

BAB 1 : PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien pada fasilitas pelayanan kesehatan. Catatan Keperawatan adalah suatu sistem pencatatan dan pelaporan informasi tentang kondisi (status) kesehatan pasien serta semua kegiatan asuhan keperawatan yang menggunakan pendekatan proses keperawatan. Meliputi pengkajian, perumusan diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Oleh sebab itu substansi catatan/dokumen keperawatan harus mencerminkan solusi dari tiap tahapan proses keperawatan.⁽¹⁾

Catatan keperawatan merupakan kumpulan informasi keperawatan dan kesehatan pasien yang dilakukan oleh perawat, sebagai pertanggungjawaban dan pertanggunggugatan terhadap asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat, terhadap pasien dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang menyeluruh dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan.⁽²⁾ Perawat memberikan catatan kronologis tentang tanda kehidupan pasien maupun mengenai tingkatan ketidaknyamanan pasien dalam perawatan. Perawat juga membuat catatan medikasi khusus, jenis obat, cara dan waktu pemberian serta melaksanakan pengkajian terhadap pasien.

Perawat adalah mereka yang memiliki kemampuan dan kewenangan melakukan tindakan keperawatan berdasarkan ilmu yang dimiliki diperoleh melalui pendidikan keperawatan.⁽³⁾ Perawat merupakan pihak yang paling banyak

mengadakan kontak dengan pasien, dituntut untuk memasukkan informasi pelayanan kepada pasien secara jelas dan lengkap, termasuk reaksi pasien terhadap pengobatan dalam catatan perkembangan perawat⁽¹⁾ Keberadaan perawat dalam memberikan pelayanan sangat dibutuhkan, diperlukan tenaga perawat yang mempunyai kemampuan, keterampilan, dan sikap profesional termasuk kemampuan perawat melakukan catatan keperawatan.⁽⁴⁾

Catatan atau dokumentasi keperawatan dapat menjadi bukti pengadilan bagi para perawat atau pasien, jika ada sesuatu terjadi dalam ranah hukum.⁽²⁾ Sebagai upaya untuk melindungi pasien terhadap kualitas pelayanan keperawatan yang diterima dan perlindungan terhadap keamanan perawat dalam melaksanakan tugasnya, maka perawat/bidan diharuskan mencatat segala tindakan yang dilakukan terhadap pasien/klien. Tanpa dokumentasi atau pencatatan yang benar dan jelas, kegiatan pelayanan keperawatan yang telah dilaksanakan oleh seorang perawat tidak dapat dipertanggungjawabkan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan dan perbaikan status kesehatan pasien.⁽⁵⁾ Melihat begitu banyak kegunaan dari catatan/dokumentasi keperawatan, maka perlu dilakukan pencatatan dengan benar dan lengkap.

Catatan keperawatan yang diisi oleh perawat berisikan data antara lain seperti: nama pasien, jenis kelamin, umur, nomor rekam medis pasien, tanggal dan waktu, pengobatan dan diit pasien, catatan perawat, tanda tangan dan nama pengisi perawat/bidan. Jika salah satu data diatas tidak diisi, maka dikatakan catatan perawat/bidan tidak lengkap.⁽⁶⁾

Rumah Sakit Umum Daerah Sungai Dareh merupakan salah satu rumah sakit yang dalam pelaksanaan kegiatannya, masih ditemukan permasalahan yaitu ketidakkelengkapan pengisian catatan medis (KLPCM). Berdasarkan data statistik

RSUD Sungai Dareh tahun 2016, ditemukan KLPCM di masing-masing bangsal rawat inap. Persentase KLPCM tersebut paling banyak ditemukan pada berkas rekam medis pasien yang diisi oleh perawat/bidan yaitu pada Rekam Medis 5. Rekam Medis 5 adalah catatan keperawatan yang dilakukan oleh perawat/bidan yang berisikan antara lain: identitas pasien, nomor rekam medis, tanggal masuk, diagnosa saat ini, keluhan, tanda-tanda vital, keluhan, asuhan keperawatan dan tanda tangan serta nama perawat/bidan sendiri.

