

SKRIPSI

**GAMBARAN PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN
BERBASIS KOMPUTERISASI DI RUANG RAWAT INAP RSUP DR.**

TADJUDDIN CHALID MAKASSAR



DITA ARISKA

R011201003

PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN

FAKULTAS KEPERAWATAN

UNIVERSITAS HASANUDDIN

MAKASSAR

2024

LEMBAR PENGESAHAN

**GAMBARAN PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN
BERBASIS KOMPUTERISASI DI RSUP DR. TADJUDDIN CHALID
MAKASSAR**

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir pada:

Hari/Tanggal : Jumat, 14 Juni 2024
Waktu : 13.30 WITA - Selesai
Tempat : Ruang KP.112

Disusun Oleh:

DITA ARISKA

R011201003

Dan yang bersangkutan dinyatakan
LULUS

Dosen Pembimbing

Pembimbing I



Indra Gaffar, S.Kep., Ns., M.Kep
NIP. 198109252006042009

Pembimbing II



Dr. Karmila Sarih, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP. 197207271996032006

Mengetahui,



Dr. Yulliana Syam, S.Kep., Ns., M.Kes
NIP. 197606182002122002

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dita Ariska

Nim : R011201003

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini benar-benar merupakan hasil karya sendiri bukan merupakan pengambilalihan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila kemudian hari terbukti atau dapat di buktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar tanpa ada paksaan sama sekali.

Makassar, Mei 2024



Dita Ariska

HALAMAN PERSETUJUAN

Halaman Persetujuan

**GAMBARAN PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN BERBASIS
KOMPUTERISASI DI RUANG RAWAT INAP RSUP DR. TADJUDDIN CHALID
MAKASSAR**



Oleh :

DITA ARISKA

R011201003

Disetujui untuk Pembuatan Proposal Penelitian

Dosen Pembimbing

Pembimbing I



Indra Gaffar, S.Kep.,Ns.M.Kep
NIP 198109252006042009

Pembimbing II



Dr. Karmila Sarih, S.Kep.,Ns.M.Kes
NIP 197207271996032006

ABSTRAK

Dita Ariska R011201003. **Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berbasis Komputerisasi di Ruang Rawat Inap RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar**, dibimbing oleh Indra Gaffar dan Karmila Sarih.

Latar Belakang: Pendokumentasian asuhan keperawatan adalah seluruh rangkaian asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi yang dibuat dengan benar dan lengkap sesuai dengan masalah yang keperawatan yang ditegakkan oleh perawat kepada setiap pasien. Pengisian dokumentasi yang tidak lengkap menjadi faktor utama terjadinya kesalahan dalam proses pelayanan kesehatan sehingga dapat berdampak buruk kepada pasien. Sistem dokumentasi asuhan keperawatan secara komputerisasi dikembangkan untuk membantu perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan mengutamakan keselamatan kepada pasien. **Tujuan:** Untuk mengetahui gambaran sistem pendokumentasian asuhan keperawatan berbasis komputerisasi di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.

Metode: menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan deskriptif. Instrumen *berupa human instrumen* dan pedoman wawancara semi terstruktur yang disusun oleh peneliti. Teknik sampel yang digunakan adalah purposive sampling. **Hasil:** Diperoleh sepuluh tema berkaitan yang menggambarkan pendokumentasian asuhan keperawatan berbasis komputerisasi. Yaitu, sistem pendokumentasian di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar belum sepenuhnya berbasis komputerisasi, sosialisasi dan pelatihan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan berbasis komputer, pendokumentasian melalui sistem komputerisasi menjadikan pekerjaan lebih efektif dan efisien, kurangnya PC dan jaringan yang lambat menghambat pendokumentasian askep, belum adanya format pengkajian pada pendokumentasian berbasis komputer, belum adanya format diagnosa keperawatan pada pendokumentasian berbasis komputer, belum adanya format rencana keperawatan pada pendokumentasian berbasis komputer, implementasi keperawatan berbasis komputerisasi dalam bentuk layanan sekaligus sebagai dasar klaim BPJS perawat, evaluasi keperawatan dalam bentuk CPPT dan perawat berharap pendokumentasian melalui SIMGOS perlu ditingkatkan.

Kesimpulan dan saran: sistem pendokumentasian asuhan keperawatan yang diterapkan di ruang rawat inap RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar belum sepenuhnya menerapkan sistem pendokumentasian berbasis komputer. sebagian besar perawat mengharapkan adanya peningkatan dalam pendokumentasian berbasis komputerisasi.

Kata Kunci: Pendokumentasian, Keperawatan, Komputer.

Sumber Literatur: 56 Kepustakaan (2016-2024)

ABSTRAK

Dita Ariska R011201003. **Overview of Computerized Nursing Care Documentation in the Inpatient Room of Dr. Tadjuddin Chalid Hospital Makassar**, Supervised by Indra Gaffar and Karmila Sarih.

Background: Documentation of nursing care is the entire series of nursing care consisting of assessment, nursing diagnosis, intervention, implementation and evaluation that is made correctly and completely in accordance with the nursing problem that are enforced by the nurses to each patient. Incomplete documentation is a major factor in errors in the health care process, which can adversely affect patients. A computerized nursing care documentation system was developed to assist nurses in providing quality health services and prioritizing patient safety. **Objective:** To determine the description of the computerized nursing care documentation system at Dr. Tadjuddin Chalid Hospital Makassar.

