



**Editor: Hamidah Retno Wardani**

# **DOKUMENTASI KEPERAWATAN**



**Ns. Yanti Anggraini, S.Kep., M.Kep.**

**Titik Suhartini, S.Kep., Ns., M.Kep.**

**Nurul Hikmatul Qowi, S.Kep., Ns., M.Kep.**

**Ns. Sri Melfa Damanik, M.Kep., Sp.Kep.An.**

**Tri Purnamawati, M.Kep., Sp.Kep.An .**

**Ns. Hasian Leniwita, M.Kep.**

**Ns. Elizabeth Risha Murlina Lema, S.Kep., M.Kep.**

**Balbina Antonelda Marled Wawo, S.Kep., Ns., M.Kep., Sp.Kep.J**

**Wahyu Tri Astuti, S.Kep, Ns., M.Kep.**

# **DOKUMENTASI KEPERAWATAN**

Ns. Yanti Anggraini, S.Kep., M.Kep.

Titik Suhartini, S.Kep., Ns., M.Kep.

Nurul Hikmatul Qowi, S.Kep., Ns., M.Kep.

Ns. Sri Melfa Damanik, M.Kep., Sp.Kep.An.

Tri Purnamawati, M.Kep., Sp.Kep.An .

Ns. Hasian Leniwita, M.Kep.

Ns. Elizabeth Risha Murlina Lema, S.Kep., M.Kep.

Ns, B. Antonelda M. Wawo, M.Kep., Sp.Kep.J

Wahyu Tri Astuti, S.Kep, Ns., M.Kep.

## **PENERBIT**



**2023**

## **UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta**

### **Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4**

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

### **Pembatasan Pelindungan Pasal 26**

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i Penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv Penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

### **Sanksi Pelanggaran Pasal 113**

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

## DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Ukuran unesco (15,5 x 23 cm )  
Halaman : vi + 150  
Isbn : 978-623-8050-33-8  
Penulis :  
Ns. Yanti Anggraini, S.Kep., M.Kep.  
Titik Suhartini, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Nurul Hikmatul Qowi, S.Kep., Ns., M.Kep.  
Ns. Sri Melfa Damanik, M.Kep., Sp.Kep.An.  
Tri Purnamawati, M.Kep., Sp.Kep.An .  
Ns. Hasian Leniwita, M.Kep.  
Ns. Elizabeth Risha Murlina Lema, S.Kep., M.Kep.  
Ns, B. Antonelda M. Wawo, M.Kep., Sp.Kep.J  
Wahyu Tri Astuti, S.Kep, Ns., M.Kep.

Editor : Hamidah Retno Wardani.  
Layout & Desain  
Cover :Tim creative Rizmedia

### RIZMEDIA PUSTAKA INDONESIA

Redaksi :  
Jl. Batara Ugi Blok/Griya Astra  
Blok C. No.18 (Yogyakarta/Makassar)  
Telp/Wa:085242065812  
Email:[rizmediapustaka@gmail.com](mailto:rizmediapustaka@gmail.com)  
Website : [rizmediapustakaindonesia.com](http://rizmediapustakaindonesia.com)

Cetakan Pertama, Agustus 2023

Hak Cipta 2023@Rizmedia Pustaka Indonesia  
*Hak cipta dilindungi undang-undang. Dilarang keras menerjemahkan,  
memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini  
tanpa izin tertulis dari Penerbit atau Penulis.*

# KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT Tuhan yang maha esa yang telah memberikan rahmat serta karunia-nya kepada penulis sehingga penulis berhasil menyelesaikan buku yang berjudul **“DOKUMENTASI KEPERAWATAN ”**.

Dokumentasi keperawatan adalah suatu catattan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, penilaian keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan hukum yang bertujuan mengidentifikasi status kesehatan klien dalam rangka mendokumentasikan kebutuhan klien, merencanakan, melaksanakan asuhan keperawatan, evaluasi intervensi.