Hasil laporan tahunan 2016—sebanyak 34,34% RM5 (catatan keperawatan) yang tidak lengkap. Berdasarkan laporan pada bulan Juli 2017 yaitu sebanyak 55 % berkas RM 5 (catatan keperawatan) pasien yang tidak lengkap. Hasil studi pendahuluan, dari 10 berkas rekam medis yang di periksa, didapati hampir semua berkas rekam medis yang tidak lengkap. Ketidaklengkapan tersebut salah satunya pada catatan keluhan pasien, tanda tangan dan nama perawat yang tidak ditulis. Data tersebut menunjukkan bahwa pencatatan dan pelaporan oleh perawat masih jauh dari standar pelayanan minimal rekam medis yaitu 100%.⁽⁷⁾

Hasil wawancara singkat kepada beberapa perawat/bidan tentang mengapa mereka tidak mengisi catatan keperawatan tersebut dengan lengkap, ada yang menjawab bahwa tidak tahu, bersikap acuh dan berbagai reaksi. Hasil pengamatan/observasi tersembunyi, ada beberapa perawat/bidan yang tidak tahu cara mengisi catatan keperawatan dengan benar terbukti ada perawat/bidan yang memperbaiki catatan perawat yang salah dengan tipe-ex, padahal seharusnya jika terjadi kesalahan dalam mencatat tidak boleh di tipe-ex, hanya di coret dan diberikan keterangan. Hal tersebut menunjukkan bahwa pengetahuan perawat tentang pengisian rekam medis masih kurang.

Berdasarkan manfaat dan pentingnya dokumentasi/catatan keperawatan, catatan keperawatan memiliki beberapa manfaat, salah satunya adalah untuk keuangan (sebagai pertimbangan biaya perawatan) dan akreditasi.⁽⁵⁾ Jika terjadi pengisian catatan keperawatan yang tidak lengkap, maka akan mengganggu proses administratif rumah sakit itu sendiri.

Hasil pengamatan diatas ada kaitan antara perilaku perawat dengan pengisian catatan keperawatan. Dimana definisi perilaku adalah tindakan atau aktivitas dari manusia itu sendiri. Perilaku adalah respon/reaksi individu terhadap adanya suatu rangsangan, baik yang berasal dari luar maupun dari dalam dirinya sendiri.⁽⁸⁾ Menurut teori Lawrence Green perilaku ditentukan oleh 3 faktor utama yakni faktor predisposisi, faktor pendukung dan faktor penguat. Faktor predisposisi antara lain: pengetahuan, sikap, persepsi, nilai-nilai, umur, pendidikan, status pekerjaan dan status ekonomi. Faktor pendukung antara lain : lingkungan fisik dan sarana-sarana kesehatan. Faktor pendorong antara lain: sikap dan perbuatan petugas kesehatan dan kepemimpinan.⁽⁹⁾ Dalam penelitian ini akan melihat faktor predisposisi dalam hubungannya dengan tindakan pengisian catatan keperawatan.

Penelitian Warunamengatakan bahwa masih ditemukan 31,8% perawat tidak mendokumentasikan catatan keperawatan dengan baik dan benar. Penelitian yang dilakukan oleh Berthianajuga menunjukkan bahwa ketepatan pengisian dokumentasi keperawatan belum optimal. Akibatnya dapat memberikan dampak yang merugikan.⁽¹⁰⁾ Salah satunya adalah mutu pelayanan akan menurun, karena salah satu manfaat dari catatan keperawatan adalah sebagai bahan akreditasi. Dimana akreditasi ini untuk melihat sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien.⁽⁵⁾

Berdasarkan uraian di atas, penulis tertarik untuk mengetahui “faktor yang berhubungan dengan tindakan pengisian catatan keperawatan pasien rawat inap di rsud sungai dareh tahun 2017”.



1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang tersebut maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana faktor yang berhubungan dengan tindakan pengisian catatan keperawatan pasien rawat inap di RSUD Sungai Dareh Dharmasraya tahun 2017 ?

