan menjadi sumber stress pekerjaan. Unsur lain yang menimbulkan beban berlebih

kuantitatif ini adalah desakan waktu. Pada saat atau kondisi tertentu waktu akhir dapat menjadi stimulus untuk menghasilkan prestasi kerja yang baik, namun bila tekanan waktu tersebut menimbulkan banyak kesalahan dalam pekerjaan atau menyebabkan gangguan kesehatan pada individu maka ini mencerminkan adanya beban kerja berlebih kuantitatif.

- b. Beban kerja kualitatif adalah pada individu akibat tuntutan pekerjaan yang lebih tinggi dari batas kemampuan kognitif dan teknis individu. Pada batasan tertentu, beban kerja tersebut menyebabkan pekerjaan menjadi tidak produktif bagi individu pekerja. Bila berkelanjutan akan timbul kelelahan mental dan dapat tampil dalam bentuk reaksi emosional dan psikomotor secara patologis.

2.2.1.2 Faktor yang mempengaruhi beban kerja

Beban kerja menurut (Mahawati *et al.*, 2021) dipengaruhi oleh:

- a. Faktor internal adalah faktor yang berasal dari dalam tubuh yang terbagi menjadi dua yaitu faktor somatic (Jenis kelamin, umur, ukuran tubuh, status gizi, dan kondisi Kesehatan) dan faktor psikis (motivasi, persepsi, kepercayaan, keinginan, dan kepuasan).
- b. Faktor eksternal merupakan beban yang berasal dari luar tubuh pekerja. Faktor eksternal mencakup tiga aspek yang sering kali disebut *stressor*. Pertama, tugas bersifat fisik seperti tata ruang, tempat kerja, alat dan sarana kerja, kondisi kerja, sikap kerja, sedangkan tugas-tugas yang bersikap mental seperti

kompleksitas pekerjaan, tingkat kesulitan pekerjaan dan tanggung jawab pekerjaan. Kedua organisasi kerja seperti lamanya waktu kerja, waktu istirahat, kerja bergilir, kerja malam, system pengupahan, model struktur organisasi, perlimpahan tugas dan wewenang. Yang ketiga, lingkungan kerja baik lingkungan fisik, kimiawi, biologis maupun psikologis.

2.2.1.3 Dampak beban kerja

Beban kerja yang terlalu berlebihan dapat menimbulkan gangguan atau penyakit akibat bekerja. Selain itu, juga dapat mengakibatkan kelelahan baik fisik, mental maupun reaksi-reaksi emosional seperti sakit kepala, gangguan pencernaan dan mudah marah. Disisi lain, beban kerja yang terlalu sedikit yang terjadi karena pengulangan peran dan gerak dapat menimbulkan kebosanan, para pekerja tentu tidak sama dalam merasakan beban kerja, karena kemampuan, pengalaman dan pemahaman yang berbeda (Mahawati *et al.*, 2021).

2.2.1.4 Pengukuran beban kerja

Pengukuran beban kerja telah digolongkan secara garis besar ada tiga kategori pengukuran beban kerja menurut Buanawati 2019 adalah:

- a. Pengukuran subjektif, yakni pengukuran yang didasarkan kepada penilaian dan pelaporan oleh pekerja terhadap beban kerja yang dirasakannya dalam menyelesaikan suatu tugas. Pengukuran jenis ini pada umumnya menggunakan skala

penilaian (*rating scale*).

Buanawati 2019 telah membuat kuesioner beban kerja dengan sumber dari Nursalam 2017 seperti berikut.

Tabel 2.2 Kuesioner beban kerja

Kode: 3 = Beban kerja Ringan

2 = Beban kerja Sedang 1 = Beban kerja Berat

No	Pertanyaan	1	2	3
1	Melakukan observasi pasien selama jam kerja.			
2	Banyak jenis pekerjaan yang harus dilakukan demi keselamatan pasien.			
3	Beragamnya jenis pekerjaan yang harus dilakukan demi keselamatan pasien.			
4	Kontak langsung perawat dengan pasien di ruangan secara terus menerus selama jam kerja.			
5	Kurangnya tenaga perawat di ruangan dibandingkan dengan pasien.			
6	Pengetahuan dan kemampuan yang dimiliki tidak mampu mengimbangi tuntutan pekerjaan.			
7	Harapan pimpinan rumah sakit terhadap pelayanan yang berkualitas.			
8	Tuntutan keluarga untuk keselamatan pasien.			
9	Setiap saat dihadapkan pada keputusan yang tepat.			
10	Tanggung jawab dalam melaksanakan			

	perawatan pasien.			
11	Setiap saat menghadapi pasien dengan karakteristik bermacam-macam.			
12	Tugas pemberian obat-obatan yang diberikan secara Intensif.			
13	Tindakan penyelamatan pasien.			

Skor yang digunakan :

Berat = 13-25 Sedang = 26-38 Ringan = 39-52

- b. Pengukuran kinerja dengan menggunakan waktu merupakan suatu metode untuk mengetahui waktu penyelesaian suatu pekerjaan yang dikerjakan oleh pekerja yang dimiliki kualifikasi tertentu, didalam suasana kerja yang telah ditentukan serta dikerjakan dengan suatu tempo kerja tertentu.
- c. Pengukuran fisiologis, yaitu pengukuran yang mengukur tingkat beban kerja dengan mengetahui beberapa aspek dari respon fisiologis pekerja sewaktu menyelesaikan suatu tugas/pekerjaan tertentu. Pengukuran yang dilakukan biasanya pada refleks pupil, pergerakan mata, aktivitas otot dan respon-respon tubuh lainnya.

2.2.1.5 Teknik perhitungan beban kerja

Beban kerja yang dibebankan kepada karyawan dapat dikategorikan kedalam 2 kondisi, yaitu beban kerja yang terlalu tinggi (*over capacity*) dan beban kerja yang terlalu rendah (*under capacity*) (Rumawas et al, 2018). Ada tiga cara yang dapat digunakan untuk menghitung beban kerja secara personel antara lain sebagai berikut:

a. *Work sampling*

Teknik ini dikembangkan pada dunia industri untuk melihat beban kerja yang dipangku oleh personel pada suatu unit, bidang maupun jenis tenaga tertentu. Pada metode work sampling dapat diamati hal-hal berikut spesifik tentang pekerjaan antara lain:

- 1) Aktivitas apa yang sedang dilakukan personel pada waktu jam kerja.
- 2) Apakah aktivitas personel berkaitan dengan fungsi dan tugasnya pada waktu jam kerja.
- 3) Proporsi waktu kerja yang digunakan untuk kegiatan produktif atau tidak produktif.
- 4) Pola beban kerja personel dilakukan dengan waktu dan jadwal jam kerja.

