

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Rumah sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan, yang bertujuan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Upaya peningkatan derajat kesehatan secara optimal menuntut profesi keperawatan mengembangkan mutu pelayanan yang profesional sesuai dengan tuntutan masyarakat di era globalisasi (Hutama & Santosa, 2016).

Dalam perkembangan era globalisasi ini, rumah sakit mengalami perkembangan kuantitas yang cukup pesat. Hal ini dapat dilihat dari semakin banyaknya badan atau institusi yang berusaha mendirikan rumah sakit, baik yang dibiayai dari dalam negeri maupun dari luar negeri. Namun peningkatan kuantitas rumah sakit belum diikuti oleh peningkatan mutu pelayanan keperawatan di rumah sakit sehingga sering timbul kontradiksi, dimana rumah sakit banyak mendapat sorotan dan keluhan dari masyarakat sebagai ungkapan rasa tidak puas akibat kurangnya tingkat pelayanan yang diberikan (Diyanto, 2007)

Paradigma pelayanan kesehatan sudah mulai berubah dengan memusatkan pelayanan kesehatan pada pasien. Tidak lagi menempatkan salah satu profesi sebagai pusat pelayanan, melainkan dibutuhkan adanya integrasi asuhan dari berbagai profesi pemberi pelayanan (Komisi Akreditasi Rumah

Sakit, 2015). Pelayanan yang berfokus pasien membutuhkan dokumentasi terintegrasi yang mewajibkan setiap profesi melakukan pencatatan pada dokumen yang sama. Metode ini diharapkan dapat meningkatkan komunikasi yang efektif antar profesi, pencatatan dapat dilakukan lebih optimal karena semua profesi menulis pada dokumen yang sama, meminimalkan mis komunikasi, menurunkan angka kejadian tidak diharapkan dan pada akhirnya itu semua bertujuan untuk meningkatkan keselamatan pasien dan berdampak pada peningkatan mutu pelayanan (Frelita, Situmorang, & Silitonga, 2011).

Peningkatan mutu pelayanan dengan memberikan pelayanan secara efisien dan efektif yaitu dengan menyesuaikan standar profesi, standar pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan pasien, pemanfaatan teknologi tepat guna dan hasil penelitian untuk mengembangkan pelayanan kesehatan atau keperawatan sehingga tercapai derajat yang optimal (Nursalam, 2012). Kontinuitas pelayanan merupakan hal yang sangat penting dalam meningkatkan mutu pelayanan kepada pasien, sehingga asuhan pasien terintegrasi dijadikan sebagai salah satu perangkat untuk kendali mutu. Mutu pelayanan kesehatan menjadi hal yang penting dalam organisasi pelayanan kesehatan, peningkatan kesadaran masyarakat tentang kesehatan dan pelayanan kesehatan mendorong setiap organisasi pelayanan kesehatan untuk sadar dalam memberikan pelayanan kepada pengguna jasa organisasi pelayanan kesehatan (Herlambang, 2012).



Menurut Keith dalam Arif (2013) kunci dari pelayanan kesehatan yang bermutu dengan biaya yang efisien adalah dengan meningkatkan kolaborasi yang efektif para tenaga kesehatan. Kolaborasi merupakan proses dimana para profesional saling menyusun tindakan kolektif terhadap kebutuhan perawatan pasien yang dibangun dengan sukarela dan adanya perundingan atau diskusi para profesional. Kerjasama juga merupakan bentuk dari praktik kolaborasi. Kerjasama adalah usaha dua atau lebih individu untuk mencapai tujuan bersama sehingga mendapatkan hasil yang lebih cepat dan lebih baik.

Menurut Donabedian dalam Alwi (2011), pengertian mutu pelayanan kesehatan dengan pendekatan secara komprehensif mencakup Input, Proses dan Output. Input adalah karakteristik pelayanan yang relatif stabil yang dimiliki oleh penyedia fasilitas pelayanan kesehatan. Komponen Structure/input meliputi perlengkapan, sumber daya dan tatanan organisasi serta fasilitas fisik di lingkungan kerja. Komponen Proses pada dasarnya adalah berbagai aktifitas yang merupakan interaksi antara penyedia fasilitas pelayanan kesehatan (misal dokter) dengan pasien yang menerima pelayanan kesehatan. Komponen Output merujuk pada berbagai perubahan kondisi dan status kesehatan yang didapat oleh pasien setelah terakses dan menggunakan fasilitas pelayanan kesehatan antara lain meliputi morbiditas, mortalitas dan tingkat kepuasan pasien.