1.3 Tujuan Penelitian

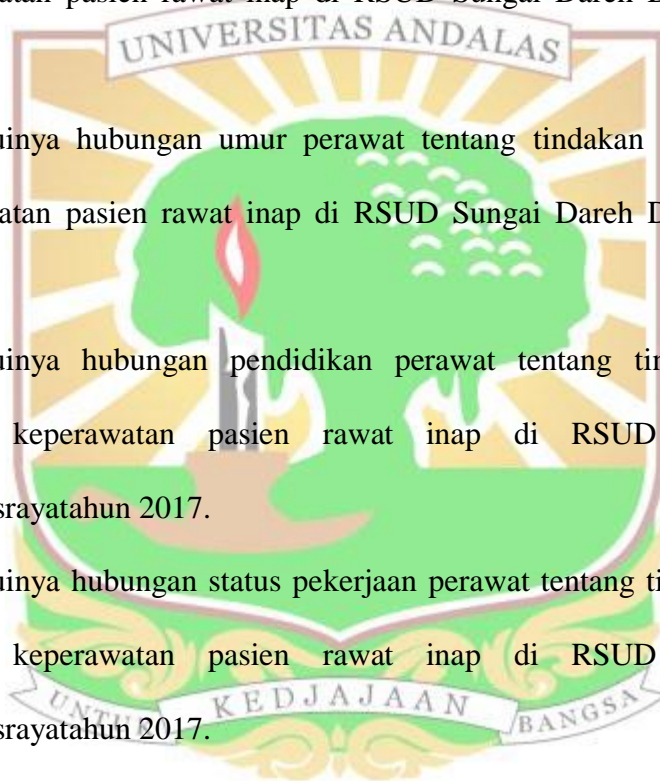
1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui faktor apa saja yang berhubungan dengan tindakan pengisian catatan keperawatan pasien rawat inap di RSUD Sungai Dareh Dharmasraya tahun 2017.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Diketuainya distribusi frekuensi kelengkapan pengisian catatan keperawatan pasien rawat inap di RSUD Sungai Dareh Dharmasraya tahun 2017.
2. Diketuainya distribusi frekuensi pengetahuan perawat tentang tindakan pengisian catatan keperawatan pasien rawat inap di RSUD Sungai Dareh Dharmasraya tahun 2017.
3. Diketuainya distribusi frekuensi sikap perawat tentang tindakan pengisian catatan keperawatan pasien rawat inap di RSUD Sungai Dareh Dharmasraya tahun 2017.
4. Diketuainya distribusi frekuensi umur perawat tentang tindakan pengisian catatan keperawatan pasien rawat inap di RSUD Sungai Dareh Dharmasraya tahun 2017.
5. Diketuainya distribusi frekuensi pendidikan perawat tentang tindakan pengisian catatan keperawatan pasien rawat inap di RSUD Sungai Dareh Dharmasraya tahun 2017.

6. Diketuainya distribusi frekuensi status pekerjaan perawat tentang tindakan pengisian catatan keperawatan pasien rawat inap di RSUD Sungai Dareh Dharmasrayatahun 2017.
7. Diketuainya hubungan pengetahuan perawat tentang tindakan pengisian catatan keperawatan pasien rawat inap di RSUD Sungai Dareh Dharmasrayatahun 2017.
8. Diketuainya hubungan sikap perawat tentang tindakan pengisian catatan keperawatan pasien rawat inap di RSUD Sungai Dareh Dharmasrayatahun 2017.
9. Diketuainya hubungan umur perawat tentang tindakan pengisian catatan keperawatan pasien rawat inap di RSUD Sungai Dareh Dharmasrayatahun 2017.
10. Diketuainya hubungan pendidikan perawat tentang tindakan pengisian catatan keperawatan pasien rawat inap di RSUD Sungai Dareh Dharmasrayatahun 2017.
11. Diketuainya hubungan status pekerjaan perawat tentang tindakan pengisian catatan keperawatan pasien rawat inap di RSUD Sungai Dareh Dharmasrayatahun 2017.



1.4 Manfaat Penelitian

1. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Andalas, diharapkan dapat menjadi informasi tambahan dalam pengembangan penelitian lanjutan ilmu kesehatan masyarakat mengenai faktor yang berhubungan dengan tindakan pengisian catatan keperawatan di rumah sakit.

2. Bagi RSUD Sungai Dareh, diharapkan dapat menjadi bahan pertimbangan dalam menyelesaikan permasalahan terkait dengan penyebab ketidaklengkapan pengisian catatan keperawatan.
3. Bagi penulis, diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan dan wawasan penulis tentang catatan keperawatan.

1.5 Ruang Lingkup Penelitian

Ruang lingkup penelitian faktor yang berhubungan dengan tindakan pengisian catatan keperawatan pasien rawat inap di RSUD Sungai Dareh Dharmasraya Tahun 2017 adalah variabel *dependen* (tindakan pengisian catatan keperawatan) dan variabel *independen* (pengetahuan, sikap, umur, pendidikan dan status pekerjaan) dengan objek penelitian adalah perawat yang berkerja di ruang rawat inap RSUD Sungai Dareh Tahun 2017.