Buku ini membahas tentang:

**BAB 1** KONSEP DOKUMENTASI

**BAB 2** TEHNIK DOKUMENTASI DAN PELAPORAN DALAM  
TATANAN KLINIK

**BAB 3** SISTEM INFORMASI KESEHATAN

**BAB 4** MODEL PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN  
(SOR ,POR, CBE )

**BAB 5** MODEL PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN  
(PIE , POS, CND)

**BAB 6** SISTEM DOKUMENTASI

**BAB 7 ASPEK LEGAL PENDOKUMENTASIAN**

**BAB 8 PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN**

**BAB 9 DOKUMENTASI KEPERAWATAN DENGAN MODEL SDKI**

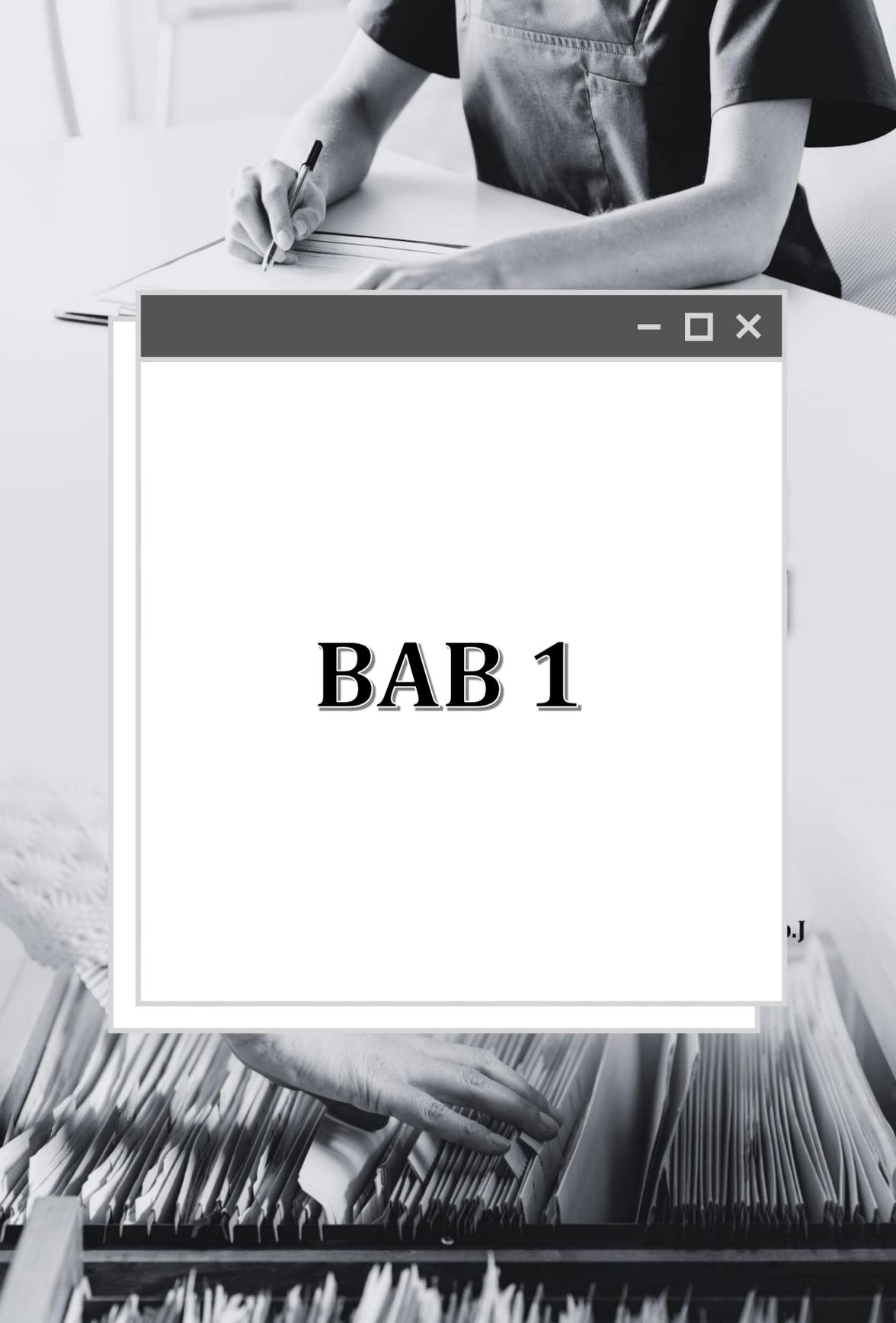
Akhir kata, penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berperan serta dalam penyusunan buku ini dari awal sampai akhir. Semoga Allah Swt senantiasa meridhai segala usaha kita. Amin.