Penilaian mutu pelayanan kesehatan dengan membandingkan terhadap Standar Pelayanan Kesehatan yang telah ditetapkan. Pengertian Standar Pelayanan kesehatan ialah suatu pernyataan tentang mutu yang diharapkan, yang menyangkut input, proses dan outcome (Pohan, 2003). Standar pelayanan kesehatan merupakan suatu alat organisasi untuk menjabarkan mutu ke dalam terminologi operasional. Standar, indikator dan nilai ambang batas merupakan unsur-unsur yang akan membuat jaminan mutu pelayanan kesehatan dapat diukur. Indikator didefinisikan sebagai tolok ukur untuk mengetahui adanya perubahan yang dikaitkan dengan target/standar yang telah ditentukan sebelumnya. Jenis-jenis indikator bisa dikelompokkan berdasarkan Input, Proses dan outpute.

Masalah mutu pelayanan dan keselamatan pasien semakin berkembang menjadi masalah kesehatan masyarakat yang serius. Meskipun secara alamiah pasien telah memiliki resiko akibat penyakit yang dideritanya, resiko akibat kejadian tak diharapkan (KTD) tentu akan semakin memperparah kondisi pasien. Publikasi terbaru dari Amerika menunjukkan bahwa 1 dari 3 pasien yang dirawat di rumah sakit mengalami KTD. Jenis kesalahan yang sering terjadi adalah kesalahan pengobatan, kesalahan operasi dan prosedur serta infeksi nosokomial (Classen et al., 2011). Studi dari 10 rumah sakit di North Carolina menemukan hasil yang serupa, 1 dari 4 pasien rawat inap mengalami KTD, 63% diantaranya dapat dicegah (Landrigan, et al., 2010).



Banyak Kejadian Tidak Diharapkan (KTD) di rumah sakit disebabkan karena masalah komunikasi. Data dari hasil RCA salah satu rumah sakit di Amerika menunjukkan: 65% sentinel event, (90% penyebabnya adalah komunikasi dan 50% terjadi pada saat serah terima informasi pasien (JCI, 2006). Frekuensi KTD ini hampir 10 kali lebih tinggi daripada hasil penelitian pada periode tahun 1999-2005, ternyata upaya penurunan KTD di negara maju berjalan lambat.

Secara Internasional, efektifitas sistem manajemen mutu untuk meningkatkan mutu pelayanan dan keselamatan pasien di rumah sakit belum cukup meyakinkan. Sistem manajemen mutu mempunyai fokus yang berbeda dengan mutu pelayanan klinis dan keselamatan pasien (Dugdale & Healy, 2009). Di Indonesia keselamatan pasien telah menjadi perhatian serius. Penelitian pertama dilakukan di rawat inap 15 rumah sakit dengan 4500 rekam medis (Utarini et al., 2000), hasilnya menunjukkan angka KTD yang sangat bervariasi yaitu : 8,0 % hingga 98,2% untuk diagnostic error dan 4,1% hingga 91,6% untuk medication error, 8,2 % hingga 98,4% intervention error.

Di Indonesia, mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien telah mempunyai landasan hukum yang kuat. Undang-undang (UU) kesehatan no 36/2009 mengamanatkan bahwa pelayanan kesehatan yang aman, bermutu

dan terjangkau merupakan tanggungjawab pemerintah dan hak setiap orang (pasal 5 dan 19) (Kemenkes, 2011). Banyaknya laporan tentang kesalahan tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan maka pemerintah tidak lagi menempatkan salah satu profesi sebagai pusat pelayanan, melainkan dibutuhkan adanya integrasi asuhan dari berbagai profesi pemberi pelayanan dengan melakukan pendokumentasian catatan perkembangan pasien terintegrasi (Komisi Akreditasi Rumah Sakit, 2015).

Asuhan pasien dalam standar akreditasi rumah sakit versi 2012 harus dilaksanakan berdasarkan pola pelayanan berfokus pada pasien (*Patient Centered Care*), asuhan diberikan berbasis kebutuhan pelayanan pasien. Proses asuhan bersifat dinamis dan melibatkan banyak praktisi pemberian pelayanan kesehatan diantaranya dokter, perawat, bidan, nutrisi, apoteker, terapis, dll serta dapat melibatkan berbagai unit kerja dan pelayanan yang berada dalam catatan asuhan terintegrasi (SNARS, 2017).

Catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT) merupakan catatan pendokumentasian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan untuk melakukan koordinasi atau kolaborasi antar tenaga kesehatan dalam melakukan pendokumentasian pelayanan kesehatan pada pasien. Catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT) merupakan alat untuk melakukan komunikasi antar tim kesehatan, dimana komunikasi merupakan penyampaian informasi dalam suatu interaksi tatap muka yang berisi ide, perasaan,



perhatian, makna, serta pikiran yang diberikan pada penerima pesan dengan harapan si penerima pesan menggunakan informasi tersebut untuk mengubah sikap dan perilaku. Prinsipnya bagaimana pesan yang disampaikan diterima dengan baik oleh si penerima pesan sehingga terjadi kesepakatan dan kesepahaman antara pemberi dan penerima pesan (Haryati, 2014).

Menurut Lasmani et al., (2014), catatan terintegrasi merupakan sarana komunikasi antar profesi kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Komunikasi yang dimaksud bertujuan untuk mencegah kesalahan dan pengulangan informasi, membantu perawat dalam manajemen waktunya, serta meningkatkan kualitas rekam medis dengan mengintegrasikan catatan professional kesehatan menjadi satu catatan pasien yang terintegrasi.

Beberapa bentuk pelaksanaan asuhan terintegrasi adalah pendokumentasian yang dilakukan oleh dokter, perawat, farmasi, dan nutrisionis. Dokumentasi yang dilakukan dalam catatan terintegrasi berbentuk catatan perkembangan yang ditulis berdasarkan data subjektif (S), data objektif (O), Analisa Data (A) dan Planning/perencanaan (P). Dokumentasi yang terintegrasi dapat dijadikan bukti tertulis dari kegiatan yang telah dilakukan oleh tenaga kesehatan multidisiplin yang ada diruangan rawat inap. Dokumentasi yang dikatakan lengkap apabila pencatatan yang dilakukan oleh dokter,



perawat, farmasi dan nutrisisionis jika sesuai dengan standar yang telah ditetapkan oleh rumah sakit, sehingga mampu melindungi tenaga kesehatan terhadap permasalahan hukum yang terjadi (Hariyati, 2014).

Tujuan pelayanan terintegrasi berorientasi pada kepentingan pasien dan tidak didominasi oleh satu profesi tertentu, seperti dulu dokter merupakan pelaksana asuhan tunggal. Mengapa harus demikian, karena profesi saat ini telah berkembang sangat pesat sehingga tak mungkin lagi dikuasai secara penuh ilmunya oleh para dokter. Tentunya hal ini akan berdampak sangat positif terhadap mutu pelayanan kesehatan. Beberapa manfaat dari asuhan terintegrasi adalah meningkatkan mutu pelayanan pada keadaan klinis dan lingkungan tertentu, bekerja sama dengan tim multidisiplin, mengurangi jumlah intervensi yang tidak perlu atau berbahaya, memberikan opsi pengobatan dan perawatan terbaik dengan keuntungan maksimal, menghindari terjadinya medication eror secara dini dan mis komunikasi, memberikan opsi pengobatan dengan risiko terkecil (Sutoto, 2015).

Beberapa faktor yang merupakan hambatan dalam melaksanakan pendokumentasian, meskipun pelaksanaan dokumentasi telah ditetapkan, berbagai hambatan tersebut meliputi kurangnya pemahaman dasar-dasar dokumentasi, hal ini bisa terjadi karena latar belakang pendidikan yang berbeda-beda, sehingga tidak adanya keseragaman dalam pelaksanaan pendokumentasian. Kurangnya kesadaran akan pentingnya dokumentasi,



penulisan pendokumentasian tidak mengacu pada standar yang sudah ditetapkan, sehingga terkadang tidak lengkap dan akurat. Dokumentasi dianggap beban, banyak lembar format yang harus diisi oleh tenaga kesehatan untuk mencatat data pasien dan intervensi yang dilakukan oleh tenaga kesehatan. Keterbatasan tenaga, kurangnya tenaga kesehatan yang ada dalam suatu tatanan pelayanan kesehatan memungkinkan tenaga kesehatan bekerja hanya berorientasi pada tindakan saja. Tidak cukup waktu untuk menuliskan setiap tindakan yang sudah diberikan pada lembar format dokumentasi, (Nursalam 2008).

