

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Rekam Medis

1. Pengertian Rekam Medis

Rekam medis merupakan berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien (Peraturan Menteri Kesehatan No. 269 Tahun 2008). Rekam medis adalah fakta yang berkaitan dengan keadaan pasien, riwayat penyakit dan pengobatan masa lalu serta saat ini tertulis oleh profesi kesehatan yang memberikan pelayanan kepada pasien tersebut (Mathar, 2018).

Rekam medis merupakan bukti tertulis tentang proses pelayanan yang diberikan oleh dokter dan tenaga kesehatan lainnya kepada pasien, hal ini merupakan cerminan kerja sama lebih baik dari satu orang tenaga kesehatan. Rekam medis juga dapat diartikan “Keterangan baik yang tertulis maupun yang terekam tentang identitas, anamnesa, penentuan fisik laboratorium, diagnosa segala pelayanan, dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun pelayanan unit gawat darurat”.

Pihak yang diwajibkan untuk membuat rekam medis adalah tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien. Tenaga

kesehatan menurut peraturan Pemerintah No 32 Tahun 1996 sebagai berikut:

- a. Tenaga medis (dokter dan dokter gigi)
- b. Tenaga keperawatan (perawat dan bidan)
- c. Tenaga kefarmasian (apoteker, analisa farmasi, dan asisten apoteker)
- d. Tenaga kesehatan masyarakat (administrator kesehatan)
- e. Tenaga gizi (nutrisionis dan dieetis)
- f. Tenaga keterampilan fisik (fisioterapis)
- g. Tenaga keteknisian medis (radiografer teknisi elektromedis analis kesehatan dan perekam medis).

Tujuan rekam medis adalah menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit. Tidak akan tercipta tertib administrasi rumah sakit sebagaimana yang diharapkan tanpa didukung suatu sistem pengolahan rekam medis yang baik dan benar, sedangkan tertib administrasi merupakan salah satu faktor yang menentukan di dalam upaya pelayanan kesehatan di rumah sakit (Depkes RI, 2006).

Menurut buku Gemala Hatta dalam buku Mathar (2018), mengemukakan ada 2 tujuan rekam medis pasien yaitu tujuan primer dan sekunder. Tujuan utama (primer) rekam medis yaitu:

- a. Bagi pasien

Rekam medis merupakan alat bukti utama yang mampu membenarkan adanya pasien dengan identitas yang jelas dan telah mendapatkan berbagai pemeriksaan dan pengobatan di sarana pelayanan

kesehatan dengan segala hasil serta konsekuensi biayanya (Gemala Hatta dalam Mathar, 2018).

- 1) Mencatat jenis pelayanan yang telah diterima
- 2) Bukti pelayanan
- 3) Memungkinkan tenaga kesehatan dalam menilai dan menangani kondisi risiko
- 4) Mengetahui biaya pelayanan

b. Bagi manajemen pelayanan pasien

Rekam medis mendokumentasikan pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan, penunjang medis, dan tenaga lain yang bekerja dalam berbagai fasilitas pelayanan kesehatan. Dokumentasi tersebut membantu pengambilan keputusan tentang terapi, tindakan, dan penentuan diagnosis pasien. Rekam medis merupakan sarana komunikasi antar tenaga lain yang sama-sama terlibat dalam menangani dan merawat pasien. Rekamam yang rinci dan bermanfaat menjadi alat penting dalam menilai dan mengelola risiko manajemen. Selain itu, rekam medis setiap pasien juga berfungsi sebagai tanda bukti sah yang dapat dipertanggungjawabkan secara hukum. Oleh karena itu, rekam medis yang lengkap harus setiap saat tersedia dan berisi data atau informasi tentang pemberian pelayanan kesehatan secara jelas (Gemala Hatta dalam Mathar, 2018).

- 1) Mendokumentasikan adanya kasus penyakit gabungan dan praktiknya
- 2) Menganalisa kegawatan penyakit

- 3) Merumuskan pedoman praktik penanganan risiko
- 4) Memberikan corak dalam penggunaan saran pelayanan (utilisasi)
- 5) Melaksanakan kegiatan menjaga mutu

c. Bagi pihak pemberi pelayanan kesehatan

Rekam medis yang lengkap memuat segala aktivitas yang terjadi dalam manajemen pelayanan sehingga digunakan dalam menganalisis berbagai penyakit, menyusun pedoman praktik, serta untuk mengevaluasi mutu pelayanan yang diberikan (Gemala Hatta dalam Mathar, 2018).

- 1) Membantu kelanjutan pelayanan (sarana komunikasi)
- 2) Menggambarkan keadaan penyakit dan penyebab (sebagai pendukung diagnostik kerja)
- 3) Menunjang pengambilan keputusan tentang diagnosis dan pengobatan
- 4) Menilai dan mengelola risiko perorangan pasien
- 5) Memfasilitasi pelayanan sesuai dengan pedoman praktek klinis
- 6) Mendokumentasi faktor risiko pasien
- 7) Menilai dan mencatat keinginan serta kepuasan pasien
- 8) Menghasilkan rencana pelayanan
- 9) Menetapkan saran pencegahan atau promosi kesehatan
- 10) Sarana pengingat para klinis
- 11) Menunjang pelayanan pasien
- 12) Mendokumentasikan pelayanan yang diberikan

d. Bagi penunjang pelayanan pasien

Rekam medis yang rinci akan mampu menjelaskan aktivitas yang berkaitan dengan penanganan sumber-sumber yang ada pada organisasi pelayanan di rumah sakit, menganalisis kecenderungan yang terjadi dan mengomunikasikan informasi di antara klinik yang berbeda (Gemala Hatta dalam Mathar, 2018).

- 1) Alokasi sumber
- 2) Menganalisa kecenderungan dan mengembangkan dugaan
- 3) Menilai beban kerja
- 4) Mengomunikasikan informasi berbagai unit kerja

e. Bagi pembayaran dan penggantian biaya

Rekam medis yang akurat mencatat segala pemberian pelayanan kesehatan yang diterima pasien. Informasi ini menentukan besarnya pembayaran yang harus dibayar, baik secara tunai atau melalui asuransi (Gemala Hatta dalam Mathar, 2018).

- 1) Mendokumentasikan unit pelayanan yang memungut biaya pemeriksaan
- 2) Menetapkan biaya yang harus dibayar
- 3) Mengajukan klaim asuransi
- 4) Mempertimbangkan dan memutuskan klaim asuransi
- 5) Dasar dalam menetapkan ketidakmampuan dalam pembiayaan
- 6) Menangani pengeluaran
- 7) Melaporkan pengeluaran

8) Menyelenggarakan analisis aktuarial (tafsiran pra penetapan asuransi)

2. Kegunaan Rekam Medis

Menurut Hanafiah dan Amir (2008), ada delapan kegunaan rekam medis dirumah sakit yang disebut sebagai *Communication, Information, Administrative, Legal, Financial, Research, Education, Documentary (CIALFRED)*, yaitu:

a. *Communication use*

Sebagai alat komunikasi antara dokter dan tenaga kesehatan lainnya yang ikut ambil bagian dalam memberikan pelayanan, pengobatan dan perawatan pasien.

b. *Information use*

Merupakan dasar untuk perencanaan pengobatan dan perawatan yang harus diberikan kepada pasien. Segala instruksi kepada perawat atau komunikasi sesama dokter ditulis agar rencana pengobatan dapat dilaksanakan.

c. *Administrative use*

Adanya nilai administrasi dalam suatu rekam medis dikarenakan bahwa isinya menyangkut tindakan-tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dengan paramedik dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

d. *Legal use*

Hal ini menyangkut masalah adanya jaminan kesehatan hukum (*legal*) atas dasar keadilan dalam rangka usaha menegakkan serta persediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

e. *Financial use*

Rekam medis ini mempunyai nilai keuangan (*financial*) karena isinya dapat dijadikan sebagai bahan untuk menetapkan biaya pembayaran pelayanan medis di rumah sakit, tanpa adanya catatan tindakan pelayanan maka pembayaran tidak dapat di pertanggungjawabkan.

f. *Research use*

Nilai penelitian dalam suatu berkas rekam medis dikarenakan bahwa isinya mengandung data atau informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan di bidang kesehatan.

g. *Education use*

Suatu berkas rekam medis yang mempunyai nilai pendidikan adalah isinya menyangkut data atau informasi tentang perkembangan kronologis dari kegiatan pelayanan medik yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan referensi pengajaran dibidang profesi bagi dipemakai.

h. *Documentary use*

Nilai dokumentasi dalam rekam medis ini berdasarkan isi yang menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai bahan pertanggungjawaban dan pelaporan rumah sakit.