Pada teknik *work sampling* kita akan mendapatkan ribuan pengamatan kegiatan dari sejumlah personel yang kita amati metode yang digunakan *simple random sampling*. Oleh karena besarnya jumlah pengamatan kegiatan penelitian akan didapatkan sebaran normal sampel pengamatan kegiatan penelitian. Artinya data cukup besar dengan sebaran sehingga dapat dianalisis dengan baik. Jumlah pengamatan dapat dihitung.

b. *Time and motion study*

Pada teknik ini kita mengamati dan mengikuti dengan cermat tentang kegiatan yang dilakukan oleh personel yang sedang kita amati. Melalui teknik ini akan didapatkan beban kerja personel dan kualitas kerjanya. Langkah - langkah untuk melakukan teknik ini yaitu:

- 1) Menentukan personel yang akan diamati untuk menjadi sampel dengan metode purposive sampling.
- 2) Membuat formulir daftar kegiatan yang dilakukan oleh setiap personel.
- 3) Daftar kegiatan tersebut kemudian diklasifikasikan seberapa banyak personel yang melakukan kegiatan tersebut secara baik dan rutin selama dilakukan pengamatan.
- 4) Membuat klasifikasi atau kegiatan yang telah dilakukan tersebut menjadi kegiatan medis, kegiatan keperawatan dan kegiatan administrasi.
- 5) Menghitung waktu objektif yang diperlukan oleh persobel dalam melakukan kegiatan-kegiatan yang dilakukan.

Dari metode *work sampling* dan *time and motion study* maka dihasilkan output sebagai berikut.

- a) Deskripsi kegiatan menurut jenis dan alokasi waktu untuk masing-masing pekerjaan baik yang bersifat medis, perawatan maupun administratif selanjutnya dapat dihitung proporsi waktu yang dibutuhkan untuk masing-masing kegiatan selama jam kerja.
- b) Pola kegiatan yang berkaitan dengan waktu kerja, kategori tenaga atau karakteristik demografis dan sosial.
- c) Kesesuaian beban kerja dengan variabel lain sesuai kebutuhan penelitian. Beban kerja dapat dihubungkan dengan jenis tenaga, umur, pendidikan, jenis kelamin atau variabel lain
- d) Kualitas kerja pada teknik ini juga menjadi

perhatian karena akan menentukan kompetensi atau keahlian yang harus dimiliki oleh personel yang diamati.

c. *Daily log*

Daily log atau pencatatan kegiatan sendiri merupakan bentuk sederhana *work sampling* yaitu pencatatan meliputi kegiatan yang dilayakkan dan waktu yang diperlukan untuk melakukan kegiatan tersebut. Penggunaan ini tergantung kerja sama dan kejujuran dari personel yang diamati. Pendekatan ini relatif lebih sederhana dan biaya yang murah. Peneliti bisa membuat pedoman dan formulir isian yang dapat dipelajari sendiri oleh *informan*. Sebelum dilakukan pencatatan kegiatan peneliti menjelaskan tujuan dan cara pengisian formulir kepada subjek personel yang diteliti, tekankan pada personel yang diteliti yang terpenting adalah jenis kegiatan, waktu dan lama kegiatan, sedangkan informasi personel tetap menjadi rahasia dan tidak akan dicantumkan pada laporan penelitian. Menuliskan secara rinci kegiatan dan waktu yang diperlukan merupakan kunci keberhasilan dari pengamatan dengan *daily log*. Penelitian dengan menggunakan teknik ini dapat digunakan untuk melakukan evaluasi tingkat kualitas suatu pelatihan atau pendidikan yang bersertifikat atau bisa juga digunakan untuk mengevaluasi pelaksanaan suatu metode yang ditetapkan secara baku oleh suatu instansi seperti rumah sakit (Nursalam, 2018).

2.2.1.6 Rasio perawat dan tempat tidur pasien

Menurut Permenkes No. 340 tahun 2010 tentang klasifikasi rumah sakit, standar perbandingan antara perawat dengan tempat tidur adalah 2:3. Manajemen SDM adalah kunci yang sangat penting untuk keberhasilan dan kemajuan organisasi rumah sakit. Karena semakin tinggi tingkat pemanfaatan SDM makin tinggi hasil guna sumber daya lainnya. Ketepatan dalam perencanaan, seleksi, pengelolaan dan pengembangan SDM menjadi kunci sukses rumah sakit untuk dapat berkembang (Nuryanto, 2021). Salah satu faktor yang mempengaruhi beban kerja perawat adalah perbandingan antara jumlah perawat dengan jumlah pasien yang harus ditangani seperti ruangan Al-Farabi memiliki 15 perawat dengan kapasitas tempat tidur sebanyak 18, ruangan Al-Biruni memiliki 19 perawat dengan kapasitas tempat tidur sebanyak 28, ruangan Al-Razi memiliki 12 perawat dengan kapasitas jumlah tempat tidur sebanyak 16, ruangan Al-Haitam memiliki 12 Perawat dengan kapasitas tempat tidur sebanyak 16, ruangan Paviliun Ibnu Sina memiliki 9 perawat dengan kapasitas tempat tidur sebanyak 8 tempat tidur.

2.2.2 Kurang pengetahuan perawat

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimiliki (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Jadi pengetahuan adalah berbagai macam hal yang diperoleh oleh seseorang melalui panca indera (Yuliana 2019).

2.2.2.1 Tingkat Pengetahuan

Tingkatan pengetahuan terdiri dari 4 macam yaitu:

a. Pengetahuan Deskriptif

Yaitu jenis pengetahuan yang dalam cara penyampaian atau penjelasannya berbentuk secara objektif dengan tanpa adanya unsur subyektivitas.

b. Pengetahuan kausal

Yaitu suatu pengetahuan yang memberikan jawaban tentang sebab dan akibat.

c. Pengetahuan normatif

Yaitu suatu pengetahuan yang senantiasa berkaitan dengan suatu ukuran dan norma atau aturan.

d. Pengetahuan esensial

Yaitu suatu pengetahuan yang menjawab suatu pertanyaan tentang hakikat segala sesuatu dan hal ini sudah dikaji dalam bidang ilmu filsafat (Sulaiman 2019).

Pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas yang berbeda-beda, dan menjelaskan bahwa ada enam tingkatan pengetahuan menurut (Yuliana 2018), yaitu sebagai berikut:

1) Pengetahuan (*Knowledge*)

Tahu diartikan hanya sebagai recall (ingatan). Seseorang dituntut untuk mengetahui fakta tanpa dapat menggunakannya.

2) Pemahaman (*Comprehension*)

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui.

3) Penerapan (*Application*)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek tersebut dapat menggunakan dan

mengaplikasikan prinsip yang diketahui pada situasi yang lain.

4) Analisis (*Analysis*)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu objek.

5) Sintesis (*Synthesis*)

Sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada. Sintesis menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam suatu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki.

6) Penilaian (*Evaluation*)

Yaitu suatu kemampuan seseorang untuk melakukan penilaian terhadap suatu objek tertentu didasarkan pada suatu kriteria atau norma-norma yang berlaku di masyarakat.