**TIM PENULIS**

# DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR .....	v
DAFTAR ISI .....	vii
<b>BAB 1 KONSEP DASAR DOKUMENTASI PROSES KEPERAWATAN</b>	
(Ns. Yanti Anggraini, S.Kep.,M,Kep).....	2
<b>BAB 2 TEHNIK DOKUMENTASI DAN PELAPORAN DALAM TATANAN KLINIK</b>	
(Titik Suhartini, S.Kep.Ns.,M.Kep).....	22
<b>BAB 3 SISTEM INFORMASI KESEHATAN</b>	
(Nurul Hikmatul Qowi, S.Kep., Ns., M.Kep. ) .....	40
<b>BAB 4 MODEL PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN (SOR, POR, CBE)</b>	
( Ns. Sri Melfa Damanik, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.An.) .....	59
<b>BAB 5 MODEL PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN PIE, POS, CND</b>	
(Ns. Tri Purnamawati, M.Kep., Sp.Kep,An.) .....	76
<b>BAB 6 SISTEM DOKUMENTASI</b>	
(Hasian Leniwita, S.Kep.,Ners.,M.Kep) .....	90
<b>BAB 7 ASPEK LEGAL PENDOKUMENTASIAN</b>	
(Ns. Elizabeth Risha Murlina Lema, S.Kep., M.Kep.).....	104
<b>BAB 8 PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN</b>	
(Ns, B. Antonelda M. Wawo, M.Kep., Sp.Kep.J) .....	119
<b>BAB 9 DOKUMENTASI KEPERAWATAN DENGAN MODEL SDKI</b>	
(Wahyu Tri Astuti, S. Kep, Ns., M. Kep) .....	132
<b>PENUTUP</b>	





# BAB 1

# KONSEP DASAR DOKUMENTASI PROSES KEPERAWATAN (Ns. Yanti Anggraini, S.Kep., M,Kep.)

Universitas Kristen Indonesia

Jl. Mayor Jendral Sutoyo, RT.5/RW.11, Cawang, Kec. Kramat jati,  
Kota Jakarta Timur, Daerah Khusus Ibukota Jakarta

Email: [yanti.anggraini@uki.ac.id](mailto:yanti.anggraini@uki.ac.id)

## A. SEJARAH

Menurut Ermawati Dalam dkk (2011), Pertama kali Proses Keperawatan di jelaskan oleh Hall pada tahun 1955. Tahun 1967, Yura dan Walsh menjelaskan proses keperawatan dibagi menjadi empat bagian yaitu pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Tahun 1967, model pertama proses keperawatan diterbitkan yang terdiri dari pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Tahun 1973, model kedua proses keperawatan diperkenalkan semakin maju. Pertengahan tahun 70-an, Block (1974), Roy (1975), Mundinger dan Jauron (1975) dan Aspinall (1976) membuat bagian proses keperawatan menjadi lima bagian yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Dari waktu ke waktu yang semakin maju, proses keperawatan dikenal sebagai suatu dasar hukum praktik keperawatan. ANA (*American Nursing Association*) memakai proses keperawatan sebagai suatu dasar dalam mengembangkan Standart Praktik Keperawatan dan dipakai dalam konsep kurikulum keperawatan.

Hampir seluruh Indonesia, kurikulum pendidikan keperawatan Indonesia memakai proses keperawatan sebagai kerangka kerja dalam menjelaskan kurikulum (Ermawati Dalami, 2011).

## **B. PENGERTIAN**

### **1. Ermawati Dalami (2011)**

Proses keperawatan merupakan suatu cara dimana suatu konsep ditetapkan dalam praktik keperawatan yang terdiri dari lima bagian yang saling berkaitan yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Bagian tersebut menyatu kepada manfaat intelektual pemecahan masalah dalam memberikan suatu pengertian intervensi keperawatan.

### **2. Prabowo, Tri (2018)**

Proses Keperawatan adalah suatu proses utama dari pekerjaan tenaga keperawatan yang disahkan menjadi sebuah dokumentasi keperawatan di dalam dunia praktik keperawatan.