3. Penanggung Jawab Rekam Medis

Informasi di dalam rekam medis bersifat rahasia, hal ini sesuai dalam Dirjen Bina Pelayanan Medik (2006) tentang Pedoman Penyelenggaraan dan Prosedur Rekam Medis Rumah Sakit di Indonesia. Rumah sakit bertanggungjawab untuk melindungi informasi yang ada didalam rekam medis terhadap kemungkinan hilangnya keterangan ataupun memalsukan data yang ada didalam berkas rekam medis atau dipergunakan oleh orang yang tidak berwenang menggunakannya. Adapun tanggung jawab itu dibebankan kepada:

a. Dokter atau dokter gigi dan tenaga kesehatan yang merawat

Pengisian dapat didelegasikan kepada asisten yang dibawah dokter yang merawat, tetapi tanggungjawab utama tetap ada ditangan dokter dan tenaga kesehatan yang merawat.

b. Petugas rekam medis

Petugas rekam medis bertanggung jawab untuk mengevaluasi kualitas rekam medis itu sendiri guna menjamin keakuratan dan kelengkapan isi rekam medis.

c. Pimpinan rumah sakit

Pimpinan rumah sakit bertanggung jawab menyediakan sarana dan fasilitas untuk kegiatan unit/bagian rekam medis yang meliputi ruangan kegiatan, rak file, komputer, peralatan penunjang kegiatan dan petugas rekam medis. Dengan demikian petugas rekam medis dapat bekerja dengan efektif dan efisien.

d. Staf medik

Staf medik memiliki peranan penting di dalam suatu rumah sakit karena secara langsung staf medik tersebut dapat menentukan kualitas pelayanan dari suatu instalasi pelayanan kesehatan kepada pasien.

4. Standar Rekam Medis

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 333/MENKES/SK/XII/1999 mengenai standar pelayanan rekam medis dan manajemen informasi kesehatan antara lain ditetapkan sebagai berikut:

- a. Rumah sakit harus menyelenggarakan manajemen informasi kesehatan yang bersumber pada rekam medis yang handal dan profesional.
- b. Adanya panitia rekam medis dan manajemen informasi kesehatan yang bertanggung jawab pada pimpinan rumah sakit dengan tugas sebagai berikut:
 - 1) Menentukan standar dan kebijakan pelayanan
 - 2) Mengusulkan bentuk formulir rekam medis
 - 3) Menganalisis tingkat kualitas informasi dan rekam medis rumah sakit.

- 4) Menentukan jadwal dan materi rapat rutin panitia rekam medis dan manajemen informasi kesehatan.
- c. Unit rekam medis dan manajemen informasi kesehatan dipimpin oleh kepala dengan latar belakang pendidikan dan pengalaman yang sesuai.
 - d. Unit rekam medis dan manajemen informasi kesehatan mempunyai lokasi sedemikian rupa sehingga pengambilan dan distribusi rekam medis lancar.
 - e. Ruang kerja harus memadai bagi kepentingan staf, penyimpanan rekam medis, penempatan (microfilm, komputer, printer, dll) dengan pengertian:
 - 1) Ruang penyimpanan cukup untuk berkas rekam medis aktif yang masih digunakan.
 - 2) Ruang penyimpanan cukup untuk berkas rekam medis non aktif yang tidak lagi digunakan sesuai dengan peraturan yang berlaku.
 - 3) Ruang yang harus cukup menjamin bahwa rekam medis aktif dan non aktif tidak hilang, rusak, atau diambil oleh yang tidak berhak.
 - f. Rekam medis adalah sumber manajemen informasi kesehatan yang handal yang memuat informasi yang cukup, tepat waktu, akurat, dan dapat dipercaya bagi semua rekaman pasien rawat jalan, rawat inap, atau gawat darurat dan pelayanan lainnya.
 - g. Harus ada sistem identifikasi, indeks, dan sistem dokumentasi yang memudahkan pencarian rekam medis dengan pelayanan 24 jam.

- h. Harus ada kebijakan informasi dalam rekam medis agar tidak hilang, rusak, atau digunakan oleh orang yang tidak berhak.
- i. Dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lainnya bertanggung jawab akan kebenaran dan ketepatan pengisian rekam medis.
- j. Harus ada kebijakan rumah sakit mengenai rekam medis baik resume medis aktif maupun yang non aktif.
- k. Ada kebijakan dan peraturan prosedur yang dapat ditinjau setiap 3 bulan.
- l. Rekam medis harus rinci bagi berbagai kepentingan:
 - 1) Ada informasi efektif antar dokter dan perawat atau tenaga kesehatan.
 - 2) Konsulen mendapatkan informasi yang dibutuhkan.
 - 3) Dokter lain dapat menilai pelayanan pasien.
 - 4) Dapat menilai kualitas pelayanan secara retrospektif.
 - 5) Pasien mendapatkan informasi yang berkesinambungan tentang perawatan.
- m. Pengisian rekam medis hanya dilakukan oleh yang berhak di rumah sakit, pasien yang masuk diberi catatan tanggal, jam dan nama pemeriksaan.
- n. Singkatan dan simbol dipakai, diakui, dan berlaku umum.
- o. Semua laporan asli oleh tenaga kesehatan disimpulkan dalam rekam medis.
- p. Tiap rekam medis meliputi identifikasi pasien
 - 1) Nomor rekam medis atau nomor registrasi
 - 2) Nama lengkap pasien
 - 3) Alamat lengkap

- 4) Orang yang perlu dihubungi.
- q. Tanda peringatan atau bahaya, misalnya pasien alergi sesuatu harus ditulis di sampul depan berkas rekam medis.
 - r. Rekam medis mencantumkan diagnosa sementara dan diagnosa akhir saat pasien pulang.
 - s. Rekam medis mencakup riwayat pasien yang berkaitan dengan kondisi penyakit pasien yang meliputi:
 - 1) Riwayat penyakit keluarga
 - 2) Keadaan sosial
 - 3) Riwayat dan perjalanan penyakit dan keadaan sekarang.
 - t. Pasien operasi atau tindakan khusus harus disertai izin operasi hanya pasien dengan kondisi khusus tertentu diberikan *Informed consent*.
 - u. Setiap pemberi pelayanan kesehatan oleh para petugas kesehatan wajib disertai dengan pemberian catatan pada berkas rekam medis.
 - v. Rekam medis atau persalinan atau operasi atau anestesi dengan ketentuan khusus. Rekam medis penyakit kronis, penyakit menahun memiliki prosedur manajemen informasi kesehatan secara khusus.
 - w. Setiap diagnose atau tindakan khusus pasien diberi kode klasifikasi penyakit berdasarkan standar yang berlaku.
 - x. Dalam waktu 14 hari setelah pasien pulang, ringkasan keluar (resume medis) sudah harus dilengkapi.
 - y. Pelayanan rekam medis merupakan bagian dari program pengendalian mutu rumah sakit

5. Mutu Rekam Medis

Mutu atau kualitas sangat bersifat subjektif tergantung pada persepsi, sistem nilai, latar belakang sosial, pendidikan, ekonomi, budaya, dan banyak faktor lain pada masyarakat atau pribadi yang terkait dengan jasa pelayanan perusahaan tersebut. Mutu adalah keadaan produk yang selalu mengacu pada kepuasan pelanggan, karena kepuasan pelanggan merupakan kunci utama yang menjadikan organisasi mampu bersaing dan dapat menjaga kelangsungan hidup organisasi dalam jangka panjang.