2.2.2.2 Faktor yang mempengaruhi pengetahuan:

a. Faktor internal

1) Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang pada perkembangan orang lain menuju kearah cita-cita tertentu yang menentukan manusia untuk berbuat dan mengisi kehidupan untuk mencapai keselamatan dan kebahagiaan. Pendidikan diperlukan untuk mendapatkan informasi misalnya hal-hal yang menunjang kesehatan sehingga dapat meningkatkan kualitas

hidup. Semakin tinggi pendidikan semakin mudah seseorang untuk menerima informasi.

Tingkat pendidikan juga mempengaruhi persepsi seseorang untuk lebih menerima ide-ide dan teknologi baru. Pendidikan juga merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi persepsi seseorang. Karena dapat membuat seseorang untuk lebih mudah mengambil keputusan dan bertindak.

2) Pekerjaan

Pekerjaan secara umum yaitu kegiatan yang menyita waktu yang harus dilakukan terutama untuk menunjang kehidupannya dan kehidupan keluarga. Pengelompokan ini didasari pada teori bahwa adanya pekerjaan seseorang akan meluangkan banyak waktu dan tenaga untuk menyelesaikan pekerjaan yang dianggap penting dan cenderung mempunyai banyak waktu, tukar pendapat atau pengalaman antar teman dalam kantornya (Thomas 2019).

3) Umur

Usia adalah umur individu yang terhitung mulai saat dilahirkan sampai berulang tahun. Sedangkan menurut (Wawan, 2018) semakin cukup umur, tingkat kematangan dan kekuatan seseorang akan lebih matang dalam berfikir dan bekerja. Dari segi kepercayaan masyarakat, seseorang yang lebih dewasa akan lebih dipercaya dari orang yang belum cukup dewasanya. Pada masa dewasa merupakan usia produktif, masa bermasalah, masa ketegangan emosi, masa keterasingan sosial, masa komitmen, masa ketergantungan, masa perubahan

nilai, masa penyesuaian dengan cara hidup baru, masa kreatif. Pada masa dewasa ditandai oleh perubahan jasmani dan mental. Kemahiran dan keterampilan professional yang dapat menerapkan dan mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi serta kesenian. Menurut Departemen Kesehatan RI dan WHO pembagian usia menurut tingkat kedewasaan:

- 1) 17 – 25 Tahun (Masa Remaja Akhir Usia)
- 2) 26 – 35 Tahun (Masa Dewasa Awal Usia)
- 3) 36 – 45 Tahun (Masa Dewasa Akhir Usia)
- 4) 46 – 55 Tahun (Masa Lansia Awal Usia)

b. Faktor eksternal

1) Faktor lingkungan

Lingkungan merupakan faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang. Lingkungan memberikan pengaruh pertama bagi seseorang. Dimana seseorang dapat mempelajari hal-hal yang baik dan juga hal-hal yang buruk tergantung pada sifat kelompoknya. Dalam lingkungan seseorang akan memperoleh pengalaman yang akan berpengaruh pada cara berfikir seseorang (Ann.Mariner 2021).

2) Sosial budaya

Sistem sosial budaya yang ada pada masyarakat dapat mempengaruhi sikap dan penerima informasi karna dari hubungan ini seseorang mengalami suatu proses belajar dan memperoleh suatu pengetahuan (Wawan, 2018).

2.2.2.3 Kriteria Tingkat pengetahuan

Skala Guttman mempunyai tingkatan yang dijadikan sebagai tolak ukur atau nilai dari positif sampai negatif. Pengukuran pengetahuan menggunakan pertanyaan yang sudah baku oleh Nursalam, 2017 sebanyak 20 pertanyaan. Menurut (Budiman & Riyanto, 2013) tingkat pengetahuan dikelompokkan menjadi dua yaitu:

- a. Tingkat pengetahuan kategori baik nilainya (50%-100%) dengan skor 11-20.
- b. Tingkat pengetahuan kategori kurang baik ($\leq 50\%$) dengan skor 1-10.

2.2.3 Jenis dokumentasi

Berdasarkan Model Ajar Dokumentasi Keperawatan 2018 macam-macam dokumentasi keperawatan:

- 2.2.3.1 Catatan beorientasi pada sumber (Source Oriented Record/SOR).
- 2.2.3.2 Catatan beorientasi pada masalah (Problem Oriented Record/POR).
- 2.2.3.3 Catatan beorientasi pada perkembangan/kemajuan.
- 2.2.3.4 Problem Intervention Evaluation.
- 2.2.3.5 Process Oriented System.
- 2.2.3.6 Sistem Pendokumentasian Core dengan Format DAE.

2.2.4 Bahasa dokumentasi yang tidak dipahami

Hindarkan bahasa dokumentasi yang baku karena setiap pasien mempunyai masalah yang berbeda, hindari penggunaan istilah penulisan yang tidak jelas dalam pencatatan harus disepakati dan atas kebijakan institusi, data harus ditulis dengan tinta bukan pensil agar tidak mudah dihapus, bila terjadi kesalahan dalam

penulisan dicoret dan ganti dengan yang benar kemudian ditandatangani, setiap dokumentasi cantumkan waktu, tanda tangan, nama jelas penulis, wajib membaca setiap tulisan dari anggota kesehatan lain sebelum menulis, dokumentasi harus dibuat dengan tepat, jelas dan lengkap (Nursalam 2020).

2.2.5 Sikap terhadap dokumentasi

Sebuah survei yang dilakukan oleh organisasi kesehatan dunia (WHO) menunjukkan bahwa komunikasi yang buruk antara profesional layanan kesehatan merupakan salah satu faktor terjadinya kesalahan medis. Diperkirakan perawat menghabiskan sekitar 25% hingga 50% dari setiap shift untuk mendokumentasikan perawatan pasien. Sikap perawat tentang pendokumentasian berdampak pada pelayanan kesehatan pasien, profesi keperawatan, tuntutan mediko-legal, dan penyedia layanan kesehatan itu sendiri (Salameh et al, 2019).

Sikap perawat yang buruk terhadap prinsip dokumentasi keperawatan biasanya mengakibatkan pencatatan yang tidak selesai dan berkualitas rendah. Kualitas perawatan pasien bergantung pada kemampuan pemberi perawatan untuk memberikan layanan yang akurat, tepat waktu, dan tepat waktu. pertukaran informasi, ide, dan perasaan lisan atau tertulis yang efektif dengan pasien merupakan tanggung jawab perawat untuk memastikan bahwa rekam medis pasien lengkap, akurat, berisi semua formulir yang diperlukan dalam urutan yang benar.

2.2.6 Kebijakan lembaga

Penggunaan teknologi informasi dalam dokumentasi keperawatan merupakan cara baru untuk merekam, memberikan dan menerima informasi klien. Hal ini memberikan tantangan bagi perawat, terutama berkaitan dengan kerahasiaan dan keamanan informasi

klien. Sehingga perawat perlu didukung dengan kebijakan dan pedoman yang jelas. Pengembangan dokumentasi dengan dukungan teknologi informasi dan sistem komputerisasi harus tetap memperhatikan prinsip-prinsip dokumentasi, akses, penyimpanan, pengambilan dan pengiriman informasi seperti yang berlaku dalam sistem pendokumentasian yang berbasis kertas (Dwi Sari Candra 2021).

Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam mengembangkan dokumentasi keperawatan dengan berbasis teknologi informasi sebagai catatan elektronik adalah :

- a. Catatan kesehatan elektronik klien adalah kumpulan informasi kesehatan pribadi satu individu yang diberikan oleh penyedia layanan kesehatan dan disimpan secara elektronik di bawah pengamanan ketat.
- b. Dokumentasi dalam catatan keperawatan elektronik harus komprehensif, akurat, tepat waktu, dan jelas mengidentifikasi pemberi perawatan.
- c. Entri data dilakukan oleh orang yang melaksanakan perawatan dan bukan oleh staf yang lain.
- d. Masukan data yang dibuat dan disimpan dalam catatan keperawatan elektronik dianggap sebagai bagian permanen dari rekaman dan tidak dapat dihapus. Jika diperlukan koreksi setelah data dimasukkan dan telah disimpan, maka kebijakan lembaga memberikan arahan tentang bagaimana hal ini harus dilakukan.

Lembaga yang menggunakan dokumentasi elektronik harus memiliki kebijakan untuk mendukung penggunaannya, termasuk kebijakan untuk: mengoreksi apabila terjadi kesalahan dalam dokumentasi atau jika terlambat memasukkan data; mencegah

penghapusan informasi; mengidentifikasi perubahan dan update catatan; melindungi kerahasiaan informasi klien, menjaga keamanan dari sistem (password, perlindungan virus, enkripsi, firewall), pelacakan akses tidak sah ke informasi klien, proses untuk mendokumentasikan di instansi menggunakan campuran metode elektronik dan kertas, back-up informasi klien, dan sarana dokumentasi dalam hal kegagalan sistem.

Selain hal tersebut diatas rumah sakit harus memiliki kebijakan yang mengatur lama waktu suatu dokumentasi kesehatan klien harus disimpan. Dokumen klien yang disimpan di rumah sakit dapat dianggap sebagai catatan primer, sekunder atau sementara. Pedoman penyimpanan dokumen klien antara lain:

- 1) Catatan yang berisi referensi darah atau produk darah harus dipertahankan selama-lamanya. Dengan kata lain, catatan tersebut harus disimpan selamanya.
- 2) Catatan primer klien misalnya, catatan dokter, catatan keperawatan, konsultasi, resume, dan pemberitahuan kematian disimpan selama 10 tahun.
- 3) Sekunder dokumen misalnya hasil pemeriksaan diagnostik, catatan pengobatan disimpan selama enam tahun.
- 4) Catatan sementara misalnya laporan diet, bagan grafik disimpan selama satu tahun.

Pedoman yang dapat digunakan oleh perawat dalam menggunakan dokumentasi elektronik adalah sebagai berikut:

- a) Tidak pernah mengungkapkan atau mengizinkan orang lain menggunakan nomor identifikasi pribadi (password) dan menginformasikan kepada atasan langsung jika ada kecurigaan bahwa kode identifikasi sedang digunakan oleh orang lain

- b) Mengubah password pada interval yang sering dan teratur (sesuai kebijakan lembaga).
- c) Memilih password yang tidak mudah diuraikan dan melakukan log off bila tidak menggunakan sistem atau ketika meninggalkan sistem.
- d) Menjaga kerahasiaan semua informasi, termasuk semua salinan cetak dari informasi dan melindungi informasi klien yang ditampilkan pada monitor misalnya dengan penggunaan screen saver, mengatur lokasi monitor, dan menggunakan privasi layar.
- e) Menggunakan sistem hanya pada layanan akses yang aman untuk membuka ke informasi klien.
- f) Melakukan akses hanya pada informasi klien yang diperlukan untuk memberikan pelayanan keperawatan pada klien tersebut.
- g) Mengakses informasi klien untuk tujuan selain memberikan asuhan keperawatan merupakan pelanggaran kerahasiaan.

2.2.7 Sumber yang tidak memadai

Dalam beberapa kasus, keterbatasan sumber daya dapat menghambat upaya dokumentasi. Proyek pengembangan perangkat lunak mungkin menghadapi keterbatasan anggaran, waktu, atau personel. Ketika sumber daya langka, dokumentasi mungkin dianggap sebagai tugas opsional dan bukan bagian penting dari proses pembangunan. Tim mungkin mengalokasikan sumber daya mereka yang terbatas untuk tugas-tugas pengembangan inti, sehingga mengorbankan dokumentasi yang komprehensif. Sayangnya, keputusan ini dapat mempunyai konsekuensi jangka panjang, karena kurangnya dokumentasi dapat menghambat pengembangan, pemeliharaan, dan transfer pengetahuan di masa depan. Peneliti Utama mendelegasikan

tanggung jawab kepada tim peneliti dan mungkin tidak menyediakan waktu yang cukup untuk meninjau sumber data karena kurangnya waktu atau komitmen. Dokumentasi penelitian sepenuhnya berada di pundak koordinator studi. Berbagai alat digunakan untuk pengumpulan data. Terkadang sponsor menyediakan lembar kerja dokumen sumber untuk memastikan dokumentasi lengkap. Jika lembar kerja ini tidak dirancang secara akurat agar selaras dengan protokol dan kualitas data sumber CRF akan terkena dampak langsung. Lembar kerja ini sering kali diselesaikan sebagai kotak centang tanpa catatan tambahan, komentar, atau dokumen pendukung. Lembar kerja dokumen sumber terkadang juga menghasilkan banyak rekaman. Situs tersebut terus memelihara dokumentasi rutin praktik klinis dan lembar kerja diselesaikan sebagai tambahan untuk penelitian. Oleh karena itu, lembar kerja ini tidak lagi menjadi sumber utama sehingga tidak ada dokumen sumber.

Beban kerja staf yang ada dapat menjadi alasan penting lainnya yang menyebabkan buruknya dokumentasi. Hal ini dapat menyebabkan kesalahan seperti data sumber untuk satu subjek yang dimasukkan ke dalam catatan subjek lain, halaman salah diarsipkan, penggunaan formulir persetujuan yang salah, dan masalah serupa. Koordinator studi/PI bekerja dengan berbagai sponsor/CRO secara bersamaan. Sponsor/CRO yang berbeda ini mengomunikasikan tingkat ekspektasi yang berbeda mengenai dokumentasi sumber. Jika situs tersebut tidak cukup berpengalaman dan mereka tidak memiliki prosedur standar untuk diikuti, mereka mungkin akan bingung dengan variasi panduan yang mereka terima. Hal ini dapat berdampak negatif pada kualitas data. Kekurangan teknis tertentu juga dapat menyebabkan dokumentasi sumber yang buruk. Misalnya, mesin EKG sudah tua dan tidak dapat mencetak tanggal, waktu dan

pengidentifikasi subjek, printer atau mesin faks tidak berfungsi. Jika faks tidak berfungsi, hal ini dapat mengakibatkan tidak diterimanya data penting, misalnya laporan laboratorium, pertanyaan data, konfirmasi alokasi produk investigasi, konfirmasi transmisi SAE, dll. Korespondensi email penting dengan sponsor/CRO jika tidak dicetak dan diarsipkan dapat hilang.