Rekam medis merupakan berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Dalam peraturan yang sama juga disebutkan bahwa tenaga kesehatan : dokter, dokter gigi, perawat, apoteker, nutrisionist dan/atau tenaga kesehatan tertentu bertanggung jawab terhadap catatan dan/atau dokumen yang dibuat pada rekam medis. Selanjutnya disebutkan juga bahwa sarana pelayanan kesehatan wajib menyediakan fasilitas yang diperlukan dalam rangka penyelenggaraan rekam medis (Kemenkes, 2011).

Pendokumentasian merupakan suatu bukti pelayanan kesehatan yang berisi kegiatan pencatatan, pelaporan yang otentik dan penyimpanan semua kegiatan yang berkaitan dengan pengelolaan klien yang dapat dipergunakan

untuk mengungkapkan suatu fakta aktual dan dapat dipertanggungjawabkan. Dokumentasi dalam rekam medis merupakan sarana komunikasi antar profesi kesehatan dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Komunikasi yang dimaksud adalah komunikasi antar profesi yang bertujuan untuk mencegah kesalahan informasi, koordinasi interdisipliner, mencegah informasi berulang, membantu perawat dalam manajemen waktunya (Klehr,2009).

Pendokumentasian tidak lengkap diruangan rawatan menurut Laitinen, Kaunonen dan Astedt-Kurki (2010) dalam Hariyati (2014), salah satunya disebabkan, tenaga kesehatan multidisiplin tidak mendokumentasikan riwayat kesehatan sebelumnya dan kualitas hidup pasien. Menurut studi yang dilakukan Bergh (2007), pendokumentasian tidak memadai disebabkan karena tidak sesuainya tahapan proses pendokumentasian.

Dokumentasi tidak lengkap akan membentuk kerangka kerja yang tidak baik yang akan memperburuk kerangka kerja tim kesehatan, karena dokumentasi penting kaitannya dengan praktek profesional baik tenaga dokter, perawat, apoteker dan nutrisionist sehingga pelayanan yang diberikan kepada pasien tidak akurat,tidak efisien dan akan menimbulkan dampak negatif terhadap kinerja tenaga kesehatan dan profesi lainnya, seperti tuntutan masyarakat yang semakin meningkat sehingga pengetahuan masyarakat



terhadap hak-hak masyarakat sebagai penerima jasa pelayanan kesehatan (Dinarti, 2009).

Lasmani (2013) melakukan penelitian dengan judul evaluasi implementasi rekam medis terintegrasi di instalasi rawat inap RSUP Dr.Sardjito Yogyakarta. Hasil dari penelitian ini yaitu Implementasi yang masih perlu ditingkatkan yaitu: kejelasan: dengan hasil 29,7% pembetulan dengan dicoret dan diparaf dan tidak satupun rekam medis menggunakan singkatan baku; kelengkapan: dengan hasil 61,5% catatan perawatan jelas dan singkat, 85,4% catatan perkembangan terisi lengkap dan 81,3% tertulis nama dan tanda tangan; kebaruan: dengan hasil 41,6% tertulis waktu dan tanggal setiap tindakan; komprehensif: dengan hasil 95% ada penulisan kejadian insiden kritis, berpusat pada pasien dan kolaborasi: dengan hasil 92,2% ada data subyektif dan obyektif pada catatan perkembangan, 73,4% rencana individual dan komprehensif serta 88,0% mendokumentasikan persetujuan tindakan.

Priyanto (2011) melakukan penelitian dengan judul inovasi sistem pendokumentasian terintegrasi pada pelayanan keperawatan intensif di ICCU Rsupn Dr. Ciptomangunkusumo Jakarta. Hasil analisis diperoleh data bahwa seluruh perawat (100%) menyatakan dokumentasi *flowsheet* telah mencantumkan dokumentasi proses keperawatan. Ada 9 perawat (75 %) menyatakan pengisian dokumentasi *flowsheet* membutuhkan waktu yang

lama, meskipun sebanyak 11 perawat (91.6%) menyatakan dokumentasi *flowsheet* layak diterapkan sebagai format monitoring klien di ruang ICCU. Seluruh perawat (100%) menyatakan dokumentasi *flowsheet* telah menggambarkan aplikasi praktek keperawatan profesional dan seluruh perawat (100%) menyatakan setuju penerapan sistem dokumentasi menggunakan *flowsheet*. faktor ini disebabkan karena tenaga yang kurang dan memakan waktu yang lama dalam melakukan pendokumentasian.