Mutu pelayanan kesehatan adalah derajat kesempurnaan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi dan standar pelayanan dengan menggunakan potensi sumber daya yang tersedia di rumah sakit atau puskesmas secara wajar, efisien dan efektif serta diberikan secara aman dan memuaskan sesuai norma, etika, hukum, dan sosial budaya dengan memperhatikan keterbatasan dan kemampuan pemerintah, serta masyarakat konsumen (Bustami, 2011). Salah satu mutu yang memiliki pengaruh terhadap pelayanan di rumah sakit yaitu mutu pada rekam medis.

Rekam medis yang baik dapat pula mencerminkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan (Huffman, 1990). Rekam medis yang bermutu juga diperlukan untuk persiapan evaluasi dan audit medis terhadap pelayanan medis secara retrospektif terhadap rekam medis, tanpa dipenuhinya syarat-syarat dari mutu rekam medis tersebut maka tenaga medis maupun pihak rumah sakit akan sukar membela diri di pengadilan bila terdapat tuntutan malpraktik oleh pihak pasien.

Menurut Huffman (1990) dan Soejaga (1996) dalam Lubis (2009), mutu rekam medis yang baik adalah rekam medis yang memenuhi indikator-indikator mutu rekam medis sebagai berikut:

a. Kelengkapan isian rekam medis (Permenkes No 296/MENKES/PER/III/2008).

1) Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan pada sarana pelayanan kesehatan sekurang-kurangnya memuat:

- a) Identitas pasien
- b) Tanggal dan waktu
- c) Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
- d) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis
- e) Diagnosis
- f) Rencana penatalaksanaan
- g) Pengobatan atau tindakan
- h) Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
- i) Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik, dan
- j) Persetujuan tindakan bila diperlukan

2) Isi rekam medis untuk pasien rawat inap dan perawatan satu hari sekurang-kurangnya memuat:

- a) Identitas pasien
- b) Tanggal dan waktu

- c) Hasil anamnesis, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
 - d) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medis
 - e) Diagnosis
 - f) Rencana penatalaksanaan
 - g) Pengobatan dan/atau tindakan
 - h) Persetujuan tindakan bila diperlukan
 - i) Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
 - j) Ringkasan Pulang (*discharge summary*)
 - k) Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan.
 - l) Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu, dan
 - m) Untuk pasien kasus gigi dilengkapi dengan odontogram klinik
- 3) Isi rekam medis untuk pasien gawat darurat sekurang-kurangnya memuat:
- a) Identitas pasien
 - b) Kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan.
 - c) Identitas pengantar pasien
 - d) Tanggal dan waktu
 - e) Hasil anamnesa, mencakup sekurang-kurangnya keluhan dan riwayat penyakit
 - f) Hasil pemeriksaan fisik dan penunjang
 - g) Diagnosa

- h) Pengobatan atau tindakan
 - i) Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut
 - j) Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan
- 4) Isi rekam medis dalam keadaan bencana selain memenuhi ketentuan sebagaimana yang dimaksud pada isi rekam medis untuk pasien gawat darurat tambah dengan:
- a) Jenis bencana dan lokasi dimana pasien ditemukan.
 - b) Kategori kegawatan dan nomor bencana masal, dan
 - c) Identitas yang menemukan pasien
- 5) Isi rekam medis untuk pelayanan dokter spesialis atau dokter gigi spesialis dapat dikembangkan sesuai dengan kebutuhan.
- 6) Pelayanan yang diberikan dalam ambulan atau pengobatan massal di catat dalam rekam medis sesuai dengan ketentuan sebagaimana di atur pada ayat (3) dan disimpan pada sarana pelayanan kesehatan yang merawatnya.

b. Keakuratan

Adalah ketepatan catatan rekam medis yang semua data pasien ditulis dengan teliti, cermat, tepat, dan sesuai dengan keadaan sesungguhnya.

c. Tepat Waktu

Rekam medis harus diisi dan setelah diisi harus dikembalikan ke bagian rekam medis tepat waktu sesuai dengan peraturan yang ada.

d. Memenuhi persyaratan hukum

Rekam medis memenuhi persyaratan aspek hukum (Permenkes 269 tahun 2008), yaitu:

- 1) Penulisan rekam medis tidak memakai pensil
- 2) Penghapusan tidak ada.
- 3) Coretan, ralat sesuai dengan prosedur, tanggal, dan tanda tangan
- 4) Tulisan harus jelas dan terbaca.
- 5) Ada tanda tangan oleh yang wajib menandatangani dan nama petugas
- 6) Ada tanggal dan waktu pemeriksaan tindakan.
- 7) Ada lembar persetujuan

Rekam medis disebut lengkap apabila:

- a. Setiap tindakan yang dilakukan terhadap pasien, selambat-lambatnya dalam waktu 1x24 jam harus ditulis dalam lembar rekam medis.
- b. Semua pencatatan harus ditandatangani oleh dokter atau tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya, nama terang, dan diberi tanggal.
- c. Dokter yang merawat dapat memperbaiki kesalahan penulisan yang terjadi dengan wajar seperti mencoret kata atau kalimat yang salah dengan jalan memberikan satu garis lurus pada tulisan tersebut. Diberi inisial (singkatan nama) orang yang mengoreksi tadi dan mencantumkan tanggal perbaikan (Hatta, 1993).

5. Alur Rekam Medis Pendaftaran Pasien Rawat Inap

Alur menurut Stanton (dalam Nurgiyantoro, 1995:13) adalah cerita yang berisi urutan kejadian, namun tiap kejadian itu hanya dihubungkan secara sebab akibat, peristiwa yang satu disebabkan atau menyebabkan terjadinya adalah segala keterangan, petunjuk, pengacuan yang berkaitan dengan waktu, ruang, dan suasana terjadinya peristiwa dalam suatu kegiatan. Alur tempat pendaftaran pasien rawat inap sebagai berikut:

- a. Setiap pasien yang dinyatakan mondok oleh dokter poliklinik/IGD menghubungi tempat pendaftaran pasien.
- b. Apabila ruang rawat inap yang dimaksud masih tersedia, maka petugas rekam medis mencatat dalam buku rawat inap, serta mengisi identitas pasien pada lembar masuk surat perawatan.
- c. Petugas rekam medis mengirim berkas rekam medis ke unit pelayanan yang meminta rawat inap untuk digabungkan dengan berkas rekam medis yang telah ada.
- d. Petugas poliklinik/IGD mengantar pasien berikut berkas rekam medisnya ke ruang rawat inap yang dimaksud.
- e. Dokter yang bertugas mencatat tentang riwayat penyakit hasil pemeriksaan fisik, terapi serta semua tindakan yang diberikan kepada pasien pada lembar/ lembar rekam medis dan menandatangani.
- f. Perawat/bidan mencatat pengamatan mereka terhadap pasien dan pertolongan perawatan yang mereka berikan pada pasien ke dalam

- catatan perawatan/bidan dan membubuhkan tanda tangannya serta mengisi lembar grafik tentang suhu, nadi dan pernapasan seorang pasien.
- g. Selama di rawat inap perawat/bidan menambah lembar/lembar rekam medis sesuai kebutuhan pelayanan yang diberikan pada pasien.
 - h. Perawat/bidan berkewajiban membuat sensus harian pada lembaran mutasi pasien mulai jam 00.00 sampai dengan jam 24.00 di tandatangi oleh kepala ruang.
 - i. Petugas rekam medis setiap pagi mengambil sensus harian serta berkas rekam medis pasien pulang dengan buku ekspedisi.
 - j. Petugas rekam medis memeriksa kelengkapan berkas rekam medis apabila ada ketidaklengkapan, batas waktu untuk pengisian ketidaklengkapan rekam medis adalah 14 hari.
 - k. Apabila berkas lengkap maka dilakukan pengkodean dan index untuk membuat laporan dan statistik rawat inap.
 - l. Berkas rekam medis disimpan diruang penyimpanan

B. Kinerja

1. Pengertian

Kinerja adalah penampilan hasil karya personel baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi. Penampilan hasil karya tidak terbatas kepada personel yang memegang jabatan fungsional maupun struktural tetapi juga kepada keseluruhan jajaran personel di dalam organisasi (Ilyas, 2001). Kinerja adalah penampilan hasil kerja baik kualitas pada masing-masing tugasnya maupun seberapa banyak tugas yang mampu diselesaikan

yang dicapai seorang pegawai (Gibson et al, 1997). Kinerja perawat dapat diartikan sebagai sebagai penampilan hasil kegiatan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Kinerja perawat pada dasarnya adalah hasil kerja seorang perawat selama periode tertentu dibandingkan berbagai kemungkinan, misalnya standar, target atau sasaran atau kriteria yang telah ditentukan terlebih dahulu dan telah disepakati bersama (Gibson et al, 1997).