2.2.8 Budaya Rumah Sakit

Direktur Utama RSUP Dr. Sitanala 2023 menetapkan Program Budaya Keselamatan di rumah sakit yang mencakup:

- 2.2.8.1 Perilaku memberikan pelayanan yang aman secara konsisten untuk mencegah terjadinya kesalahan pada pelayanan berisiko tinggi.
- 2.2.8.2 Perilaku di mana para individu dapat melaporkan kesalahan dan insiden tanpa takut dikenakan sanksi atau teguran dan diperlakukan secara adil (*just culture*).
- 2.2.8.3 Kerja sama tim dan koordinasi untuk menyelesaikan masalah keselamatan pasien.
- 2.2.8.4 Komitmen pimpinan rumah sakit dalam mendukung staf seperti waktu kerja para staf, pendidikan, metode yang aman untuk melaporkan masalah dan hal lainnya untuk menyelesaikan masalah keselamatan.
- 2.2.8.5 Identifikasi dan mengenali masalah akibat perilaku yang tidak diinginkan (perilaku sembrono).
- 2.2.8.6 Evaluasi budaya secara berkala dengan metode seperti kelompok fokus diskusi (FGD), wawancara dengan staf, dan analisis data.
- 2.2.8.7 Mendorong kerja sama dan membangun sistem, dalam mengembangkan budaya perilaku yang aman

2.2.8.8 Menanggapi perilaku yang tidak diinginkan pada semua staf pada semua jenjang di rumah sakit, termasuk manajemen, staf administrasi, staf klinis dan nonklinis, dokter praktisi mandiri, representasi pemilik dan anggota Dewan pengawas.

Seluruh staf bertanggung jawab mendukung budaya keselamatan dan menghindari perilaku yang tidak mendukung budaya keselamatan seperti:

- 1) Perilaku yang tidak layak (*Inappropriate*), seperti kata-kata atau bahasa tubuh yang merendahkan atau menyinggung perasaan sesama staf, misalnya mengumpat dan memaki.
- 2) Perilaku yang mengganggu (*disruptive*) antara lain perilaku tidak layak yang dilakukan secara berulang.
- 3) Bentuk tindakan verbal atau nonverbal yang membahayakan atau mengintimidasi staf lain, membuat komentar yang sembrono di depan pasien yang berdampak menurunkan kredibilitas staf klinis lain, misalnya berkomentar negatif terhadap tindakan yang dilakukan staf lain di depan pasien. Bentuk perilaku sembrono yang dapat diminta pertanggungjawabannya dari staf yang melakukannya dengan sengaja antara lain: tidak mau melakukan kebersihan tangan pada five moments, tidak mau melakukan time-out sebelum operasi, dan tidak mau mencatatkan program yang sudah dilakukan kepada pasien.
- 4) Perilaku yang melecehkan (*harassment*) terkait dengan ras, agama, suku termasuk gender, pelecehan seksual.

Saat ini, dirasakan masih adanya budaya menyalahkan orang lain ketika terjadi suatu kesalahan (*blaming culture*) di rumah sakit, yang pada akhirnya bisa menghambat berjalannya budaya keselamatan. Agar hal ini tidak terjadi, maka pimpinan rumah

sakit harus menerapkan perlakuan yang adil (*just culture*) ketika terjadi kesalahan, dimana ada saatnya staf tidak disalahkan ketika terjadi kesalahan, misalnya pada kondisi:

- a) Komunikasi yang kurang baik antara pasien dan staf.
- b) Perlu pengambilan keputusan secara cepat.
- c) Kekurangan staf dalam pelayanan pasien.

Di sisi lain terdapat kesalahan yang dapat diminta pertanggungjawabannya ketika staf dengan sengaja melakukan perilaku yang tidak diinginkan (perilaku sembrono) misalnya:

- (1) Tidak mau melakukan kebersihan tangan.
- (2) Tidak mau melakukan time-out (jeda) sebelum operasi.
- (3) Tidak mau memberi tanda pada lokasi pembedahan.

Rumah sakit harus meminta pertanggungjawaban perilaku yang tidak diinginkan (perilaku sembrono) dan tidak mentoleransinya. Pertanggung jawaban dibedakan atas:

- (a) Kesalahan manusia (*human error*) adalah tindakanyang tidak disengaja yaitu melakukan kegiatan tidaksesuai dengan apa yang seharusnya dilakukan.
- (b) Perilaku berisiko (*risk behaviour*) adalah perilaku yang dapat meningkatkan risiko (misalnya, mengambil langkah pada suatu proses layanan tanpa berkonsultasi dengan atasan atau tim kerja lainnya yang dapat menimbulkan risiko).
- (c) Perilaku sembrono (*reckless behavior*) adalah perilaku yang secara sengaja mengabaikan risiko yang substansial dan tidak dapat dibenarkan.

2.3 Standar Akreditasi Rumah Sakit

Proses asesmen pasien yang efektif akan menghasilkan keputusan tentang pengobatan pasien yang harus segera dilakukan dan kebutuhan pengobatan

berkelanjutan untuk emergensi, efektif atau pelayanan terencana, bahkan ketika kondisi pasien berubah. Proses asesmen pasien adalah proses yang terus menerus dan dinamis yang digunakan pada sebagian besar unit kerja rawat inap dan rawat jalan. Asesmen pasien terdiri atas 3 proses utama: Mengumpulkan informasi dari data keadaan fisik, psikologis, sosial, dan riwayat kesehatan pasien. Analisis informasi dan data, termasuk hasil laboratorium dan “*Imaging Diagnostic*” (Radiologi) untuk mengidentifikasi kebutuhan pelayanan kesehatan pasien. Membuat rencana pelayanan untuk memenuhi semua kebutuhan pasien yang telah diidentifikasi. *Assesmen* pasien sudah benar bila memperhatikan kondisi pasien, umur, kebutuhan kesehatan, dan permintaan atau preferensinya. Proses-proses ini paling efektif dilaksanakan bila berbagai profesional kesehatan yang bertanggung jawab atas pasien bekerja sama (Jeklin, 2021).

2.3.1 Standar AP.1.2.

Assesmen awal setiap pasien meliputi evaluasi faktor fisik, psikologis, sosial dan ekonomi, termasuk pemeriksaan fisik dan riwayat kesehatan.

2.3.1.1 Maksud dan tujuan AP.1.2

Asesmen awal dari seorang pasien, rawat jalan atau rawat inap, sangat penting untuk mengidentifikasi kebutuhan pasien dan untuk memulai proses pelayanan. Asesmen awal memberikan informasi untuk:

- 1) Memahami pelayanan apa yang dicari pasien.
- 2) Memilih jenis pelayanan yang terbaik bagi pasien.
- 3) Menetapkan diagnosis awal.
- 4) Memahami respon pasien terhadap pengobatan sebelumnya.