Method: using qualitative methods with a descriptive approach. Instruments in the form of human instruments and semi-structured interview guidelines prepared by researchers. The sample technique used was purposive sampling. **Results:** Ten related themes were obtained that describe computerized nursing care documentation. Namely, the documentation system at RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar is not yet fully computer-based, socialization and training for filling out computer-based nursing care documentation, documentation through a computerized system makes work more effective and efficient, lack of PCs and slow network hinder the documentation of medical procedures, there is no assessment format for computer-based documentation, there is no nursing diagnosis format in computer-based, the absence of a nursing plan format of computerized –based nursing in the form of services as well as the basis for nurses' BPJS claims, nursing evaluation in the form of CPPT and nurses hope that documentation through SIMGOS needs to be improved.

Conclusions and suggestion: Nursing care documentation system implemented in the inpatient ward of RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar has not fully implemented a computer-based documentation system. Most nurses expect an increase in computerized documentation.

Keywords: Documentation, Nursing, Computer.

Literature Source: 56 References (2016-2024)

KATA PENGANTAR

Puji syukur atas kehadiran Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan rahmat dan karunia-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berbasis Komputerisasi di Ruang Rawat Inap RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar” sebagai bentuk syarat dan kelulusan untuk mencapai gelar Sarjana (S1) Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.

Pada proses penyusunan skripsi ini mulai dari tahap persiapan pengajuan judul sampai selesainya penyusunan skripsi ini, peneliti memperoleh banyak bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, izinkan peneliti untuk mengucapkan terima kasih kepada orang tua tercinta yaitu Ayahanda D. Silassa dan Ibunda Asniati yang selalu memberikan dukungan, nasihat serta doa kepada peneliti. Peneliti juga izin menyampaikan ucapan terima kasih kepada yang terhormat:

1. Ibu Prof. Dr. Aryanti Saleh, S.Kp., M.Si. Selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin
2. Ibu Dr. Yuliana Syam, S.Kep., Ns., M.Kes. Selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin
3. Ibu Indra Gaffar, S.Kep., Ns., M.Kep dan ibu Dr. Karmila Sarih, S.Kep., Ns., M. Kes. Selaku pembimbing pertama dan kedua yang dengan sabar membimbing dan memberikan arahan, kritik serta saran yang membangun untuk peneliti dalam menyelesaikan skripsi ini.

4. Ibu Rini Rachmawaty, S.Kep., Ns.,MN., Ph.D dan bapak Andi Baso Tombong, S.Kep.,Ns.,M.ANP selaku penguji pertama dan kedua yang telah bersedia untuk menguji serta memberikan saran dan kritik yang membangun kepada peneliti.
5. Ibu Nurhaya Nurdin, S.Kep., Ns.,MN., MPH selaku dosen pembimbing akademik yang selalu memberikan arahan, saran serta dukungan kepada peneliti.
6. Seluruh dosen dan staf Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
7. Kepada Direktur Utama, staf dan tenaga perawat RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar yang sudah mengizinkan peneliti untuk melakukan penelitian di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.
8. Kepada saudara-saudara saya Dedy, Devy, dan Diana yang selalu memberikan dukungan serta motivasi dan juga doa kepada peneliti.
9. Kepada Muhamad Fahrin Amrullah yang selalu mendukung dan memberikan motivasi kepada peneliti.
10. Kepada anggota *group* NNS, Andin, Dinda, Tasya, Nabila, Fitri, Alda, Wafiq, dan Dayat yang selalu membersamai dan selalu membantu peneliti.
11. Serta semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu-satu yang telah mendoakan dan mendukung dalam penyusunan skripsi ini. Terima kasih.

Penulis menyadari bahwa dalam penyusunan skripsi ini masih terdapat banyak kekurangan. Oleh karena itu, penulis mengharapkan berbagai kritik dan saran yang membangun dari pembaca sebagai bahan masukan bagi penulis untuk menyempurnakan skripsi ini. Semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat baik

saya sebagai penulis dan juga para pembacanya. Akhir kata mohon maaf atas segala kesalahan dan kekeliruan dari penulis.

Makassar, Mei 2024

Dita Ariska

DAFTAR ISI

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI.....	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
DAFTAR BAGAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Signifikansi Masalah.....	5
C. Rumusan Masalah	6
D. Tujuan Penelitian.....	6
E. Kesesuaian Dengan Roadmap Prodi	7
F. Manfaat Penelitian	7
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	9
A. Tinjauan Umum Pendokumentasian Asuhan Keperawatan	9
1. Konsep Pendokumentasian Asuhan Keperawatan	9
2. Fungsi dan Manfaat Dokumentasi Asuhan Keperawatan	12
3. Komponen Pendokumentasian Asuhan Keperawatan	14
4. Hambatan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan.....	21
BAB III KERANGKA KONSEP	23