### **3. Kozier, Erb, Berman dan Snyder (2011)**

Proses Keperawatan yaitu suatu cara rencana tindakan keperawatan dan memberikan asuhan keperawatan yang mempunyai alasan dan teratur.

## **C. TUJUAN**

Berdasarkan Ermawati Dalami, dkk (2011) dan Kozier, Erb, Berman dan Snyder (2011), tujuan dari proses keperawatan adalah

1. Untuk menciptakan kerangka konsep yang didasari keperluan personal, keluarga dan komunitas yang terpenuhi.
2. Untuk mengkaji kondisi kesehatan pasien dan problema kesehatan yang actual atau resiko serta mengatur intervensi dan melakukan tindakan keperawatan yang khusus untuk memenuhi kebutuhan itu.

#### D. KARAKTERISTIK

Berdasarkan Ermawati Dalami, dkk (2011), proses keperawatan memiliki enam karakteristik yaitu:

1. Tujuan: proses keperawatan memiliki tujuan yang nyata yaitu membuat mutu asuhan keperawatan semakin membaik dan naik derajatnya.
2. Sistematis: memakai suatu metode yang teratur dan meningkat untuk memenuhi suatu haluan dan jurusan.
3. Dinamis: Proses keperawatan berfokus untuk mengelola problema-problema kesehatan pasien secara kontinyu dan mengarah pada metamorphosis aksi yang ditimbulkan oleh pasien yang dikaji dalam status antara perawat dan pasien.
4. Interaktif: Dasarnya adalah relasi antara perawat, pasien, *family* dan tim kesehatan lainnya.
5. Fleksibel: proses yang diambil dari praktek keperawatan pada kondisi manapun dan berkaitan dengan personal, tim atau komunitas. Lima Bagian komponennya dipakai berturutan dan disetujui oleh kedua pihak.
6. Teoritis: Asuhan keperawatan berfokus pada tiga dimensi yaitu:
  - 1). Humanistik: mempertimbangkan dan mengakui pasien sebagai manusia.
  - 2). Holistik: tindakan keperawatan harus terpenuhi secara lengkap (biologis, psikososial, sosial dan spiritual)
  - 3). Care: Asuhan keperawatan yang dilakukan berdasarkan standart praktik keperawatan dan etik keperawatan.

## **F. ASAS –ASAS**

Menurut Prabowo, Tri. (2018), Proses Keperawatan memiliki asas-asas yang terdiri dari:

### **1. Asas Keterbukaan, Kebersamaan dan Kemitraan**

Keterbukaan adalah pasien dan perawat mempunyai perasaan saling meyakini sehingga satu sama lain bersikap *open*, jujur dan mengatakan apa adanya. Pasien akan terima opini, saran dan mau melakukan apa yang dinasehati oleh perawat. Perawat akan memperoleh info-info dari pasien meskipun untuk pasien, hal itu tidak boleh diketahui oleh orang lain.

Kebersamaan ialah terbentuk hubungan yang baik antara perawat, pasien, family dan tim kesehatan lainnya. Adanya kerjasama yang bagus, bisa membuat pasien lekas sembuh dengan sempurna dan kontinyu. Kemitraan yaitu sebuah proses keperawatan membuat hubungan dan mitra membaik dengan pekerjaan yang berbeda. Contohnya satu pasien ditangani oleh dokter, tim gizi, tim laboratorium dan perawat. Dengan hubungan mitra yang baik, maka akan tercipta sikap saling menghormati, bukan antara bos dan bawahan, malahan sebagai mitra seajar, kawan dalam pekerjaan.

### **2. Asas Manfaat**

Intervensi yang dilakukan oleh perawat harus berguna dan bermanfaat ke pasien dan keluarga. Selain itu, bermanfaat ke tim keperawatan dan rumah sakit sehingga semua memiliki perasaan puas.

### **3. Asas Interdependen**

Pada asas ini memiliki hubungan keterkaitan antara satu dengan yang lainnya. Contohnya ada keterkaitan antara perawat dan

pasien, perawat dan tim kesehatan lainnya dalam proses keperawatan. Semua tim bekerja saling keterkaitan selama 24 jam berlangsung sehingga perawat tidak bisa bekerja sendirian dan harus bekerja berdasarkan shift. Dokter, perawat dan tim kesehatan lainnya bekerja sesuai dengan keahliannya, tidak ada pengaruh dari bagian lain dan bekerja dengan sejajar atau partner.