Untuk mendapat informasi ini, asesmen awal termasuk

evaluasi kondisi medis pasien melalui pemeriksaan fisik dan riwayat kesehatannya. Asesmen psikologis menetapkan status emosional pasien (contoh: pasien depresi, ketakutan atau agresif dan potensial menyakiti diri sendiri atau orang lain). Pengumpulan informasi sosial pasien tidak dimaksud untuk mengelompokkan pasien. Tetapi, konteks sosial, budaya, keluarga, dan ekonomi pasien merupakan faktor penting yang dapat mempengaruhi respon pasien terhadap penyakit dan pengobatan. Keluarga dapat sangat menolong dalam asesmen untuk perihai tersebut dan untuk memahami keinginan dan preferensi pasien dalam proses asesmen ini. Faktor ekonomis dinilai sebagai bagian dari asesmen sosial atau dinilai secara terpisah bila pasien dan keluarganya yang bertanggung jawab terhadap seluruh atau sebagian dari biaya selama dirawat atau waktu pemulangan pasien. Berbagai staf kompeten dapat terlibat dalam proses asesmen pasien. Faktor terpenting adalah bahwa asesmen lengkap dan tersedia bagi mereka yang merawat pasien.

2.3.1.2 Elemen penilaian AP.1.2.

- 1) Semua pasien rawat inap dan rawat jalan mendapat *assesmen* awal yang termasuk riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan dalam kebijakan rumah sakit.
- 2) Setiap pasien mendapat asesmen psikologis awal yang sesuai dengan kebutuhannya.
- 3) Setiap pasien mendapat *assesmen* sosial dan ekonomis awal sesuai kebutuhannya.
- 4) Asesmen awal menghasilkan suatu diagnosis awal.

2.3.2 Standar AP.1.5.

Temuan pada asesmen didokumentasikan dalam rekam medis pasien dan siap tersedia bagi para penanggung jawab asuhan pasien.

2.3.2.1 Maksud dan tujuan AP.1.5.

Temuan pada asesmen digunakan sepanjang proses pelayanan untuk mengevaluasi kemajuan pasien dan untuk memahami kebutuhan untuk asesmen ulang. Oleh karena itu sangat perlu bahwa asesmen medis, keperawatan dan asesmen lain yang berarti, didokumentasikan dengan baik dan dapat dengan cepat dan mudah ditemukan kembali dalam rekam medis atau dari lokasi lain yang ditentukan standar dan digunakan oleh staf yang melayani pasien. Secara khusus, asesmen medis dan keperawatan terdokumentasi dalam waktu 24 jam setelah penerimaan sebagai pasien rawat inap. Hal ini tidak menghalangi penempatan tambahan hasil asesmen yang lebih detail pada lokasi lain yang terpisah dalam rekam medis pasien, sepanjang tetap mudah diakses bagi mereka yang melayani pasien.

2.3.2.2 Elemen penilaian AP.1.5

- 1) Temuan pada asesmen dicatat dalam rekam medis pasien
- 2) Mereka yang memberi pelayanan kepada pasien dapat menemukan dan mencari kembali hasil asesmen di rekam medis pasien atau di lokasi tertentu yang lain yang mudah diakses dan terstandar
- 3) Asesmen medis dicatat dalam rekam medis pasien dalam waktu 24 jam setelah pasien di rawat inap.
- 4) Asesmen keperawatan dicatat dalam rekam medis pasien dalam waktu 24 jam setelah pasien dirawat inap.

2.4 Komponen Dokumentasi Asuhan Keperawatan

2.4.1 Pengkajian

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan

yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang klien. Pengkajian dilakukan guna mengidentifikasi, mengenali masalah - masalah, kebutuhan kesehatan, dan keperawatan. Contoh pemeriksaan fisik yaitu melakukan pengukuran tanda-tanda vital. Teknik melakukan pemeriksaan fisik ada 4 cara, yaitu inspeksi, auskultasi, palpasi dan perkusi. Beberapa jenis model pengkajian keperawatan yang digunakan yaitu:

a. Pengkajian pola kesehatan Gordon

Model ini paling banyak digunakan karena pola ini fokus pada 11 fungsi kesehatan, seperti: persepsi kesehatan, pola nutrisi, dan metabolisme, pola tidur istirahat, pola persepsi diri dan konsep diri, pola hubungan peran, pola seksual dan reproduksi, kemudian pola koping dan toleransi stres dan yang terakhir pola nilai kepercayaan. Semua pola ini meliputi objektif dan data subjektif yang digali oleh perawat.

b. Pengkajian pola respon manusia (*human respon puterns*)

Pengkajian pola respon manusia (*human respon puterns*) Pengkajian ini menggunakan 9 pola respon manusia, yang dikembangkan melalui taksonomi diagnosis keperawatan atau NANDA pada tahun 2009. Kemudian berkembang menjadi 100 kategori diagnostic yang diatur menurut sembilan respon manusia yang kemudian pola respon manusia ini digunakan menjadi model pengkajian.

c. *Theory of self care*

Model pengkajian dikembangkan oleh Orem pada tahun 2001 yang berdasarkan pada kemampuan Klien dalam merawat diri. Jadi fokus pengkajian ini adalah kemandirian klien dalam merawat diri.

d. *Model Adaptasi Roy*

Model pengkajian ini berdasarkan dari perilaku adaptif manusia yang berinteraksi dengan lingkungan, baik itu manusia sebagai sosiologis, psikologis, dan biologis. Inti dari pengkajian ini berfokus pada respon manusia terhadap rangsangan lingkungan fisiologis, konsep diri, fungsi peran, dan ketergantungan (Siregar *et al.*, 2021).

2.4.1.1 Tipe Pengkajian

a. Pengkajian komprehensif

Pengkajian ini dilakukan kepala klien secara komprehensif, yaitu secara menyeluruh yang meliputi *anamnesa* kepada klien dan keluarga, serta melakukan pemeriksaan kesehatan, melakukan pengkajian dengan pemeriksaan diagnostik dan pemeriksaan medis, sehingga pengkajian menjadi dasar dalam membuat keputusan klinis. Mengetahui keadaan masalah klien (Siregar *et al.*, 2021).

b. Pengkajian fokus

Pengkajian fokus merupakan pengkajian yang terbatas pada lingkup tertentu dan berfokus pada suatu masalah kesehatan dan faktor resiko nya serta tidak sedetail pengkajian komprehensif, karena hanya berisi data yang fokus pada suatu area tertentu saja (Siregar *et al.*, 2021).

c. Pengkajian berkelanjutan

Pengkajian berkelanjutan merupakan pengkajian yang dilakukan dengan melakukan pemeriksaan observasi pada masalah tertentu, sehingga perawat dapat melakukan validasi data terhadap data yang dikumpulkan pada pengkajian awal. Pengkajian ini

dilakukan setelah masalah keperawatan ditentukan dan implementasi keperawatan sudah dilakukan sehingga menjadi pedoman bagi perawat untuk Menganalisa implementasi yang dilakukan apakah sesuai dengan tujuan dengan melihat respon klien dari implementasi yang dilakukan Juga dapat memantau apakah muncul masalah baru setelah dilakukan implementasi (Siregar *et al.*, 2021).