A. Kerangka Konsep	23
BAB IV METODE PENELITIAN	24
A. Rancangan Penelitian.....	24
B. Tempat dan Waktu Penelitian.....	24
C. Populasi dan Sampel.....	24
D. Variabel Penelitian	26
E. Instrumen Penelitian	26
F. Manajemen Data	27
G. Alur Penelitian	29
H. Etika Penelitian.....	30
BAB V HASIL PENELITIAN	32
A. Karakteristik Partisipan	32
B. Hasil Penelitian.....	33
BAB VI PEMBAHASAN	58
A. Pembahasan.....	58
B. Implikasi dalam praktek keperawatan.....	80
C. Keterbatasan Penelitian	80
BAB VII PENUTUP	82
A. Kesimpulan.....	82
B. Saran	83
DAFTAR PUSTAKA	84

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Format Dokumentasi Rencana Keperawatan.....	20
Tabel 2.2 Format Dokumentasi Implementasi Keperawatan	21
Tabel 5.1 Data Demografi Partisipan	33
Tabel 5.2 Hasil Penelitian Berupa Tema dan Subtema.....	34

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Lembar Surat Izin Pengambilan Data Awal	95
Lampiran 2. Lembar Penjelasan Responden.....	96
Lampiran 3. Lembar Persetujuan Responden.....	97
Lampiran 4. Pedoman Wawancara	98
Lampiran 5. Izin Penelitian	101
Lampiran 6. Rekomendasi Persetujuan Etik.....	102
Lampiran 7. Transkrip Wawancara.....	103
Lampiran 8. Analisis Data	211
Lampiran 9. Dokumentasi asuhan keperawatan aplikasi SIMGOS	233
Lampiran 10. Dokumentasi Kegiatan.....	234

DAFTAR BAGAN

Bagan 3.1 Kerangka Konsep	23
Bagan 4.1 Alur Penelitian	29

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Permenkes No.24 tahun 2022 tentang rekam medis menyebutkan bahwa “rekam medis adalah dokumen yang berisikan data identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang dilakukan kepada pasien”. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 4 tahun 2022 tentang petunjuk teknis jabatan fungsional perawat menyebutkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan adalah seluruh rangkaian asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi yang dibuat dengan benar dan lengkap sesuai dengan masalah yang keperawatan yang ditegakkan oleh perawat kepada setiap pasien.

Dokumentasi keperawatan harus berisi data terkait kebutuhan bio-psiko-sosial-spiritual dan segala tindakan yang telah dan akan dilakukan oleh perawat dalam memenuhi kebutuhan dasar pasien (Juniarti et al., 2020). Dokumentasi juga harus berisi informasi terkait perjalanan penyakit, tindakan investigasi yang telah dilakukan, informasi rencana penatalaksanaan, catatan observasi klinis dan hasil pengobatan, persetujuan atau penolakan terhadap suatu tindakan, ringkasan pulang, serta nama dan tanda tangan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan tersebut (Budi et al., 2019).

Pengisian dokumentasi yang tidak lengkap menjadi faktor utama terjadinya kesalahan dalam proses pelayanan kesehatan sehingga dapat berdampak buruk kepada pasien. (Ali, 2013) dalam (Rahma, 2019) mengatakan kasus kematian pasien di Rumah Sakit Whangarei, New Zealand adalah akibat dari kelalaian dalam melakukan dokumentasi dan kurangnya komunikasi antar petugas kesehatan sehingga kondisi darurat tersebut tidak dapat ditindak dengan segera dan menyebabkan kematian pada pasien.

Hasil survei nasional yang dilakukan oleh Kaihlanen et al., (2021) tentang dukungan sistem informasi dan kompetensi dokumentasi perawat dalam deteksi kesalahan dokumentasi, didapatkan bahwa perawat yang memiliki kompetensi dalam pelaksanaan dokumentasi didapatkan lebih sedikit kesalahan dan perawat yang memiliki kompetensi dokumentasi rendah dalam pelaksanaan dokumentasi mendeteksi kesalahan paling banyak.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Jaya (2019) tentang gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD buton utara didapatkan hasil bahwa secara keseluruhan perawat di ruang rawat inap RSUD buton utara sudah melakukan pendokumentasian akan tetapi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan masih kurang optimal. Hal ini terjadi karena perawat tidak menganggap pendokumentasian adalah hal yang penting, selain itu dikatakan bahwa kurangnya antusias perawat dalam melakukan pengkajian sehingga data

yang dikaji tidak berdasarkan dengan pedoman pengkajian dan data yang didapat tidak dikelompokkan sesuai dengan kebutuhan bio-psiko-sosial-spiritual pasien. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Asmirajanti et.al., (2019) tentang *Nursing care activities based on documentation* didapatkan hasil bahwa kinerja perawat pada beberapa kegiatan keperawatan masih dibawah standar (80%). Beberapa perawat belum melakukan tugasnya dengan sesuai misalnya, belum melakukan penilaian biologis dengan lengkap sebelum masuk ketahap perumusan diagnosa keperawatan dan melakukan intervensi. hal tersebut dapat menyebabkan adanya status dokumentasi yang tidak lengkap.