Kinerja perawat merupakan tenaga profesional yang mempunyai kemampuan baik intelektual, teknis, interpersonal dan moral, bertanggung jawab serta berwenang melaksanakan asuhan keperawatan pelayanan kesehatan dalam mengimplementasikan sebaik-baiknya suatu wewenang dalam rangka pencapaian tugas profesi dan terwujudnya tujuan dari sasaran unit organisasi kesehatan tanpa melihat keadaan dan situasi waktu (Suriana, 2014). Kinerja perawat adalah prestasi kerja yang ditunjukkan oleh perawat pelaksana dalam melaksanakan tugas-tugas asuhan keperawatan sehingga menghasilkan *output* yang baik kepada *customer* (organisasi, pasien dan perawat sendiri) dalam kurun waktu tertentu. Tanda-tanda kinerja perawat yang baik adalah tingkat kepuasan klien dan perawat tinggi, *zero complain* dari pelanggan (Suriana, 2014).

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja

Menurut Gibson (1985), faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja yaitu faktor individu, psikologis dan organisasi.

a. Faktor individu

- 1) Kemampuan ialah sifat yang dibawa lahir atau dipelajari yang memungkinkan seseorang menyelesaikan pekerjaannya. Keterampilan adalah kecakapan yang berhubungan dengan tugas, seperti kecakapan mengoperasikan computer.
- 2) Latar belakang dan demografis yang turut mempengaruhi tingkat kinerja seorang karyawan adalah usia, jenis kelamin, status pernikahan, etnis, pendidikan, pengalaman kerja, kondisi keluarga, dan status sosial. Pengaruh yang kuat terhadap kinerja adalah status pernikahan, pendidikan dan pengalaman kerja. Pengaruh latar belakang yang mempengaruhi kinerja paling banyak adalah tingkat pendidikan dan masa kerja. Semakin tinggi tingkat pendidikan seorang perawat maka akan semakin tinggi pula sifat berfikir kritis, logika yang matang, sistematis dalam berfikir dan semakin meningkat pula kualitas kinerja perawat. Selain itu, terdapat faktor lain yaitu masa kerja perawat atau lama kerja.

b. Faktor organisasi

1) Sumber daya

Merupakan unsur-unsur yang turut mendukung tingkat kinerja seseorang atau organisasi. Sumber daya meliputi sarana dan prasarana, bangunan fisik dan fasilitas dan juga penunjang lainnya baik berupa fisik maupun keadaan sosial dalam organisasi rumah sakit.

2) Kepemimpinan

Kegiatan yang mempengaruhi bawahan melalui proses komunikasi untuk mencapai tujuan tertentu. Kepemimpinan melibatkan penggunaan pengaruh dan adanya upaya kepemimpinan yang diwujudkan melalui hubungan antara pemimpin dan bawahan atau pengikutnya. Kepemimpinan yang efektif dilihat dari ketepatan komunikasi dan fokus pencapaian tujuan yang jelas.

3) Struktur organisasi

Merupakan bagan organisasi yang didalamnya memuat susunan posisi, tugas dan wewenang masing-masing anggota dalam organisasi. Struktur yang efektif akan memunculkan keefektifan perilaku dan prestasi kerja dari individu yang terlibat dalam organisasi itu dan kinerja organisasi juga akan berjalan dengan maksimal.

4) Imbalan

Merupakan materil atau tunjangan yang dipertahankan oleh pimpinan untuk menarik dan memotivasi kinerja dan prestasi seorang karyawan untuk mencapai tujuan pribadi pimpinan atau tujuan organisasi. Imbalan terdiri dari dua hal yaitu imbalan instrinsik dan imbalan ekstrinsik. Imbalan instrinsik atau imbalan yang muncul dari dalam diri karyawan terdiri atas penyelesaian, pencapaian, otonomi dan pertumbuhan. Sedangkan imbalan ekstrinsik atau imbalan yang

berasal dari luar pegawai terdiri dari finansial, antar pribadi dan promosi.

Imbalan penyelesaian merupakan kemampuan untuk memulai dan mengakhiri tugas yang diembannya. Imbalan pencapaian merupakan kepuasan dari individu yang telah menyelesaikan tugas yang menantang atau tugas yang baginya merupakan tugas baru dan sulit. Imbalan otonomi merupakan hak kebebasan seorang karyawan dalam bekerja dan membuat keputusan tanpa pengawasan yang ketat. Imbalan pertumbuhan merupakan kesempatan setiap individu untuk mengembangkan keahliannya di dalam pekerjaannya. Imbalan finansial adalah imbalan yang berupa uang dan tunjangan yang diberikan oleh pimpinan kepada karyawan berupa program bonus dan program pengupahan.

Sub variabel imbalan ekstrinsik yang lain adalah imbalan antar pribadi. Imbalan ini merupakan imbalan psikologis yang diberikan oleh pimpinan atau rekan kerja, berupa status dan pengakuan atau penghargaan. Pengakuan dari seorang manajer dapat mencakup pujian di depan umum, pernyataan tentang pekerjaan yang telah dikerjakan dengan baik, atau perhatian khusus. Imbalan yang diterima oleh karyawan menentukan kepuasan dan perilaku karyawan untuk lebih baik dalam kinerjanya.

Imbalan yang khusus dari pimpinan adalah promosi atau jenjang karir. Kriteria yang sering digunakan untuk mencapai keputusan

promosi adalah prestasi dan senioritas. Jika prestasi dapat secara tepat dinilai, maka prestasi sering dinilai lebih dalam menentukan imbalan promosi yang didapatkan dan turut mengubah perilaku karyawan untuk meningkatkan kinerjanya. Namun, bagi kebanyakan karyawan, promosi jarang dilakukan oleh seorang manajer untuk mempertahankan motivasi karyawan.

Salah satu hak perawat yang harus dipenuhi oleh rumah sakit sesuai dengan UU No. 36 tahun 2009 Tentang Kesehatan Pasal 27 ayat 1 adalah imbalan dan perlindungan hukum dalam melaksanakan tugas sesuai dengan kode etik profesi keperawatan.

5) Beban kerja

Beban kerja adalah jumlah pekerjaan yang harus diselesaikan oleh kelompok atau seseorang dalam waktu tertentu. Beban kerja dapat dilihat dalam dua sudut pandang, yaitu secara objektif dan subjektif. Beban kerja secara objektif adalah keseluruhan waktu yang dipakai atau jumlah aktivitas yang dilakukan. Beban kerja secara subjektif adalah ukuran yang dipakai seorang terhadap pertanyaan tentang beban kerja yang diajukan, tentang perasaan kelebihan beban kerja, ukuran dari tekanan pekerjaan dan kepuasan kerja.

Menurut Carayon & Alvarado (2007), dimensi beban kerja perawat terdiri dari 6 aspek yaitu beban kerja fisik, kognitif, tekanan waktu, emosional, kuantitatif, dan kualitatif. Beban kerja fisik merupakan tindakan fisik perawat dan kondisi fisik lingkungan yang

menjadikan beban bagi perawat. Beban kerja fisik seperti mengantar klien ke ruang operasi, ruangan yang sempit, bunyi monitong, AC, dll. Beban kerja kognitif merupakan kebutuhan seorang perawat untuk memproses informasi yang terjadi dalam waktu yang singkat seperti penggunaan baju dinas, jadwal shift yang berubah-ubah, mengangkat telepon, dan lain-lain. Beban kerja tekanan waktu merupakan tindakan keperawatan yang harus dilakukan sesuai dengan waktu yang telah ditargetkan, seperti, melakukan tugas limpahan, mengkaji kebutuhan klien, dokumentasi, dan lain-lain.