2.4.1.2 Tipe Format Pengkajian

a. Format pertanyaan terbuka

Format terbentuk ini membuat perawat menuliskan atau mendokumentasikan hasil pengkajian observasi dengan cara deskriptif, namun format ini memakan waktu yang lama dalam menyelesaikannya (Siregar *et al.*, 2021).

b. Format ceklis

Format berbentuk ini lebih ringkas, perawat hanya menandai hasil pengkajian yang ditentukan pada form. Namun kelemahannya bentuk ini kurang dapat memenuhi jika ada hasil observasi lanjut yang perlu penjelasan rinci yang tidak ada di format pengkajian.

c. Format kombinasi

Format ini lebih memudahkan perawat. Sehingga jika ada temuan hasil pengkajian yang harus dijelaskan secara narasi, maka dapat dijelaskan dengan baik. Dan juga berisi format checklist. Hal ini membuat dokumentasi jadi pengkajian menjadi lebih lengkap dan maksimal.

d. Format khusus

Untuk format ini berisi pengkajian yang khusus untuk

dilakukan diruangan tertentu. Seperti ruangan operasi, ruang intensif, delivery room, dan lainnya. Serta berisi juga pengkajian dengan keluhan khusus, seperti pengkajian untuk klien dengan resiko jatuh, luka tekan dan lain sebagainya (Siregar *et al.*, 2021).

2.4.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu pernyataan dari masalah klien baik yang nyata maupun yang potensial berdasarkan data yang telah diperoleh, yang pemecahannya dapat dilakukan dalam batas kewenangan perawat untuk melakukannya.

2.4.3 Rencana Keperawatan

Rencana keperawatan adalah menyusun rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan perawat guna menanggulangi masalah klien sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kesehatan klien. Komponen rencana keperawatan keperawatan terdiri dari tujuan, kriteria hasil, dan rencana tindakan keperawatan.

2.4.4 Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Pelaksanaan Tindakan keperawatan adalah pelaksanaan Tindakan yang telah ditentukan, dengan maksud agar kebutuhan klien terpenuhi secara optimal. Pelaksanaan Tindakan adalah implementasi keperawatan terhadap klien secara urut sesuai prioritas masalah yang sudah dibuat dalam rencana Tindakan asuhan keperawatan, termasuk didalamnya nomor urut dan waktu ditegakkannya suatu pelaksanaan asuhan keperawatan.

2.4.5 Evaluasi

Evaluasi adalah proses penilaian pencapaian tujuan serta pengkajian ulang rencana keperawatan. Evaluasi menilai respon klien meliputi subyek, obyek, pengkajian kembali (*Assesment*), rencana tindakan(*planning*) (Basri, Utami and Mulyadi, 2020).

2.5 Standar Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan yang akurat dan lengkap yang menjamin kualitas rekaman yang tinggi merupakan persyaratan penting bagi individu dan praktik keperawatan yang aman. Dokumentasi keperawatan yang tidak memadai dianggap sebagai ancaman bagi individualitas dan keselamatan perawatan pasien, karena setiap perawatan pasien dianggap sebagai aspek penting dari perawatan pasien yang perlu didokumentasikan. Dokumentasi keperawatan, yang berfokus pada makna data yang terkait dengan proses keperawatan, adalah aspek konteks yang terdiri dari dua kualitas mengenai kelengkapan dan kesesuaian dokumentasi keperawatan. Hal ini juga mencerminkan kelengkapan proses keperawatan yang merupakan standar asuhan keperawatan. Penggunaan proses keperawatan membantu dalam perencanaan asuhan yang baik, jelas dan efektif yang mencerminkan peningkatan kualitas asuhan pasien (Hani et al, 2018). Standar dokumentasi asuhan keperawatan, yang **pertama** pengkajian. Mendokumentasikan data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian, data dikelompokkan (bio-psiko-sosio-spiritual), data dikaji sejak klien masuk sampai pulang, masalah dirumuskan berdasarkan masalah kesenjangan antara status Kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan. Yang **kedua** diagnosis. Diagnosis keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan, diagnosis keperawatan mencerminkan PE/PES, merumuskan diagnosis keperawatan actual/potensial. Yang **ketiga** perencanaan. Berdasarkan diagnosis keperawatan, disusun menurut urutan prioritas, rumusan tujuan

mengandung komponen klien/subjek, perubahan, perilaku, kondisi klien, dan/atau kriteria, rencana intervensi mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci, dan jelas, dan/atau melibatkan klien/keluarga. Rencana intervensi menggambarkan kerja sama dengan tim Kesehatan lain. Yang **keempat** intervensi. Intervensi dilaksanakan mengacu pada rencana asuhan keperawatan, perawat mengobservasi respon klien terhadap intervensi keperawatan, revisi intervensi berdasarkan hasil evaluasi, semua intervensi yang telah dilaksanakan didokumentasikan dengan ringkas dan jelas. Yang **kelima** evaluasi. Evaluasi mengacu pada tujuan, hasil evaluasi didokumentasikan, yang keenam catatan asuhan keperawatan. Menulis pada format yang baku, pendokumentasian dilakukan sesuai dengan intervensi yang dilaksanakan (Basri, Utami and Mulyadi, 2020). Standar dokumentasi untuk pengkajian keperawatan adalah perawat mendokumentasikan data pengkajian keperawatan dengan cara sistematis, komprehensif, akurat, dan terus-menerus, berikut adalah petunjuk penulisan dokumentasi pengkajian keperawatan: Gunakan format yang sistematis untuk mendokumentasikan pengkajian, yang meliputi, Riwayat klien masuk rumah sakit. Respons klien yang berhubungan dengan persepsi Kesehatan klien Riwayat pengobatan. Data klien rujukan, pulang, dan keuangan (Basri, Utami and Mulyadi, 2020).

2.6 Standar Kelengkapan Pengkajian Keperawatan

Petunjuk pengisian sesuai dengan (*Peraturan Menteri Kesehatan Tentang Rekam Medis Nomor 269, 2008*) tentang dokumentasi asuhan keperawatan dalam rekam medis meliputi:

2.6.1 Identitas Umum

Identitas umum berisi nama, jenis kelamin, Tgl. Lahir/umur, status kesehatan, pendidikan, pekerjaan, agama, alamat, identitas penanggung jawab, diagnosa medis.

2.6.2 Keluhan Utama

Mendesripsikan dua atau tiga kata yang merupakan keluhan yang membuat klien meminta bantuan pelayanan Kesehatan.

2.6.3 Riwayat penyakit sekarang

Penjelasan dari permulaan klien merasakan keluhan sampai dengan dibawa kerumah sakit.