Kelengkapan dan keakuratan dalam pengisian dokumentasi adalah suatu cerminan dari standar kepatuhan perawat dalam melakukan pelayanan keperawatan pada pasien (Nursalam, 2012; Erna & Dewi, 2020). Pelayanan keperawatan dan kelengkapan dokumentasi yang dilakukan perawat adalah salah satu indikator penting dalam menentukan baik atau buruknya kualitas pelayanan kesehatan (Juniarti et al., 2020). Dokumentasi keperawatan menjadi aspek legal karena kelengkapan sebuah dokumentasi merupakan bukti catatan dari seluruh tindakan yang telah dilakukan dan menjadi tanggung jawab dan tanggung gugat seorang perawat (Harmaji et al., 2023). Selain itu, kepuasan pasien juga menentukan sebuah kualitas pelayanan keperawatan, oleh karena itu melalui pendokumentasian yang lengkap dan akurat dapat memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas (Munjiati, 2023).

Perkembangan IPTEK pendokumentasian asuhan keperawatan mengalami kemajuan pesat. Dengan adanya perubahan tersebut menjadikan metode pendokumentasian asuhan keperawatan mengalami kemajuan dari metode manual ke metode komputerisasi. Penggunaan teknologi sistem informasi kesehatan saat ini sudah banyak berkembang. Fasilitas pelayanan kesehatan dituntut agar bisa melakukan sistem pencatatan pasien secara elektronik termasuk penggunaan dokumentasi asuhan keperawatan (Hastuti et.al., 2022; Agustus & Puspitaningrum, 2023).

Sistem dokumentasi asuhan keperawatan secara komputerisasi dikembangkan untuk membantu perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan mengutamakan keselamatan kepada pasien. Beberapa keunggulan dokumentasi asuhan keperawatan menggunakan komputerisasi adalah meningkatkan kualitas dengan mengurangi kesalahan, meningkatkan kepatuhan dokumentasi dengan beberapa aspek keperawatan serta dapat mengurangi waktu dokumentasi selama shift (Agustus & Puspitaningrum, 2023).

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara peneliti dengan perawat di Ruang Rawat Inap RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar di dapatkan bahwa sistem pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap menggunakan sistem manual dan komputerisasi menggunakan SIMGOS. Perawat mengatakan bahwa sistem pendokumentasian asuhan keperawatan secara manual masih digunakan karena pengkajian awal

lengkap pasien masih ditulis secara manual seperti identitas pasien, *assessment* risiko jatuh, *barthel index*, pengkajian nyeri, *discharge planning*, dan juga berisi catatan implementasi tindakan yang telah dilakukan oleh perawat, hasil pemeriksaan laboratorium serta *assessment* gizi.

Sistem pendokumentasian berbasis komputerisasi juga digunakan yang berisikan data hasil implementasi tindakan perawat, hasil pemeriksaan laboratorium, radiologi, laporan operasi dan catatan dokter. Perawat mengatakan sebelum penerapan dokumentasi asuhan keperawatan elektronik, perawat diberikan pelatihan terlebih dahulu terkait cara penggunaan dokumentasi elektronik. Selain itu, pencatatan dokumentasi menggunakan komputer tidak hanya dilakukan oleh admin ruangan saja, tetapi masing-masing perawat dapat mengakses dan melakukan pencatatan melalui komputer di ruangan tersebut, perawat mengatakan admin ruangan biasanya melakukan pengecekan dan melengkapi data rekam medis pasien ketika pasien sudah bisa dinyatakan pulang. Oleh karena itu peneliti tertarik ingin melakukan penelitian terkait gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan berbasis komputerisasi yang saat ini digunakan di rumah sakit tersebut.

B. Signifikansi Masalah

Signifikansi masalah pada penelitian ini diharapkan mampu menjadi sumber informasi terkait gambaran pendokumentasian asuhan

keperawatan berbasis komputerisasi. Selain itu, diharapkan penelitian ini dapat menjadi referensi untuk penelitian selanjutnya.

C. Rumusan Masalah

Pencatatan dokumentasi yang tidak lengkap dapat menyebabkan masalah kesehatan pasien tidak teratasi dengan tepat sehingga membahayakan keselamatan pasien. Pendokumentasian asuhan keperawatan secara elektronik masih memiliki banyak kekurangan yang menyebabkan perawat kesulitan dalam mengatasi masalah klien. Hasil penelitian di beberapa Rumah Sakit di Indonesia menunjukkan pendokumentasian asuhan keperawatan belum terlaksana dengan baik. Berdasarkan hasil studi oleh peneliti di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar didapatkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan yang diterapkan di RS sudah berbasis komputerisasi menggunakan aplikasi SIMGOS. Berdasarkan pernyataan tersebut peneliti merumuskan suatu masalah penelitian yaitu “Bagaimana Gambaran Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berbasis Komputerisasi di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar”.

D. Tujuan Penelitian

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran sistem pendokumentasian asuhan keperawatan berbasis komputerisasi di Ruang Rawat Inap RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.

E. Kesesuaian Penelitian dengan Roadmap Prodi

Penelitian yang akan dilakukan dengan judul studi komparatif pendokumentasian asuhan keperawatan berbasis manual dan digital di RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar, telah disesuaikan dengan roadmap penelitian program studi ilmu keperawatan domain 3 yaitu peningkatan kualitas pelayanan dan pendidikan keperawatan yang unggul.

F. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai referensi dalam pengembangan Ilmu keperawatan khususnya terkait pendokumentasian asuhan keperawatan berbasis komputerisasi.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Mahasiswa

penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan wawasan mahasiswa terkait pendokumentasian asuhan keperawatan berbasis komputerisasi di ruang rawat inap RSUP Dr. Tadjuddin Chalid Makassar.

b. Bagi Peneliti

Penelitian ini dapat menambah pengetahuan dan wawasan peneliti terkait gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan berbasis komputerisasi.

c. Bagi Instansi Pendidikan

Penelitian ini dapat digunakan sebagai referensi untuk penelitian selanjutnya.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Umum Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

1. Konsep Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Peraturan Menteri Kesehatan nomor 26 tahun 2019 tentang keperawatan menyebutkan bahwa dalam melaksanakan praktik keperawatan, perawat mempunyai kewajiban salah satunya adalah mendokumentasikan asuhan keperawatan sesuai dengan standar. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 4 tahun 2022 tentang petunjuk teknis jabatan fungsional perawat menyebutkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan adalah seluruh rangkaian asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi yang dibuat dengan benar dan lengkap sesuai dengan masalah yang keperawatan yang ditegakkan oleh perawat untuk setiap pasien.

Dokumentasi Keperawatan harus berisi data terkait kebutuhan bio-psiko-sosial-spiritual dan segala tindakan yang telah dilakukan oleh perawat dalam memenuhi kebutuhan dasar pasien (Juniarti et al., 2020). Selain itu, dokumentasi juga harus berisi informasi terkait perjalanan penyakit pasien, tindakan investigasi yang telah dilakukan, informasi rencana penatalaksanaan, catatan observasi klinis dan hasil pengobatan, persetujuan atau penolakan terhadap suatu tindakan,

ringkasan pulang, serta nama dan tanda tangan tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan tersebut (Budi et al., 2019).

Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 10 tahun 2015 tentang standar pelayanan keperawatan di rumah sakit khusus menyebutkan indikator bentuk dan prinsip dokumentasi keperawatan sebagai berikut:

- a. Tersedia format dokumentasi.
- b. Dokumentasi harus ditulis secara lengkap serta dilengkapi dengan tanda tangan dan nama jelas dari perawat yang melakukan tindakan.
- c. Format dokumentasi bisa dalam bentuk *worksheets*, *kardex*, *flow sheets* atau *checklists*.
- d. Terdapat catatan terkait hasil pengkajian, keputusan mengenai tindakan keperawatan dan respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang dilakukan.
- e. Setiap ingin melakukan tindakan harus ada catatan terkait informed consent dan konsultasi pasien dengan tim kesehatan lainnya yang meliputi nama konsultan, alasan dan hasilnya.
- f. Setiap melakukan pendokumentasian, perawat harus menuliskan identitas perawat dengan jelas.
- g. Ada keamanan dalam menyimpan dokumentasi keperawatan.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 24 tahun 2022 pasal 2 tentang rekam medis menyebutkan bahwa pengaturan rekam medis bertujuan salah satunya adalah untuk mewujudkan

penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis yang berbasis digital dan terintegrasi. Dalam mewujudkan pengelolaan rekam medis berbasis komputerisasi diperlukan pelatihan khusus terkait penggunaan dokumentasi elektronik untuk menunjang kemampuan perawat dalam melakukan adaptasi dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi (Nur et al., 2021). Permenkes No.24 tahun 2022 pasal 1 ayat (1) tentang rekam medis menyebutkan terkait penyelenggaraan rekam medis elektronik paling sedikit terdiri atas:

- a. Registrasi pasien yang dimulai dari kegiatan pendaftaran berupa pengisian data identitas paling sedikit terdiri dari nomor rekam medis, nama pasien dan Nomor Induk Kependudukan (NIK) dan data sosial pasien yang paling sedikit terdiri dari agama, pekerjaan, pendidikan dan status perkawinan.
- b. Pedistribusian data rekam medis elektronik yaitu pengiriman data rekam medis elektronik dari satu unit pelayanan yang satu ke unit pelayanan lain di fasilitas pelayanan kesehatan.
- c. Pengisian informasi klinis berupa kegiatan pencatatan dan pendokumentasian yang ditulis lengkap, jelas dan telah dilakukan yang terdiri dari hasil pemeriksaan, hasil pengobatan, tindakan yang telah dilakukan dan pelayanan kesehatan lainnya yang telah diberikan kepada pasien dengan mencantumkan nama, waktu dan tanda tangan serta harus dilakukan secara berurutan sesuai dengan waktu pelayanan kesehatan yang diberikan.

- d. Pengolahan informasi rekam medis elektronik terdiri dari pengkodean, pelaporan dan penganalisan. Pengkodean pada pendokumentasian harus sesuai dengan klasifikasi internasional penyakit dan tindakan terbaru sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.
- e. Penginputan data untuk klaim pembiayaan.
- f. Penyimpanan rekam medis elektronik harus tersimpan dalam media penyimpanan berbasis digital dan terjamin keamanan, keutuhan, kerahasiaan dan ketersediaan data tersebut.
- g. Penjaminan mutu rekam medis elektronik dan Transfer isi rekam medis elektronik.

