

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1.Latar Belakang**

Rumah sakit merupakan salah satu sarana kesehatan tempat menyelenggarakan upaya kesehatan. Upaya kesehatan yaitu setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Upaya kesehatan diselenggarakan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventif), penyembuhan penyakit (kuratif), dan pemulihan kesehatan (rehabilitatif) yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan (1)

Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit mampu dalam menjamin ketersediaan obat yang aman, bermutu, berkhasiat dan sesuai dengan amanat Undang Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit diselenggarakan sesuai dengan Standar Pelayanan Kefarmasian. Selanjutnya, Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 72 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit diterbitkan, meliputi pengelolaan sediaan obat dan Bahan Medis Habis Pakai (BMHP), pelayanan farmasi klinik serta pengawasan obat dan BMHP (2)

Pelayanan kefarmasian adalah bagian dari pelayanan kesehatan yang mempunyai peran penting dalam mewujudkan pelayanan kesehatan yang bermutu dimana apoteker merupakan bagian dari tenaga kesehatan yang mempunyai tugas dan tanggung jawab dalam mewujudkan pelayanan kefarmasian yang berkualitas (3). Adapun tuntutan dari pasien dan masyarakat mengenai mutu pelayanan farmasi, mengharuskan adanya perubahan pelayanan dari paradigma lama *Drug Oriented* ke paradigma baru *Patient Oriented* dengan filosofi *Pharmaceutical Care* (pelayanan kefarmasian) (4)

Pendokumentasian adalah hal yang harus dilakukan dalam setiap kegiatan pelayanan farmasi. Pendokumentasian merupakan kegiatan merekam praktik visite yang meliputi informasi penggunaan obat, perubahan terapi, catatan kajian penggunaan obat (masalah terkait penggunaan obat, rekomendasi, hasil diskusi dengan dokter yang merawat, implementasi dan hasil terapi) (9). Apoteker melakukan dokumentasi semua tindakan yang dilakukan dalam praktik *visite* sebagai pertanggung jawaban profesi, sebagai bahan pendidikan dan penelitian, serta perbaikan mutu praktik profesi (5)

Dokumentasi merupakan komponen penting dari setiap layanan perawatan pasien berbasis farmasi. Dokumentasi yang tepat sangat penting untuk perawatan pasien dengan kualitas tinggi, dan melayani banyak fungsi penting lainnya, mulai dari komunikasi dengan penyedia layanan kesehatan lainnya hingga berfungsi sebagai catatan resmi perawatan yang diberikan. Beberapa format dokumentasi terstruktur sedang digunakan saat ini yaitu penggunaan catatan Subjective, Objective, Assessment, Plan (SOAP) untuk melihat kemajuan pasien di bidang perawatan kesehatan. Catatan SOAP hanya memiliki satu komponen dari sistem dokumentasi yang komprehensif. Apoteker harus menilai semua kebutuhan dokumentasi pasien ketika memilih dan mengembangkan sistem untuk praktik apoteker tersebut (6).

Rekam medis yaitu suatu berkas data yang berisikan identitas pasien, segala tindakan yang dilakukan sejak awal terhadap pasien dalam rangka pemberian pelayanan kesehatan. Pencatatan dan pendokumentasian ini harus tertera secara kronologis, sistematis dan akurat, sehingga dapat memberikan gambaran informasi perjalanan penyakit seseorang, tindakan-tindakan investigasi yang telah dilakukan terhadapnya, informasi rencana penatalaksanaan, catatan observasi klinis dan hasil pengobatan, persetujuan/penolakan suatu tindakan, ringkasan pulang (*discharge summary*), serta nama dan tanda tangan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan tersebut. Dalam memberikan pelayanan kesehatan, tenaga kesehatan mempunyai kewajiban untuk memberikan pelayanan yang berkualitas (bermutu), optimal dan berkesinambungan. Salah satu cara untuk memastikan terwujudnya kewajiban tersebut adalah melalui pelaksanaan kewajiban lainnya yaitu dengan melakukan pencatatan dan pendokumentasian di dalam berkas rekam medis secara tepat, akurat dan bertanggung jawab oleh para tenaga kesehatan tersebut (7)

Sistem pencatatan rekam medis yang tidak terintegrasi dapat menyebabkan antara unit satu dengan yang lain tidak efisien dalam pengerjaannya karena data yang diinput dibuat berulang mulai dari admission, poliklinik dan pelaporan di rekam medis. Sedangkan untuk sistem rekam medis secara terintegrasi dapat memberikan kesempatan bagi tenaga profesional guna membuat keputusan korektif dan keputusan klinis dalam rangka menganalisis dan mempertahankan kondisi pasien (8). Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) yaitu dokumentasi yang dilakukan oleh tenaga profesional pelayanan kesehatan tentang perkembangan kondisi pasien dalam bentuk terintegrasi pada format baku dalam rekam medis pasien yang menggunakan metode SOAP(9)(10).