Sedangkan menurut penelitian Sumirat (2014), didapatkan penilaian motivasi kerja perawat 67,5% dan untuk mutu pendokumentasian asuhan keperawatan sebesar 94,1% dengan nilai p value 0,006 ( $< 0,005$ ), sehingga terdapat hubungan yang signifikan antara motivasi kerja perawat dengan mutu pendokumentasian asuhan keperawatan.

Penelitian yang dilakukan oleh Rebbi (2016) dibagian Rekam Medis RSUP Dr. M. Djamil Padang, sebanyak 23,4% dari 536 kujungan pada bulan Juli 2015 pada ruangan IRNA Non Bedah dikembalikan dari bagian rekam medis keruangan karena pengisian status yang tidak lengkap. Pada beberapa status tidak ditemukan nama dan tanda tangan pengisian catatan perkembangan sehingga tidak dapat dipertanggung jawabkan. Pada 5 (lima) status yang peneliti ambil secara acak tidak ditemukan pengisian perencanaan (P) yang harus dilakukan oleh dokter 3(tiga) status lainnya tidak ditemukan kesesuaian catatan perkembangan yang dibuat oleh

perawat, dan nutrisisionis dengan catatan perkembangan yang dibuat oleh dokter 3 (tiga) status catatan perkembangan pasien terintegrasi tidak di isi oleh apoteker. Standarnya pengisian asuhan terintegrasi ini minimal harus di isi setiap sekali 24 jam atau ketika terjadi perubahan kondisi pasien namun pada status yang peneliti amati asuhan terintegrasi baru terisi setelah 2 (dua) hari rawatan pasien.

Rumah Sakit X adalah merupakan Rumah Sakit tipe C, yang mulai di operasikan tanggal 19 Juli 2004. Berdasarkan SK Menteri Kesehatan RI No: YM.02.3.5.5400 tanggal 13 Desember 2005, RS X memperoleh izin penyelenggaraan rumah sakit secara resmi dari pemerintah. Visi rumah sakit ini menjadi rumah sakit pilihan terbaik di Sumatera Barat dengan pelayanan yang islami. Dari data rekam medis didapatkan kelengkapan rekam medis 3 (tiga) bulan sebanyak 92% lengkap, 8,0 % tidak lengkap bulan november 2017 dan bulan desember 94% lengkap, 6,0 % tidak lengkap, sedangkan bulan januari 2018 sebanyak 95% lengkap dan 5,0% tidak lengkap (RS X, 2018).

Rumah Sakit Y merupakan Rumah Sakit Tipe C yang sedang bergerak menuju akreditasi B yang dikelola oleh YARSI Sumbar dengan angka BOR (*Bed Occupation Rate*) di Rumah Sakit Islam Y pada tahun 2014 adalah 83,38% dan pada tahun 2015 adalah 79,59%, angka ALOS (*Average Length of Stay*) pada tahun 2014 dan 2015 masing-masing lebih kurang 4 hari, dan



angka TOI (*Turn Over Interval*) pada tahun 2014 dan 2015 masing-masing lebih kurang 1 hari. Dimana untuk peningkatan akreditasi rumah sakit ini perlu didukung oleh administrasi yang baik terutama dari segi penyelenggaraan rekam medisnya terutama pada pelayanan rawat inap. Dari data rekam medis didapatkan kelengkapan rekam medis bulan November 56,06% lengkap, 43,94% tidak lengkap, bulan Desember 53,06% lengkap, 46,94 % tidak lengkap, sedangkan bulan Januari 58,08% lengkap, 41,92 tidak lengkap (RS Y, 2018).

Rumah Sakit Z adalah rumah sakit yang berlokasi di Jalan Aur No.8 Kota Padang. RS Z merupakan rumah sakit yang menyelenggarakan satu macam pelayanan kesehatan, dalam hal ini fokus untuk memberikan pelayanan kesehatan khusus bedah. Selain pasien umum, rumah sakit ini juga menerima pasien BPJS yang menyebabkan meningkatnya jumlah pasien yang datang untuk dilayani. Dari data rekam medis didapatkan kelengkapan rekam medis 3 (tiga) bulan sebanyak 94% lengkap, 6,0 % tidak lengkap bulan November 2017 dan bulan Desember 95% lengkap, 5,0 % tidak lengkap, sedangkan bulan Januari 2018 sebanyak 94% lengkap dan 6,0% tidak lengkap. (RS Z, 2018).