2. Fungsi dan Manfaat Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Pendokumentasian berfungsi untuk merencanakan pelayanan yang akan dilakukan terhadap klien, sebagai bahan pendidikan dan juga dapat digunakan sebagai dokumentasi hukum (Berman, Snyder & Frandsen, 2016; Nellisa et al., 2022). Selain itu dokumentasi keperawatan juga berfungsi sebagai dasar komunikasi dalam memberikan pelayanan kesehatan pada pasien yang dilakukan antara perawat dan tenaga kesehatan lainnya (Furroidah et al., 2023).

Berdasarkan Kementerian Kesehatan tahun 2022 menyebutkan ada beberapa manfaat dokumentasi yaitu:

a. Dokumentasi sebagai aspek legal

Dokumentasi keperawatan merupakan bukti catatan dari tindakan yang telah dilakukan oleh perawat sebagai dasar untuk melindungi pasien, perawat dan institusi.

b. Kualitas pelayanan

Melalui audit keperawatan, dokumentasi keperawatan dijadikan sebagai alat untuk membandingkan antara tindakan yang telah diberikan dengan standar asuhan keperawatan, sehingga mudah untuk mengetahui apakah perawat dalam melaksanakan tindakan keperawatan sudah sesuai dengan standar yang ditetapkan atau bahkan belum sesuai dengan standar.

c. Sebagai sarana komunikasi antar perawat dan petugas kesehatan lainnya terkait pengkajian, intervensi keperawatan dan hasil intervensi.

d. Keuangan

Pencatatan dokumentasi yang baik dan teliti menjadikan bukti bahwa tindakan tersebut telah dilakukan oleh perawat, hal ini membuat perawat akan mendapatkan jasa sesuai dengan aturan yang ditetapkan.

e. Menurunkan kemungkinan kejadian miskomunikasi dan *error*

Elemen penting dalam memberikan asuhan keperawatan yang efektif adalah prevalensinya sebagai pengidentifikasi dalam melakukan pengkajian terhadap pasien dalam lingkup fisik, psikologi, sosiokultural, spiritual, kognitif, fungsional, perkembangan, ekonomi, dan gaya hidup.

f. Sebagai sumber riset keperawatan

Dokumentasi keperawatan dapat digunakan sebagai wadah dalam mengaplikasikan pengetahuan keperawatan, skill dan pendapat menurut standar profesi.

3. Komponen Pendokumentasian Keperawatan

Dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan perlu memperhatikan keakuratan dalam pengisian dokumentasi, karena keakuratan pendokumentasian asuhan keperawatan memiliki dampak besar terhadap keberlangsungan hidup pasien dalam aspek keamanan, melakukan perawatan dan kesejahteraan pasien (Efendy, 2019; Marpaung et al., 2023).

Berdasarkan (Dinarti & Mulyanti, 2017) komponen pendokumentasian asuhan keperawatan terdiri dari:

a. Pengkajian

Pengkajian merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilakukan oleh perawat terkait respon kesehatan pasien yang bersifat komprehensif atau menyeluruh dan sistematis yang mendukung perawat untuk mengidentifikasi masalah kesehatan

pasien. Dalam melakukan pengkajian, ada beberapa hal yang perlu diperhatikan oleh perawat antara lain jenis dokumentasi pengkajian, jenis data dan metode pengambilan data pada saat pengkajian.

Dalam melakukan pengkajian dokumentasi keperawatan terdapat tiga jenis pengkajian yaitu:

- 1) Dokumentasi pada saat awal pengkajian (*Initial Assessment*), merupakan dokumentasi yang dilakukan oleh perawat ketika pasien pertama kali masuk rumah sakit. Data yang dikaji pada saat *Initial Assessment* berupa data awal yang digunakan oleh perawat ketika memberikan asuhan keperawatan.
- 2) Dokumentasi pengkajian lanjutan (*Ongoing Assessment*), adalah perkembangan data dari pengkajian awal yang telah dilakukan oleh perawat untuk melengkapi informasi terkait kesehatan pasien, setelah dilengkapi data ini selanjutnya akan dimasukkan ke dalam catatan perkembangan terintegrasi pasien atau pada lembar data penunjang.
- 3) Dokumentasi pengkajian ulang (*Reassessment*), merupakan pengkajian yang dilakukan selama evaluasi untuk mengetahui kemajuan data terhadap pasien yang sudah ditentukan.

Metode yang dapat dilakukan untuk memperoleh data pada saat pengkajian yaitu:

- 1) Komunikasi Efektif, untuk memperoleh data yang baik dan akurat perawat perlu untuk menjadi pendengar yang aktif ketika pasien atau keluarga pasien menjelaskan terkait keluhan atau riwayat penyakit pasien. Ketika pasien menyampaikan keluhan, pastikan perawat untuk menghindari interupsi dan memberikan kesempatan pasien untuk menyelesaikan pembicaraannya serta bersikap empati.
- 2) Observasi, adalah perolehan data melalui hasil pengamatan terhadap perilaku dan perkembangan kondisi kesehatan pasien. Yang perlu dilakukan ketika melakukan observasi adalah *sight, smell, hearing, feeling* dan *taste*.
- 3) Pemeriksaan fisik, adalah perolehan data yang didapatkan dari hasil pemeriksaan perawat mengenai kemampuan fungsional pasien. Tujuan dari pemeriksaan fisik adalah untuk mengidentifikasi masalah kesehatan pasien serta sebagai penentu status kesehatan pasien agar perawat dapat menentukan rencana tindakan yang akan dilakukan.