Beban kerja emosional merupakan beban emosi yang ditimbulkan dari kondisi keparahan penyakit dan akuitas klien seperti kondisi klien yang semakin memburuk, ketidakpuasan dari keluarga klien, tuntutan keluarga agar klien cepat sembuh, dan lain-lain. Beban kerja kuantitatif merupakan jumlah pekerjaan yang dilakukan oleh seorang perawat. Sedangkan beban kerja kualitatif adalah tingkat kesulitan dari pekerjaan yang diembannya.

c. Faktor psikologis

1) Persepsi

Merupakan proses kognitif yang digunakan untuk menafsirkan dan memahami lingkungan sekelilingnya. Cara seorang perawat dalam mengamati dan menafsirkan sesuai dengan apa yang dipikirkan jauh lebih bermakna daripada pandangan yang diberikan oleh seorang manajer. Persepsi seseorang tidak bisa dikatakan salah karena setiap

orang mempunyai sudut pandang yang berbeda dalam melihat situasi yang ada. Sehingga pendekatan yang harus dilakukan seorang manajer kepada karyawan dalam hal ini perawat adalah bukan menyamakan persepsi antara perawat dan atasan, tetapi melalui pendekatan persepsi dan perundingan bersama. Dengan pendekatan yang baik, manajer organisasi atau perusahaan (rumah sakit) dapat meningkatkan perilaku dan prestasi kerja (kinerja) karyawan (perawat).

2) Sikap

Merupakan kesiapan mental yang dipelajari dan diorganisasi melalui pengalaman dan mempunyai pengaruh tertentu atas cara tanggap seseorang terhadap orang lain, objek, dan situasi yang berhubungan dengannya. Sikap dapat dipelajari dan menentukan kecenderungan orang terhadap segi tertentu. Sikap memberikan dasar emosional bagi hubungan antar pribadi seseorang dan pengenalannya terhadap orang lain (Gibson, Ivancevich, & Donnely, 1997).

Sikap ditentukan oleh afeksi, kognisi, dan perilaku. Komponen afeksi dipelajari dari orang terdekat berupa sikap dan tingkat emosionalnya. Komponen kognitif terdiri atas persepsi, pendapat, dan keyakinan seseorang. Unsur penting dari kognitif adalah keyakinan evaluatif yang diwujudkan dalam bentuk kesan yang baik atau tidak baik yang dimiliki terhadap orang atau obyek. Komponen perilaku berhubungan dengan kecenderungan seseorang untuk bertindak

terhadap seseorang atau sesuatu dengan cara yang ramah, hangat, agresif, bermusuhan, apatis, atau dengan cara lain.

3) Kepribadian

Merupakan pola perilaku dan proses mental yang unik, yang mencirikan seseorang. Prinsip-prinsip dari kepribadian diantaranya:

- a) Kepribadian adalah suatu keseluruhan yang terorganisir
- b) Kepribadian dapat diorganisasi dengan pola tertentu. Pola ini dapat diamati dan dapat diukur
- c) Kepribadian berasal dari hasil lingkungan sosial dan kebudayaan
- d) Kepribadian mempunyai berbagai segi mengenai wewenang atau etik
- e) Kepribadian mencakup ciri-ciri umum dan khas dengan perbedaan setiap orang
- f) Kepribadian seseorang terbentuk melalui proses yang panjang dan rumit. Hal itu terbentuk melalui kekuatan faktor keturunan, faktor hubungan keluarga, faktor budaya, dan faktor sosial-ekonomi. Seorang manajer tidak diperbolehkan mengabaikan faktor kepribadian dalam penyelenggaraan organisasi meskipun kepribadian merupakan hal yang sukar untuk diubah. Peran manajer adalah melakukan pengendalian kepemimpinan dengan pendekatan kepribadian bawahan karena bawahan yang bekerja sesuai dengan kepribadiannya maka tingkat kinerja dan prestasi karyawan akan meningkat.

4) Pola belajar merupakan proses fundamental yang mendasari perilaku yang dilakukan oleh seseorang dengan terjadinya perubahan setiap saat akibat pengalaman atau pembelajaran melalui pendidikan formal atau non formal (Gibson, Ivancevich, & Donnely, 1997). Pola belajar seorang karyawan (perawat) dapat dikondisikan melalui pendekatan empat konsep dasar (Skinner, 1971 dalam Gibson, 1997):

- a) Perangsang atau rangsangan dalam diri untuk meningkatkan kinerja.
- b) Stimulus atau rangsangan yang berasal dari luar. Stimulus biasanya diberikan oleh manajer untuk meningkatkan prestasi perawat.
- c) Tanggapan adalah hasil aktivasi dari stimulus, bersifat tertulis, lisan, petunjuk, atau pendirian.
- d) Unsur yang terakhir adalah adanya penguat. Penguat merupakan objek atau kejadian yang mempertahankan dan meningkatkan tanggapan yang diberikan.

5) Motivasi

Motivasi merupakan konsep yang digunakan untuk mendeskripsikan baik kondisi-kondisi ekstrinsik yang merangsang timbulnya suatu perilaku tertentu maupun respons-respons intrinsik yang menunjukkan perilaku seorang manusia. Respons intrinsik didukung oleh sumber energi, yang dinamai motif. Motif seringkali digambarkan sebagai kebutuhan, keinginan, atau tuntutan. Motivasi diukur dari perilaku yang dapat diobservasi dan dicatat. Defisiensi

dalam kebutuhan merangsang orang untuk mencari dan mencapai tujuan untuk memenuhi kebutuhan mereka (Swansburg, 2001).

C. Perawat

1. Pengertian Perawat

Perawat (*nurse*) berasal dari bahasa latin yaitu kata *nutrix* yang berarti merawat atau memelihara. Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan (UU RI Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan). Menurut Kusnanto (2003), perawat adalah seseorang (seorang profesional) yang mempunyai kemampuan, tanggung jawab dan kewenangan melaksanakan pelayanan atau asuhan keperawatan pada berbagai jenjang pelayanan keperawatan.

Seseorang dapat dikatakan sebagai perawat dan mempunyai tanggung jawab sebagai perawat apabila yang bersangkutan dapat membuktikan bahwa dirinya telah menyelesaikan pendidikan perawat baik di luar maupun di dalam negeri yang biasanya dibuktikan dengan ijazah atau surat tanda tamat belajar. Dengan kata lain orang disebut perawat bukan dari keahlian turun temurun, melainkan dengan melalui jenjang pendidikan perawat.

2. Peran Perawat

Peran perawat dapat diartikan sebagai tingkah laku dan gerak gerik seseorang yang diharap oleh orang lain sesuai dengan kedudukan dalam sistem, tingkah laku atau gerak-gerik tersebut dapat dipengaruhi oleh

keadaan sosial di dalam maupun di luar profesi perawat yang bersifat konstan (Potter & Perry, 2010). Peran perawat menurut Potter & Perry (2010) sebagai berikut:

- a. Pemberi perawatan, perawat membantu klien untuk memenuhi kebutuhan dasarnya dan mendapatkan kesehatannya kembali melalui proses penyembuhan dengan pemberian asuhan keperawatan.
- b. Pembuat keputusan klinis, perawat membuat keputusan sebelum mengambil tindakan keperawatan dan menyusun rencana tindakan yang berhubungan dengan pengkajian, pemberian perawatan, evaluasi hasil, dengan menggunakan pendekatan terbaik bagi pasien. Pembuatan keputusan dapat dilakukan secara mandiri, ataupun kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain dan keluarga klien.
- c. Pelindung dan advokat klien, perawat bertugas mempertahankan lingkungan yang aman, mencegah terjadinya kecelakaan dan hal yang merugikan bagi klien. Sebagai advokat, perawat membantu klien mengutarakan hak-haknya, melindungi hak-hak klien sebagai manusia dan secara hukum.
- d. Manajer kasus, perawat berperan mengoordinasikan aktivitas anggota tim, mengatur waktu kerja serta sumber yang tersedia di lingkungan kerjanya.
- e. Rehabilitator, perawat dengan segenap kemampuan membantu klien kembali meningkatkan fungsi maksimal dirinya setelah mengalami kecelakaan, sakit ataupun peristiwa lain yang menyebabkan klien kehilangan kemampuan dan menyebabkan ketidakberdayaan.