RS X, RS Y, dan RS Z merupakan rumah sakit yang telah menggunakan lembaran CPPT. Berdasarkan hasil wawancara dengan perawat yang bertugas di ruang rawat inap, salah satu media yang dapat digunakan dalam

berkomunikasi tentang asuhan pasien antar profesional pemberian asuhan keperawatan adalah melalui catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT). Pelaksanaan catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT) telah dilakukan tetapi belum ada dilakukan evaluasi terhadap pelaksanaan CPPT. Adanya CPPT diharapkan apa yang direncanakan dicatat dalam lembaran CPPT namun dalam pengisiannya terkadang ditemukan CPPT yang tidak lengkap.

Berdasarkan latar belakang tersebut peneliti tertarik melakukan penelitian dengan judul “Analisis perbandingan kelengkapan pendokumentasian catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT) di ruang rawat inap rumah sakit tipe C Kota Padang Tahun 2018”

## **B. Rumusan Masalah**

Peningkatan pelayanan kesehatan merupakan tuntutan dari akreditasi rumah sakit dengan menerapkan perubahan konsep pelayanan kesehatan menjadi *Patient Centered Care* mengharuskan semua tim kesehatan mempunyai pengetahuan yang baik tentang pendokumentasian catatan perkembangan pasien terintegrasi sehingga dapat meningkatkan keselamatan pasien dan berdampak pada peningkatan mutu pelayanan.

Berdasarkan latar belakang yang telah dipaparkan, maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah melihat bagaimana Analisis perbandingan

kelengkapan pendokumentasian catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT) di ruang rawat inap RS tipe C Kota Padang Tahun 2018”

### C. Tujuan Penelitian

#### 1. Tujuan Umum

Untuk diketahui perbandingan kelengkapan pendokumentasian catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT) di ruang rawat inap RS tipe C Kota Padang Tahun 2018.

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Diketahui distribusi frekuensi kelengkapan pendokumentasian catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT) di ruang rawat inap RS Tipe C Kota Padang.
- b. Diketahui sumber daya manusia (Man) dilihat dari pengetahuan dokter, perawat, apoteker dan nutrisionist dalam pendokumentasian CPPT
- c. Diketahui Material (kebijakan tentang CPPT) dalam pendokumentasian CPPT
- d. Diketahui Methode (prosedur dalam pengisian CPPT) dalam pendokumentasian CPPT
- e. Diketahui Machine (sarana dan prasarana CPPT) dalam pendokumentasian CPPT
- f. Diketahui hubungan antara Man (pengetahuan dokter, perawat, apoteker dan nutrisionist), Material (kebijakan tentang CPPT),



Method (prosedur dalam pengisian CPPT), Machine (sarana dan prasarana CPPT) dengan kelengkapan pendokumentasian catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT) di ruang rawat inap RS Tipe C Kota Padang.

- g. Diketahui faktor yang paling berhubungan dengan kelengkapan pendokumentasian catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT) di ruang rawat inap RS Tipe C Kota Padang.

## **D. Manfaat Penelitian**

### **1. Manfaat Aplikatif**

Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan bagi pihak manajemen rumah sakit, khususnya bagi tenaga kesehatan serta sebagai bahan masukan dalam mengambil kebijakan dan pengembangan pelayanan kesehatan, sehingga kualitas pelayanan keperawatan yang bermutu dapat dipertahankan dan ditingkatkan.

### **2. Manfaat Teoritik**

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memperkaya wawasan ilmu pengetahuan tentang pendokumentasian pada catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT), yang bertujuan untuk peningkatan mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien.



### 3. Manfaat Metodologik

Menambah wawasan dan pengalaman bagi peneliti dan referensi bagi peneliti selanjutnya yang berhubungan dengan catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT), dengan variabel yang berbeda. Penelitian ini juga dapat dikembangkan lagi dengan menggunakan penelitian kualitatif untuk mendapatkan makna yang lebih dalam terkait faktor yang mempengaruhi ketdakilengkapan catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT).