Dalam pengkajian terdapat dua jenis data yang dapat diperoleh yaitu:

- 1) Data Subjektif, adalah data terkait keluhan atau persepsi subjektif pasien yang diperoleh dari hasil wawancara oleh keluarga, konsultan dan tenaga kesehatan lainnya.

2) Data Objektif, adalah data terkait status kesehatan, pola koping, risiko yang dapat timbul dari masalah potensial dan dukungan terhadap pasien yang didapatkan melalui hasil observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan hasil pemeriksaan laboratorium.

b. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis yang ditetapkan berdasarkan masalah kesehatan yang bersifat aktual atau potensial. Penentuan diagnosa keperawatan memiliki perbedaan dengan diagnosa medis yaitu diagnosa medis berfokus pada faktor-faktor pengobatan penyakit sedangkan diagnosa keperawatan berfokus pada respon klien terhadap tindakan keperawatan dan tindakan medis lainnya.

Langkah-langkah penulisan dokumentasi diagnosa keperawatan meliputi:

- 1) Pengelompokkan data dan analisis data yang terdiri dari data subjektif dan data objektif
- 2) Interpretasi data
- 3) Validasi data
- 4) Penyusunan diagnosa keperawatan berdasarkan Problem+Etiologi+Symptom (PES)

Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI, 2017) menjelaskan terdapat 3 jenis diagnosa keperawatan yaitu:

1) Diagnosa aktual

Diagnosa aktual menggambarkan respon klien terhadap masalah kesehatan yang dialami pasien. Pada diagnosa aktual terdapat tanda/gejala mayor (80%-100%) dan tanda/gejala minor untuk validasi diagnosa.

2) Diagnosa risiko

Diagnosa risiko adalah respon klien terhadap kondisi kesehatan yang menyebabkan klien berisiko mengalami masalah kesehatan. Pada diagnosa risiko menggunakan data faktor risiko (situasi yang rentan mengalami masalah kesehatan) dan tidak ditemukan tanda/gejala mayor dan minor pada klien.

3) Diagnosa promosi kesehatan

Diagnosa ini ditandai dengan adanya keinginan klien dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya menjadi lebih baik dari sebelumnya.

c. Perencanaan keperawatan

Rencana keperawatan adalah rencana tindakan yang dibuat oleh perawat untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan berdasarkan respon klien terhadap proses penyakit. Beberapa hal yang perlu diperhatikan pada saat menyusun perencanaan keperawatan adalah menentukan perencanaan berdasarkan prioritas masalah, perumusan tujuan dan kriteria hasil dari tindakan yang

diharapkan sesuai dengan analisis data dan diagnosa keperawatan yang telah ditentukan.

Dalam membuat rencana keperawatan ada beberapa langkah-langkah penulisan yang perlu diperhatikan sebagai berikut:

1) Menentukan prioritas masalah

Untuk mengatasi permasalahan yang dialami pasien perawat perlu menentukan prioritas masalah berdasarkan diagnosa yang telah disusun. Prioritas diagnosa berbeda dengan diagnosa penting. Diagnosa prioritas adalah kondisi kesehatan yang jika tidak diatasi saat ini akan menyebabkan status kesehatan pasien menurun, sedangkan diagnosa penting adalah kondisi kesehatan yang pelaksanaan intervensi dapat ditunda tanpa menimbulkan masalah pada status kesehatan pasien.

2) Menentukan tujuan dan kriteria hasil (*Outcome*)

Sebelum melakukan intervensi, perawat perlu menentukan tujuan dan kriteria hasil yang ingin dicapai dari intervensi tersebut, sehingga ada standar atau ukuran yang dapat dijadikan sebuah evaluasi terhadap perkembangan pasien dan keterampilan perawat dalam merawat pasien. Penentuan tujuan perencanaan keperawatan perlu dilakukan berdasarkan SMART (*Specific, Measurable, Achievable, Reasonable* dan *Time*)

3) Menentukan rencana tindakan keperawatan (*Nursing Order*)

Ketika merumuskan rencana keperawatan, perlu untuk membuat rencana tindakan untuk membantu pasien mencapai kriteria hasil dari intervensi yang akan dilakukan, Penentuan rencana tindakan harus selaras dengan rencana medis dan ditulis secara spesifik, jelas dan dapat diukur. Dalam pembuatan rencana tindakan perawat harus menuliskan sesuai dengan format yang telah ditentukan agar memudahkan proses informasi yang didapatkan dari pengkajian dan diagnosa keperawatan. Berikut adalah format tabel rencana tindakan asuhan keperawatan.

Tabel 2.1 Format Dokumentasi Rencana Tindakan Keperawatan

No. Dx	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	Rasional	Nama dan Paraf

d. Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian tindakan yang dilakukan kepada pasien berdasarkan perencanaan yang telah dibuat sebelumnya oleh perawat dan harus berfokus pada kebutuhan klien untuk mengatasi keluhan atau respon klien terhadap proses penyakit. Penulisan dokumentasi implementasi harus berdasarkan format tabel agar memudahkan dalam melakukan pendokumentasian.