#### **4. Asas Saling Menguntungkan**

Pada asas ini, terbentuk hubungan yang bermanfaat satu sama lain yaitu tim perawat dan tim kesehatan lainnya serta tidak ada yang dirugikan. Ada tindakan *win-win solution* antara satu sama lain yang bekerja sama bersama membuat pasien bahagia dan keluarga bahagia.

### **G. IMPLIKASI**

Menurut Ermawati Dalami, dkk (2011) proses keperawatan memiliki implikasi yang diterapkan terhadap profesi keperawatan, pasien dan perawat.

#### **1. Profesi Keperawatan**

Proses keperawatan memberikan suatu bagian praktek keperawatan yang terdiri dari lima bagian. Profesi keperawatan berperan untuk si pasien secara kontinyu dan bisa melakukan tindakan keperawatan mandiri tanpa diresepkan oleh dokter

#### **2. Pasien**

Proses keperawatan berguna untuk pasien dan keluarga serta membuat mereka bisa aktif terlibat dalam proses keperawatan. Pasien memberikan sumber untuk perawat mengkaji, memvalidasi diagnosa keperawatan, melakukan umpan balik

untuk evaluasi. Intervensi terorganisir dengan baik dan membuat perawat melakukan pelayanan secara berkesinambungan, nyaman dan bisa membuat suasana terapeutik sehingga bisa membuat pasien lekas sembuh.

### **3. Perawat**

Proses keperawatan akan membuat perawat puas bekerja dan profesi meningkat, relasi perawat dan pasien membaik dalam penerapan proses penyembuhan di rumah sakit. Proses Keperawatan membuat perawat lebih kreatif, mengatasi pekerjaan yang rutin, jenuh dan *task oriented approach*.

## **H. TEORI YANG MENDASARI PROSES KEPERAWATAN**

Menurut Ermawati Dalami, dkk (2011), ada lima teori yang mendasari proses keperawatan terdiri dari teori sistem, kebutuhan manusia, persepsi, informasi dan komunikasi serta pengambilan keputusan dan penyelesaian masalah.

### **1. Teori Sistem**

Teori sistem berisi tujuan, proses dan isi. Tujuan adalah sesuatu yang harus dilakukan dan menunjukkan arah pada sistem. Proses berguna untuk mencapai tujuan dan isi terdiri tahapan yang membuat suatu sistem. Hubungan antara teori sistem dan proses keperawatan adalah input merupakan sesuatu hasil data yang sudah didapatkan dengan cara dikaji beserta problemnya. Setelah itu, diatur rencana dan intervensi. Output adalah hasil dari intervensi yang sudah dilakukan. Feedback (umpan balik) yaitu suatu proses dimana output didiskusikan lagi pada sistem agar bisa di kaji ulang dan difokuskan dalam pengkajian kedua untuk memutuskan intervensi kembali. Pada sistem keperawatan terdiri dari perawat, pasien, keluarga dan masyarakat

bersosialisasi satu sama lain saling memberikan stimulasi pada level keperluan dan *satisfaction* pasien yang adalah bagian dari asuhan keperawatan.

## **2. Teori Kebutuhan Manusia**

Bagian utama kebutuhan dasar manusia yaitu terlaksananya level *satisfaction* supaya individu dapat melangsungkan kehidupannya. Fungsi perawat yaitu terlaksananya kebutuhan dasar manusia dan terpenuhinya *satisfaction* untuk diri sendiri dan pasiennya walaupun realitanya bisa terpenuhinya satu dari keperluan yang berakibat dari perubahan sistem dalam personal (biologis, kepintaran dan kecerdasan, perasaan emosi, pergaulan sesama, agama, keuangan, komunitas, patologi dan psikopatologi. Pelaksanaan teori ini adalah proses keperawatan di tujukan khusus pada kebutuhan personal yang unik dan sebagai bagian dari family dan komunitas. Kesejajaran antar keperluan menjadi beban kewajiban setiap individu. Contohnya beban kewajiban orang tua adalah terpenuhi keperluan dasar anak. Begitu juga beban kewajiban perawat yaitu mendukung, menyediakan dan berbincang kepada pasien yang sehat atau sakit untuk menolongnya dalam terpenuhinya keperluan dasar manusia secara lengkap melalui proses keperawatan.