- f. Pemberi kenyamanan, kenyamanan serta dukungan emosional yang diberikan perawat selama melaksanakan asuhan keperawatan secara utuh kepada klien, dapat memberikan pengaruh positif berupa kekuatan untuk mencapai kesembuhan klien.
- g. Komunikator, perawat bertugas sebagai komunikator yang menghubungkan klien dan keluarga, antar perawat maupun tenaga kesehatan lainnya. Faktor terpenting dalam memenuhi kebutuhan klien, keluarga dan komunitas adalah kualitas komunikasi.
- h. Penyuluh, dalam hal ini perawat menjelaskan kepada klien tentang pentingnya kesehatan, memberi contoh prosedur perawatan dasar yang dapat digunakan klien untuk meningkatkan derajat kesehatannya, melakukan penilaian secara mandiri apakah klien memahami penjelasan yang diberikan dan melakukan evaluasi untuk melihat kemajuan dalam pembelajaran klien.
- i. Peran karier, perawat berkarier dan mendapatkan jabatan tertentu, hal ini memberikan perawat kesempatan kerja lebih banyak baik sebagai seorang perawat pendidik, perawat pelaksana tingkat lanjut, dan tim perawatan kesehatan.

Peran Perawat Menurut Hasil “Lokakarya Nasional Keperawatan, 1983” diantaranya sebagai berikut;

- a. Pelaksana pelayanan keperawatan, perawat memberikan asuhan keperawatan baik langsung maupun tidak langsung dengan metode proses keperawatan.

- b. Pendidik dalam keperawatan, perawat mendidik individu, keluarga, kelompok dan masyarakat serta tenaga kesehatan yang berada di bawah tanggung jawabnya.
- c. Pengelola pelayanan keperawatan, perawat mengelola pelayanan maupun pendidikan keperawatan sesuai dengan manajemen keperawatan dalam kerangka paradigma keperawatan.
- d. Peneliti dan pengembang pelayanan keperawatan, perawat melakukan identifikasi masalah penelitian, menerapkan prinsip dan metode penelitian, serta memanfaatkan hasil penelitian untuk meningkatkan mutu asuhan atau pelayanan dan pendidikan keperawatan.

3. Kewajiban Perawat

Dalam UU RI Nomor 38 tahun 2014 tentang Keperawatan disebutkan bahwa perawat dalam melaksanakan praktik keperawatan berkewajiban sebagai berikut:

- a. Melengkapi sarana dan prasarana pelayanan keperawatan sesuai dengan standar pelayanan keperawatan dan ketentuan peraturan perundangundangan.
- b. Memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan kode etik, standar pelayanan keperawatan, standar profesi, standar prosedur operasional, dan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- c. Merujuk klien yang tidak dapat ditangani kepada perawat atau tenaga kesehatan lain yang lebih tepat sesuai dengan lingkup dan tingkat kompetensinya.

- d. Mendokumentasikan asuhan keperawatan sesuai dengan standar.
- e. Memberikan informasi yang lengkap, jujur, benar, jelas, dan mudah dimengerti mengenai tindakan keperawatan kepada klien dan/atau keluarganya sesuai dengan batas kewenangannya.
- f. Melaksanakan tindakan pelimpahan wewenang dari tenaga kesehatan lain yang sesuai dengan kompetensi perawat.
- g. Melaksanakan penugasan khusus yang ditetapkan oleh pemerintah.

Menurut Yani (2007), perawat merupakan sumber daya manusia di rumah sakit karena jumlahnya dominan (55-65%) serta merupakan profesi yang memberikan pelayanan 24 jam kepada pasien. Pelayanan keperawatan bagian integral dari pelayanan kesehatan mempunyai kontribusi menentukan kualitas pelayanan di rumah sakit. Menurut Hidayat (2007) dokumentasi asuhan dalam keperawatan adalah bagian dari kegiatan yang dikerjakan perawat setelah memberikan asuhan keperawatan. Pencatatan memuat informasi yang dibutuhkan untuk menentukan pengkajian, diagnosis, menyusun rencana, melaksanakan dan mengevaluasi tindakan keperawatan, yang disusun secara sistematis, valid dan dapat dipertanggung jawabkan secara moral dan hukum. Dokumen asuhan keperawatan merupakan salah satu dokumen yang terdapat dalam berkas rekam medis. Dokumen ini akan digabung bersama dengan dokumen pelayanan lain yang telah dilaksanakan oleh tenaga medis.

Menurut Frischbach (1991), pelaksanaan dokumentasi keperawatan merupakan salah satu alat ukur untuk mengetahui, memantau, dan menilai

suatu pelayanan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh rumah sakit. Menurut Potter & Perry (2005) dokumentasi keperawatan tidak hanya mencerminkan kualitas perawatan saja tetapi membuktikan pertanggungjawaban setiap tim keperawatan. Oleh karena itu menurut Gillies (2000) dan Carpenito (1999) jika kegiatan keperawatan tidak didokumentasikan dengan baik, akurat, obyektif, dan lengkap serta sesuai dengan standar asuhan keperawatan maka sulit untuk membuktikan bahwa tindakan keperawatan telah dilakukan dengan benar (dalam Noorkasiani, R, dan Maryam, 2015).

Koordinator ruang rawat inap adalah tenaga profesional di bidang keperawatan yang diberitanggung jawab dan wewenang oleh atasan atau pejabat yang berwenang dalam memimpin pelayanan di ruang rawat inap. Hasil kerja dari koordinator ruang rawat inap adalah membuat daftar pembagian wilayah tanggung jawab kerja, laporan kebersihan, keutuhan inventaris alat kedokteran dan keperawatan, laporan kelengkapan catatan medis (KLPCM), laporan hasil konsultasi dan koordinasi, serta program usulan kelengkapan sarana dan prasarana.

Menurut Hufftman (1999:22) kelengkapan rekam medis adalah kajian atau telaah isi rekam medis berkaitan dengan pendokumentasian, pelayanan dan atau menilai kelengkapan rekam medis. Analisa KLPCM adalah suatu proses penilaian ketidaklengkapan pencatatan berkas rekam medis pasien oleh bagian unit rekam medis. Setiap berkas rekam medis akan dianalisis ketidaklengkapannya baik ketika pasien dirawat (*concurrent analysis*)

ataupun setelah pasien pulang/selesai perawatan (Retrospective Analysis). Oleh karena itu, jika dokumen asuhan keperawatan tidak lengkap, akan mempengaruhi hasil dari analisa KLPCM rumah sakit.

4. Fungsi Perawat

Fungsi perawat merupakan pekerjaan atau kegiatan yang dilakukan perawat sesuai dengan perannya dan dapat berubah mengikuti keadaan yang ada (Hidayat, 2008). Perawat dalam menjalankan perannya memiliki beberapa fungsi, sebagai berikut:

a. Fungsi Independen

Merupakan fungsi mandiri dan tidak tergantung pada orang lain, dimana perawat dalam melaksanakan tugasnya dilakukan secara sendiri dengan keputusan sendiri dalam melakukan tindakan dalam rangka memenuhi kebutuhan dasar manusia seperti pemenuhan kebutuhan fisiologis (pemenuhan kebutuhan oksigenasi, pemenuhan kebutuhan cairan dan elektrolit, pemenuhan kebutuhan nutrisi, pemenuhan kebutuhan aktifitas dan lain-lain), pemenuhan kebutuhan keamanan dan kenyamanan, pemenuhan cinta mencintai, pemenuhan kebutuhan harga diri dan aktualisasi diri.

b. Fungsi Dependen

Merupakan fungsi perawat dalam melaksanakan kegiatan atas pesan atau instruksi dari perawat lain. Sehingga sebagian tindakan pelimpahan tugas yang diberikan. Hal ini biasanya dilakukan oleh

perawat spesialis kepada perawat umum atau dari perawat primer ke perawat pelaksana.

c. Fungsi Interdependen

Fungsi ini dilakukan dalam kelompok tim yang bersifat saling ketergantungan di antara tim satu dengan yang lainnya. Fungsi ini dapat terjadi apabila bentuk pelayanan membutuhkan kerja sama tim dalam pemberian pelayanan seperti dalam memberikan asuhan keperawatan pada penderita yang mempunyai penyakit kompleks. Keadaan ini tidak dapat diatasi dengan tim perawat saja melainkan juga dari dokter ataupun yang lainnya.