Berikut adalah format tabel implementasi asuhan keperawatan.

Tabel 2.2 Format Dokumentasi Implementasi Keperawatan

No. Dx/Masalah Kolaboratif	Tanggal/Jam	Tindakan	Nama dan Paraf

e. Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan proses membandingkan status kesehatan klien setelah diberikan tindakan keperawatan dengan tujuan yang telah ditetapkan. Evaluasi dilakukan dengan cara melihat respon klien terhadap perawatan sehingga memudahkan perawat untuk menilai dan memutuskan apakah rencana asuhan keperawatan harus dihentikan, dimodifikasi atau tetap melanjutkan rencana asuhan keperawatan (Koten, Elisabet, Afriani, 2021).

4. Hambatan pendokumentasian asuhan keperawatan

Saat ini pelayanan kesehatan diseluruh dunia sudah banyak mengalami perubahan dengan meninggalkan penggunaan catatan dokumentasi keperawatan secara manual dan mulai beralih ke pencatatan secara elektronik (Fattah & Hariyati, 2022).

Studi yang dilakukan oleh Austin (2016) mengungkapkan bahwa penerapan sistem pendokumentasian berbasis komputerisasi sangat rumit sehingga rumah sakit memerlukan waktu cukup lama untuk dapat beradaptasi. Hambatan yang biasanya dihadapi oleh perawat dalam penerapan dokumentasi menggunakan komputer adalah dokumentasi yang tidak memadai yang disebabkan karena tidak

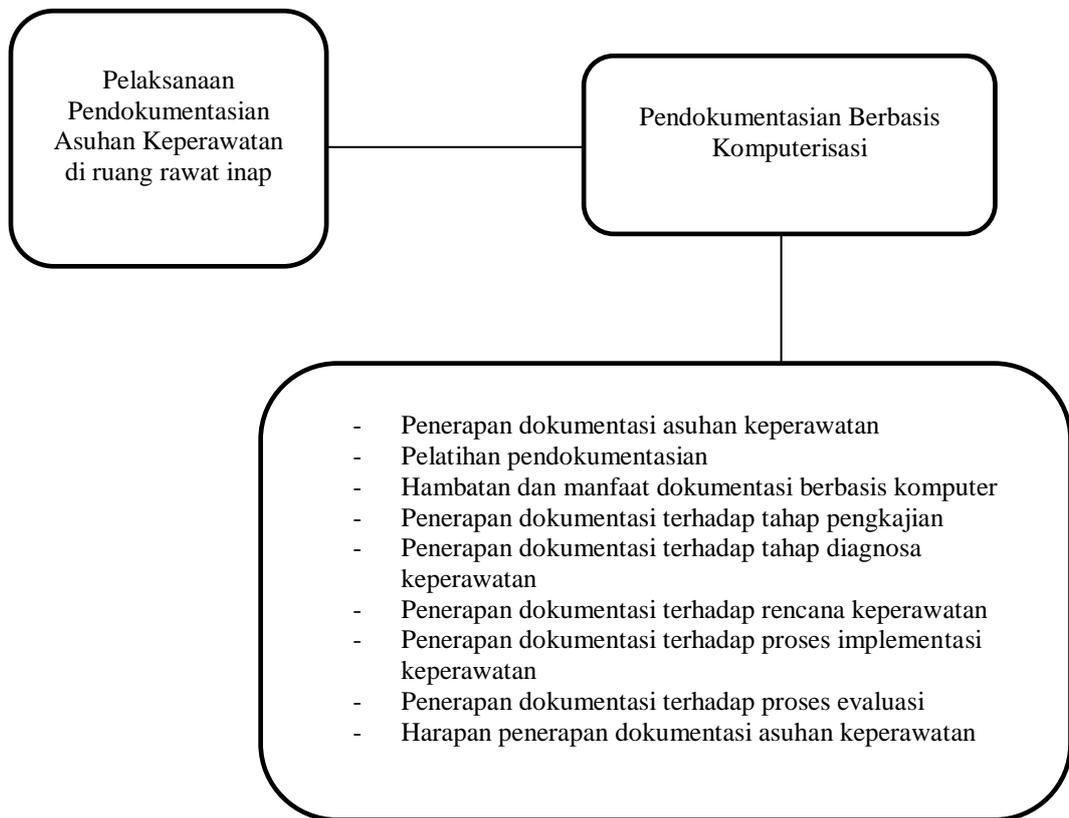
adanya pedoman khusus atau cara pencatatan yang tidak konsisten serta kurang tersedianya fasilitas dalam penerapan pendokumentasian secara komputerisasi (Fattah & Hariyati, 2022). Redundansi data, *human error*, manual data (tulisan tidak jelas), ketidaklengkapan data, ketidakakuratan data, dan tidak tepat waktu adalah berbagai jenis permasalahan data yang dapat terjadi dalam melakukan pendokumentasian secara komputerisasi.

BAB III

KERANGKA KONSEP

A. Kerangka Konsep

Berdasarkan tinjauan teoritis dan masalah penelitian yang telah diuraikan sebelumnya, maka kerangka konsep dalam penelitian ini dapat digambarkan sebagai berikut:



Keterangan:

 : Variabel yang diteliti

Bagan 3.1 kerangka konsep