2.6.4 Riwayat penyakit masa lalu.

Mendesripsikan Riwayat penyakit yang diderita klien yang berhubungan dengan penyakit saat ini atau penyakit yang mungkin didapat dipengaruhi atau mempengaruhi penyakit yang diderita klien saat ini. Bila klien pernah menjalani operasi, dikaji tentang waktu operasi, jenis operasi, jenis anastesi, kesimpulan akhir setelah operasi.

2.6.5 Riwayat penyakit keluarga

Mendesripsikan riwayat Kesehatan keluarga dihubungkan dengan kemungkinan adanya penyakit keturunan, kecenderungan alergi dalam satukeluarga, penyakit yang menular akibat kontak langsung maupun tak langsung antar anggota keluarga.

2.6.6 Kebiasaan Sehari-hari

Kebiasaan sehari-hari terdiri atas nutrisi, eliminasi, *personal hygiene*, dan istirahat.

2.6.7 Psikologi

Psikologi berisi keadaan emosi dan perasaan klien setelah/selama dirawat.

2.6.8 Data Sosial

Data sosial berisi tentang hubungan dengan suami/istri, hubungan dengan orang tua, hubungan dengan teman/orang lain dan orang yang paling berarti.

2.6.9 Data Spiritual

Data spiritual berisi keyakinan agama, keyakinan beribadah, dan sikap/harapan klien terhadap penyakitnya.

2.6.10 Pemeriksaan fisik

Pada pemeriksaan fisik berisi keadaan umum, kesadaran, kepala/leher,dada, abdomen dan ekstremitas.

2.6.11 Data penunjang

Data penunjang berisi hasil laboratorium, x-ray, program terapi, mencatat waktu pengkajian, mencatat tanggal pengkajian, mencatat analisa data.

2.6.12 Nama dan tanggal

Nama, tanggal, jam serta tanda tangan yang melakukan pengkajian.

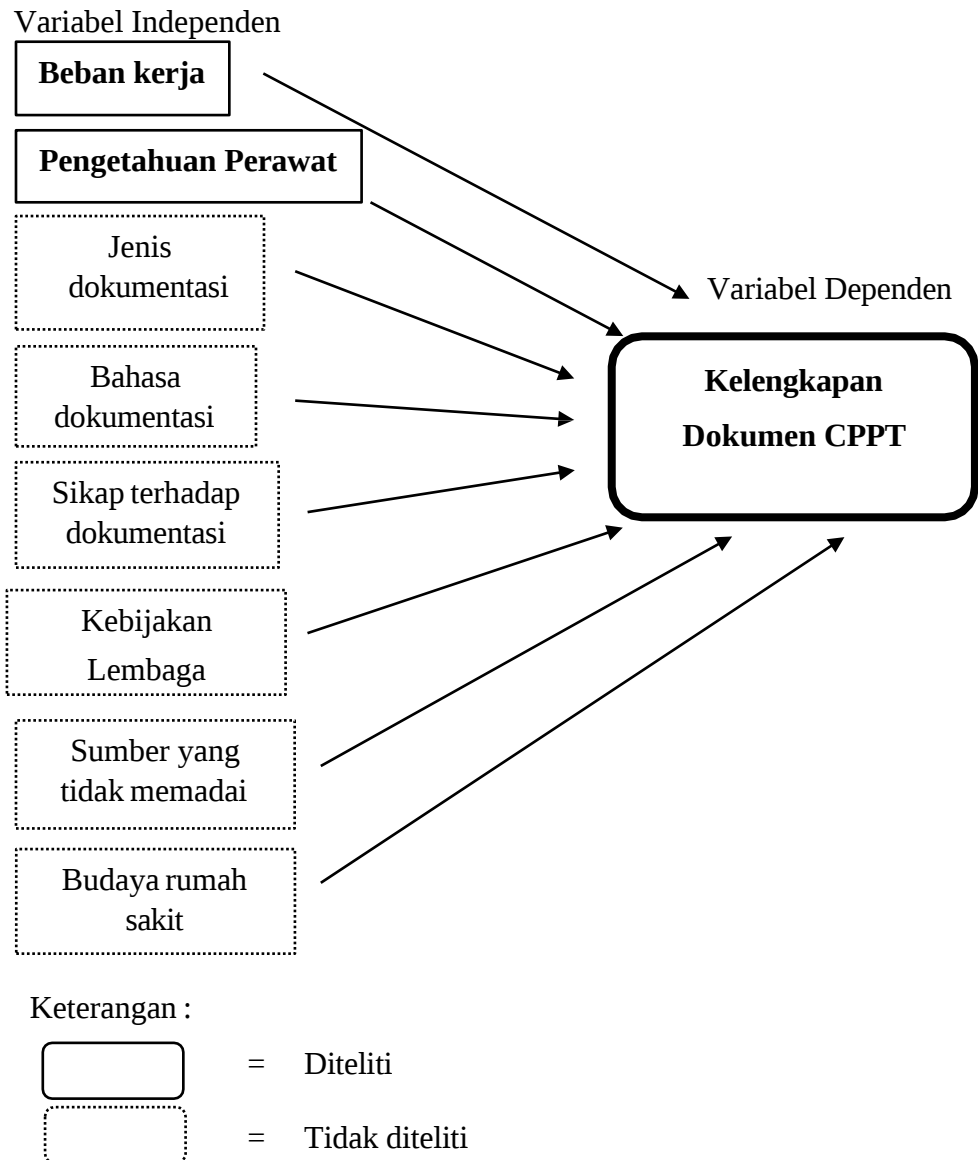
2.7 Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah abstraksi dari suatu realitis agar dapat dikomunikasikan dan membentuk suatu teori yang menjelaskan keterkaitan antar variabel (baik variable yang diteliti maupun yang tidak diteliti (Nursalam, 2020).

Banyak faktor yang mempengaruhi kelengkapan CPPT seperti beban kerja, pengetahuan perawat, banyak macam dokumentasi, bahasa dokumentasi, sikap terhadap dokumentasi, kebijakan lembaga, sumber yang tidak memadai, dan budaya rumah sakit tetapi peneliti hanya mengambil 2 faktor saja, variabel yang di ambil dalam penelitian ini adalah: Variabel Independen = Beban kerja dan pengetahuan perawat, Variabel Dependen = Kelengkapan dokumentasi CPPT.

Adapun kerangka konsep hubungan beban kerja dan pengetahuan perawat dengan kelengkapan CPPT di ruangan rawat inap Rumah Sakit Islam Banjarmasin.

Gambar 2.3 Kerangka konsep



(Sumber : Health & Governance, 2012; Prideaux, 2011 tentang Faktor-faktor yang mempengaruhi kelengkapan dokumen CPPT).

2.8 Hipotesis

Hipotesis adalah suatu pernyataan asumsi tentang hubungan dua atau lebih variabel yang diharapkan bisa menjawab suatu pertanyaan dalam penelitian (Nursalam, 2020).

Maka hipotesis penelitian ini adalah ada hubungan beban kerja dan pengetahuan perawat dengan kelengkapan CPPT yang ada di ruang rawat inap Rumah Sakit Islam Banjarmasin.