D. Formulir Rekam Medis Perawat

1. Edukasi Pasien

a. Pengertian

Edukasi atau disebut juga dengan pendidikan merupakan segala upaya yang direncanakan untuk memengaruhi orang lain baik individu, kelompok, atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pelaku pendidikan (Notoadmojo, 2003). Pemberian informasi adalah kegiatan yang dilakukan dalam interaksi pasien dengan tenaga kesehatan atau yang bukan tenaga kesehatan atau non kesehatan berupa penjelasan tentang rencana atau asuhan medis, keperawatan, non medis, yang akan dilakukan selama pasien di rumah sakit. Edukasi pada pasien dan keluarga adalah usaha atau kegiatan untuk membantu individu dan keluarga dalam meningkatkan kemampuan untuk mencapai

kesehatan secara optimal dan bersedia berpartisipasi dalam pengambilan keputusan dalam proses pelayanan (RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II).

b. Tata Laksana

1) Tahap Assesmen pasien

Sebelum melakukan edukasi, petugas menilai dulu kebutuhan edukasi pasien dan keluarga berdasarkan hal berikut:

- a) Keyakinan dan nilai - nilai pasien dan keluarga.
- b) Kemampuan membaca, tingkat pendidikan dan bahasa yang digunakan.
- c) Hambatan emosional dan motivasi (emosional: depresi, senang dan marah).
- d) Keterbatasan fisik dan kongnitif.
- e) Kesiediaan pasien untuk menerima informasi.

2) Tahap penyampaian informasi dan edukasi yang efektif

Setelah melalui tahap assesmen pasien, ditemukan:

- a) Pasien dalam kondisi baik semua dan emosionalnya senang, maka proses komunikasinya mudah disampaikan.
- b) Jika pada tahap assessmen ditemukan hambatan fisik (tuna rungu dan tuna wicara), maka komunikasi yang efektif adalah memberikan leaflet kepada pasien dan keluarga sekandung (istri, anak, ayah, atau saudara sekandung) dan menjelaskan kepada mereka.

- c) Jika pada tahap assemen ditemukan hambatan emosional pasien (pasien marah atau depresi), maka komunikasi yang efektif adalah memberikan materi edukasi, atau berikan edukasi melalui keluarga.
- d) Jika ditemukan pasien mengalami hambatan dalam bahasa, rumah sakit memfasilitasi petugas sesuai dengan bahasa yang dibutuhkan.

3) Tahap verifikasi.

Cara verifikasi bahwa pasien dan keluarga menerima dan memahami edukasi yang diberikan adalah sebagai berikut:

- a) Apakah pasien pada tahap cara memberikan edukasi dan informasi, kondisi pasien baik dan senang, maka verifikasi yang dilakukan adalah menanyakan kembali edukasi yang telah diberikan.
- b) Pertanyaannya adalah "materi edukasi yang telah disampaikan, kira- kira apa yang bapak atau ibu bisa pelajari?"
- c) Apakah pasien pada tahap cara memberikan edukasi dan informasi, pasiennya mengalami hambatan fisik, maka verifikasinya adalah dengan pihak keluarga dengan pertanyaan yang sama (RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta Unit II).

2. Pengkajian Pasien

a. Pengertian

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Lyer et al dalam Setiadi, 2012). Pengkajian adalah pendekatan

sistematis untuk mengumpulkan data dan menganalisanya (Manurung, 2011). Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien, baik fisik, mental, sosial dan lingkungan (Effendy dalam Dermawan, 2012).

b. Tujuan

Tujuan pengkajian menurut Dermawan (2012) adalah sebagai berikut:

- 1) Untuk memperoleh informasi tentang keadaan kesehatan pasien.
- 2) Untuk menentukan masalah keperawatan dan kesehatan pasien.
- 3) Untuk menilai keadaan kesehatan pasien.
- 4) Untuk membuat keputusan yang tepat dalam menentukan langkah-langkah berikutnya.

c. Tipe Data

Tipe data menurut Setiadi (2012) adalah sebagai berikut:

- 1) Data subjektif adalah deskripsi verbal pasien mengenai masalah kesehatannya. Data subjektif diperoleh dari riwayat keperawatan termasuk persepsi pasien, perasaan dan ide tentang status kesehatannya. Sumber data lain dapat diperoleh dari keluarga, konsultan dan tenaga kesehatan lainnya.
- 2) Data objektif adalah hasil observasi atau pengukuran dari status kesehatan pasien.

3. Penilaian Risiko Jatuh Pasien

Risiko jatuh yang sering dialami pasien adalah karena adanya gangguan kognitif atau agitasi, penggunaan obat-obatan, gaya berjalan yang tidak stabil, sering buang air kecil dan memiliki riwayat jatuh (Heaslop dan Salisbury, 2009). Jatuhnya pasien dapat disebabkan faktor individu dan sementara, lingkungan fisik dan perilaku seseorang (Spoelstra, et al, 2011). Pasien jatuh juga diakibatkan karena pasien mengalami kebingungan, hipotensi obat dan juga diakibatkan sedang berada pada kondisi yang lemah tetapi memaksa untuk berjalan.

Risiko jatuh dapat dianalisis dengan skala atau instrumen pengukuran. Salah satu instrumen yaitu skala pengukuran *Morse Fall Scale* (MFS). *Morse Fall Scale* merupakan suatu skala yang digunakan untuk mengukur tingkat risiko jatuh pada orang dewasa yang dibagi menjadi tiga, yaitu risiko tinggi, risiko sedang dan risiko rendah. Berdasarkan kategori tersebut, dapat diputuskan bagaimana pencegahan atau penanganannya. Skala pengukuran terdiri enam aspek penilaian (Nassar, et al, 2013), yaitu riwayat jatuh, diagnosa sekunder, alat bantu jalan, terapi intravena, gaya berjalan atau cara berpindah, dan status mental. Masing-masing aspek memiliki skor, dan skor kemudian dijumlahkan. Hasil penjumlahan bila skor sebesar 0-24, maka risiko jatuh pasien rendah, skor 25-44 masuk kategori risiko jatuh sedang dan skor ≥ 45 maka risiko jatuh pasien termasuk tinggi.

4. Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Menurut Häyrynen (2010), asuhan keperawatan merupakan hal sangat penting bagi seorang perawat. Kemampuan pemberian pelayanan yang baik serta kemudian dapat secara efektif dapat mengomunikasikan tentang perawatan pasien tergantung pada seberapa baik kualitas informasi yang diberikan serta dokumentasi yang disediakan untuk dimanfaatkan oleh semua profesional kesehatan dan antar bidang pelayanan Kesehatan

Pengertian dokumentasi keperawatan menurut Carpenito (1999), merupakan suatu rangkaian kegiatan yang rumit dan sangat beragam serta memerlukan waktu yang cukup banyak dalam proses pembuatannya. Perkiraan waktu pembuatan dokumentasi asuhan keperawatan dapat mencapai 35-40 menit, hal ini disebabkan karena seringnya perawat melakukan pencatatan yang berulang-ulang atau duplikatif. Walaupun demikian, terkadang dokumentasi keperawatan yang dihasilkan masih sering kurang berkualitas.

Suatu dokumen atau catatan yang berisi data tentang keadaan pasien yang dilihat tidak saja dari tingkat kesakitan akan tetapi juga dilihat dari jenis, kualitas dan kuantitas dari layanan yang telah diberikan perawat dalam memenuhi kebutuhan pasien (Ali, 2010). Pendokumentasian proses asuhan keperawatan merupakan suatu proses yang harus dilaksanakan oleh perawat pelaksana sebagai bagian dari standar kerja yang telah ditetapkan (Nursalam, 2007). Tahap-Tahap Dokumentasian Asuhan Keperawatan

Menurut Nursalam (2007), adapun tahap-tahap pendokumentasian asuhan keperawatan sebagai berikut:

- a. Pengkajian Keperawatan
 - b. Diagnosis Keperawatan
 - c. Perencanaan Asuhan Keperawatan
 - d. Pelaksanaan (Implementasi) Asuhan Keperawatan
 - e. Evaluasi Asuhan Keperawatan
5. Observasi

Observasi adalah mengamati perilaku dan keadaan klien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan dan keperawatan klien. Mengobservasi data merupakan suatu metode pengumpulan data dengan menggunakan indra. Observasi ini dilakukan dengan sengaja dan sadar dengan upaya pendekatan. Selama metode observasi berlangsung perawat melibatkan semua panca indra baik itu melihat dan mendengar apa yang dikatakan pasien. Perawat menggunakan indra penglihatan contohnya yaitu ukuran tubuh, berat badan, postur dan kerapian pasien. Kedua pada saat menggunakan panca indra penciuman contohnya yaitu bau tubuh atau bau napas. Panca indra pendengaran contohnya yaitu bunyi jantung, suara paru, bising usus, kemampuan untuk berkomunikasi, bahasa yang dipakai dan kemampuan untuk memulai percakapan. Panca indra peraba contohnya yaitu suhu dan kelembapan kulit (Deswani, 2009).