Rekam medis diselenggarakan secara bertanggung jawab yang dijadikan sebagai alat bukti yang sah dan digunakan sebagai alat pembelaan hukum serta pembelaan bagi tenaga kesehatan, dalam proses pembuktian di pengadilan terhadap kasus tuntutan hukum perdata maupun pidana (11).

Prinsip asuhan kefarmasian menyarankan apoteker untuk mendokumentasikan seperti masalah aktual atau potensial terkait obat yang diidentifikasi, serta intervensi terkait terapi yang akan diterapkan atau telah diterapkan. Apoteker harus mengkomunikasikan rekomendasi dan tindakannya kepada praktisi perawatan kesehatan nonfarmasi (Dokter, perawat), pasien atau pengasuh (Orang tua), atau apoteker lainnya. Tujuan komunikasi berguna untuk memberikan catatan yang jelas dan singkat mengenai masalah obat yang telah atau mungkin terjadi, proses berpikir farmasis dalam mengambil tindakan tertentu, dan tindakan apa saja yang telah dilakukan. Selain itu, jasa medis sebagai imbalan untuk pelayanan kepada pasien hanya dapat diberikan apabila terdapat dokumentasi yang memadai berkaitan dengan jasa yang diberikan (12)

Secara Internasional, efektifitas sistem manajemen mutu dalam 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. Di Indonesia keselamatan pasien telah menjadi perhatian yang serius. Penelitian pertama dilakukan di rawat inap 15 rumah sakit dengan 4500 rekam medis, hasilnya menunjukkan angka Kejadian Tidak Diharapkan (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 (13).

Efektivitas dan keamanan penggunaan obat yaitu berupa keluhan pada pasien, manifestasi klinis dan hasil pemeriksaan sebagai penunjang yang dapat dilakukan dengan menggunakan metode SOAP (5). Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi penulisannya terdiri atas 4 bagian, yaitu huruf S (Subjektif) berisi tentang keluhan-keluhan yang dirasakan pasien dan kondisi pasien pada saat diperiksa. Huruf O (Objektif) yang berisikan data terapi pengobatan serta hasil pengukuran pada pasien. Huruf A (Assesment) artinya menjelaskan bagaimana masalah pada pasien dari sudut pandang Apoteker dan huruf P (Plan) yaitu langkah selanjutnya yang akan diberikan pada pasien (14)(15).

Pendokumentasian yang tidak lengkap dapat mempengaruhi kinerja dari tenaga kesehatan dalam mengambil tindakan selanjutnya. Meningkatnya kinerja farmasi dapat mempengaruhi manajemen terapi obat-obatan, manajemen keadaan penyakit, pengetahuan terhadap kesehatan,

informasi obat dan pengobatan yang terintegrasi dengan berkoordinasi pada tenaga keperawatan (16). Penggunaan SOAP tersebar luas, sehingga format ini dapat membantu Apoteker dalam berkomunikasi dengan tenaga medis lainnya (6). SOAP ditulis secara berkesinambungan dan dilakukan setiap harinya.

Catatan yang terintegrasi dapat dijadikan sebagai sarana komunikasi antar tenaga medis dalam memberi pelayanan kepada pasien. Maksud komunikasi adalah bertujuan untuk mencegah kesalahan dan pengulangan informasi, serta dapat meningkatkan kualitas rekam medis dengan mengintegrasikan catatan profesional kesehatan menjadi satu catatan pasien yang terintegrasi (17).

Pada tahun 2008 di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Moewardi Surakarta penelitian yang dilakukan oleh Rahmadhani dkk pada proses pelengkapan dokumen rekam medis diperoleh untuk hasil *Incomplete Medical Record (IMR)* 8,83% dan *Delinquent Medical Record (DMR)* 2,07% dari total 2901 pasien yang pulang pada bulan April. Faktor penyebab dari ketidaklengkapan dokumen rekam medis pasien rawat inap disebabkan karena aspek sumber daya manusia dan aspek prosedur pelaksanaan (18).