Pada saat mengobservasi terdapat dua tahap yaitu memerhatikan data dan menyeleksi, mengatur dan menginterpretasikan data. Perawat pada saat mengobservasi juga harus mempunyai pengetahuan yang matang karena apabila perawat salah dalam melakukan observasi pasien bisa saja marah

dan tidak mau dirawat lagi. Observasi harus dilakukan dengan sedemikian rupa tidak boleh ada yang terlewatkan, karena kebanyakan perawat tidak mengikuti aturan pada saat mengobservasi pasien. Observasi juga harus berurutan antara lain sebagai berikut:

- a. Tanda klinis adanya masalah pada pasien
- b. Ancaman terhadap keamanan pasien, actual atau potensial
- c. Adanya dan berfungsinya peralatan yang terkait
- d. Lingkungan sekitar termasuk orang-orang didalamnya (Kozier, 2010).

6. *Discharge Planing*

a. Pengertian

Discharge planning (perencanaan pulang) adalah serangkaian keputusan dan aktivitas-aktivitasnya yang terlibat dalam pemberian asuhan keperawatan yang kontinu dan terkoordinasi ketika pasien dipulangkan dari lembaga pelayanan kesehatan (Potter & Perry, 2005:1106).

b. Pemberi Layanan *Discharge Planning*

Proses *discharge planning* harus dilakukan secara komprehensif dan melibatkan multidisiplin, mencakup semua pemberi layanan kesehatan yang terlibat dalam memberi layanan kesehatan kepada pasien (Potter & Perry, 2006).

c. Penerima *Discharge Planning*

Menurut Rice (1992) dalam Potter & Perry (2005:93), setiap pasien yang dirawat di rumah sakit memerlukan *discharge planning* atau

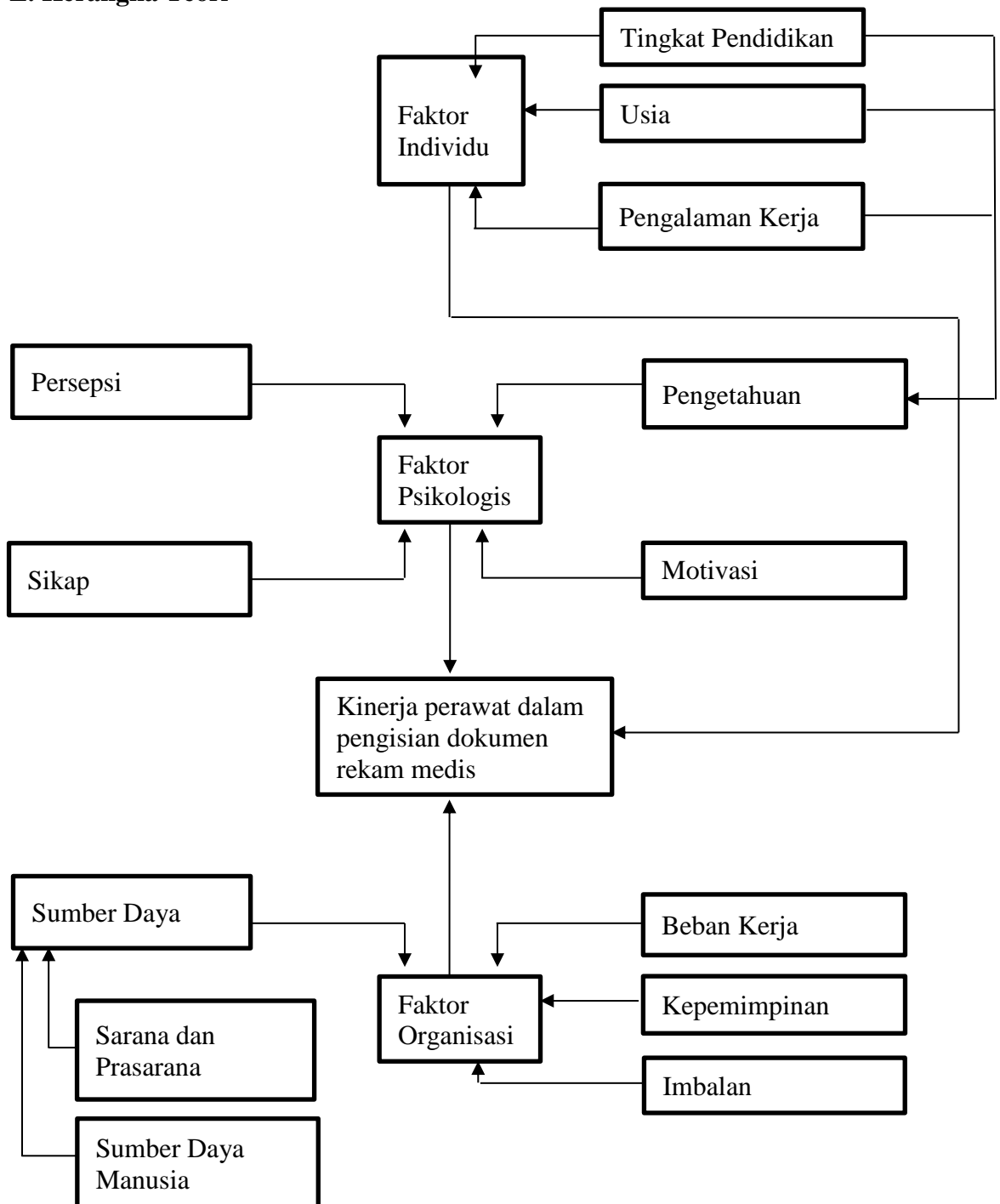
rencana pemulangan. Pasien dan seluruh anggota keluarga harus mendapatkan informasi tentang semua rencana pemulangan (Medical Mutual of Ohio, 2008 dalam Siahaan, 2009:12). *Discharge planning* atau rencana pemulangan tidak hanya melibatkan pasien tapi juga keluarga, teman-teman, serta pemberi layanan kesehatan dengan catatan bahwa pelayanan kesehatan dan sosial bekerja sama (The Royal Marsden Hospital, 2004 dalam Siahaan, 2009:11).

d. Jenis *Discharge Planning*

Menurut Chesca (1982) dalam Nursalam & Efendi (2008:229), *discharge planning* dapat diklasifikasikan menjadi tiga jenis, yaitu:

- 1) Pulang sementara atau cuti (*conditioning discharge*). Keadaan pulang ini dilakukan apabila kondisi klien baik dan tidak terdapat komplikasi. Klien untuk sementara dirawat di rumah namun harus ada pengawasan dari pihak rumah sakit atau Puskesmas terdekat.
- 2) Pulang mutlak atau selamanya (*absolute discharge*). Cara ini merupakan akhir dari hubungan klien dengan rumah sakit. Namun apabila klien perlu dirawat kembali, maka prosedur perawatan dapat dilakukan kembali.
- 3) Pulang paksa (*judicial discharge*). Kondisi ini klien diperbolehkan pulang walaupun kondisi kesehatan tidak memungkinkan untuk pulang, tetapi klien harus dipantau dengan melakukan kerjasama dengan perawat puskesmas terdekat.

E. Kerangka Teori



Sumber: Teori Kinerja Gibson et al. 1997

Gambar 2.1. Kerangka Teori