Pada tahun 2019 berdasarkan penelitian sunartini dkk distribusi frekuensi insiden pasien jatuh ditemukan sebesar 16,7% dari total insiden. Ditemukan ada 8 variasi pasien jatuh selama pelayanan di rumah sakit. Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, jumlah laporan insiden pasien yang jatuh akibat tidak akuratnya suatu rekam medis berdasarkan jenis Rumah Sakit umum atau Rumah Sakit khusus di Indonesia yaitu Rumah Sakit umum 96,67% dan Rumah Sakit Khusus 33,3%. Hasil analisis keakuratan rekam medis dilihat dari pendokumentasian tindakan tenaga kesehatan setelah terjadinya insiden ditemukan 100% tidak akurat. Sedangkan jumlah insiden berdasarkan pelapor yaitu karyawan atau perawat dll 90,0%, pasien 6,67%, keluarga atau pendamping 3,33 %. (7).

Permasalahan pada pembuatan catatan perkembangan pasien terintegrasi sangat mempengaruhi terhadap pelayanan kesehatan dan hasil yang optimal pada pengobatan pasien. Di dalam SNARS 1 pada standar PKPO 7 juga dicantumkan bahwa Apoteker bekerjasama dengan tenaga medis lainnya dalam memantau pasien yang diberi obat dan adanya bukti pelaksanaan pemantauan terapi obat dan penulisan ringkas di CPPT yang dibuat oleh Apoteker (9). Sehingga penting sekali bagi seorang Apoteker dalam mengisi CPPT selain itu juga untuk menghindari terjadinya Kejadian yang Tidak Diharapkan (KTD).



Tapi yang ditemukan banyak terdapat Apoteker tidak mengisi CPPT pasien dan juga tidak lengkapnya dalam pengisian CPPT pasien, karena disebabkan oleh beberapa faktor seperti jumlah Apoteker yang sangat sedikit sekali dalam sebuah rumah sakit dibandingkan dengan jumlah pasien yang sangat banyak perharinya dan juga disebabkan karena kesibukan dari Apoteker itu sendiri, hal ini dibuktikan dalam penelitian Nopan (2008) analisis perbandingan kelengkapan pendokumentasian catatan perkembangan pasien terintegrasi (CPPT) di ruang rawat inap tipe C kota Padang. Maka dari itu peneliti tertarik ingin melakukan penelitian dengan judul “Evaluasi Kelengkapan Penulisan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) Apoteker Pada Tiga ( 3 ) Smf Dasar Di Rumah Sakit Achmad Moechtar Bukittinggi Dan Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi”. Dasar pemilihan kedua rumah sakit tersebut adalah karena kedua rumah sakit tersebut adalah tempat Praktek Kerja Profesi (PKP) mahasiswa Prodi Apoteker Fakultas Farmasi Universitas Andalas, sehingga sangat penting untuk mengevaluasi bagaimana kelengkapan CPPT Apoteker di rumah sakit tersebut.

### **1.2.Rumusan Masalah**

Bagaimanakah Kelengkapan Penulisan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) Apoteker Pada Tiga ( 3 ) Smf Dasar Di Rumah Sakit Achmad Moechtar Bukittinggi Dan Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi ?

### **1.3.Tujuan Penelitian**

Untuk mengetahui profil kelengkapan penulisan Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) Apoteker pada tiga SMF dasar di Rumah Sakit Achmad Moechtar Bukittinggi dan Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi.

### **1.4.Manfaat penelitian**

Penelitian ini bermanfaat sekali karena mendapatkan data Pelayanan Farmasi Klinik melalui Penulisan CPPT Apoteker di 3 SMF Dasar di Rumah Sakit Achmad Mochtar Bukittinggi Dan Rumah Sakit Stroke Nasional Bukittinggi yang nantinya digunakan sebagai dasar pengembangan pelayanan kefarmasian di ruang rawat inap yang akan menjadi bahan perhatian organisasi profesi apoteker maupun pertimbangan bagi pengambil kebijakan yaitu Kementerian Kesehatan dalam upaya penyempurnaan pelayanan farmasi di rumah sakit.