## **3. Teori Persepsi**

Teori menyatakan bahwa setiap keperluan dan *satisfaction* individu selalu berganti sesuai dengan tingkah laku yang mengalami pergantian. Dampaknya setiap pergantian yang terjadi, persepsinya akan berubah antara kedua personal. Pergantian itu berdampak pada diagnosa keperawatan. Contohnya ada dua pasien diabetes mellitus dengan diagnosa

keperawatan yang tidak sama. Kondisi ini disebabkan adanya persepsi pasien 1 dan 2 berlainan pada transformasi pada dirinya.

#### **4. Teori Informasi dan Komunikasi**

Fokus asuhan keperawatan yaitu mengkaji problema pasien, apakah kondisi pasien sehat atau sakit. Sesudah itu, perawat harus memiliki ilmu tentang konsep dan teori dan membina hubungan koneksi yang aktif. Ilmu itu terdiri dari melacak data atau kenyataan yang terjadi, seleksi, proses data dan mengambil keputusan untuk intervensi yang akan dilakukan. Bagian-bagian itu terdiri dari memilih dianosa yang utama, melacak intervensi, memutuskan dan melakukan intervensi.

#### **5. Teori Pengambilan Keputusan dan Penyelesaian Masalah**

Setiap intervensi yang dilaksanakan harus mempunyai alasan dengan melibatkan pilihan. Setiap keputusan mengharuskan individu menerima hal-hal yang baru. Setiap perbedaan adalah suatu problema, problema itu membutuhkan jawaban dan analisa penyelesaian masalah yang tepat.

Fokus dilakukannya proses keperawatan adalah mengatasi masalah. Proses keperawatan digunakan untuk mengkaji problema dan dalam mengambil keputusan dilakukan dengan tepat serta diaturnya intervensi yang bisa mengatasi masalah pasien.

### **I. PENTINGNYA PROSES KEPERAWATAN**

Menurut Prabowo, Tri. (2018), Proses Keperawatan mempunyai manfaat pentingnya proses keperawatan yang terdiri dari:

#### **1. Pasien**

Pasien menerima pelayanan asuhan keperawatan yang baik,

cepat, mujarab serta sesuai dengan target apa yang dirasakan oleh pasien. Pelayanan mujarab yang dirasakan oleh pasien bisa terjadi karena adanya sebuah urutan perkembangan yang teratur, ada alurnya dan diawasi oleh pihak perawat. Berawal dari mencari apa yang dirasakan oleh pasien, sampai ke bagian akhir dari semua bagian proses keperawatan. Semua bagian dilaksanakan berdasarkan prosedur melalui cara yang ilmiah. Tenaga perawat melaksanakan tahapan proses keperawatan dengan kewajiban profesi yang harus segera dilaksanakan.

Melalui proses keperawatan, pasien mempunyai hubungan yang bagus ke perawat. Hubungan baik akan menimbulkan rasa berani untuk menyatakan opini dan menceritakan segala sesuatu yang tersembunyi di dalam hati pasien ke perawat. Bila pasien terbuka ke perawat, maka akan menolong proses penyembuhan lekas terwujud.

Pasien mempunyai hak mendapatkan perawatan pada standart khusus yang sesuai dengan praktik professional contoh perawatan pada pasien. Standart perawatan pasien yang sesuai dengan masalah penyakit yang bisa berefek positif dan membuat kualitas perawatan meningkat (Marrelli dan Harper, 2008).

## **2. Perawat**

Manfaat yang dirasakan oleh perawat adalah perawat akan mendapatkan pertumbuhan di otak dimana perawat bisa mampu memecahkan problema dengan teliti, tajam, memiliki alasan untuk dilakukan dan bisa dinilai. Perkembangan otak ini bisa membuat asuhan keperawatan lebih baik dan unggul.

Proses keperawatan bisa membuat para perawat melakukan tindakan lebih otonom dan tidak berdasarkan perintah dari dokter. Perawat yang otonom ini bisa membuat peranannya sederet dengan peranan dokter dan menimbulkan sebuah hubungan partner yang baik serta kontinyu. Partnet yang sederet ini bisa membuat rasa puas yang baik diantara perawat khususnya perawat yang sukses melakukan asuhan keperawatannya.

### **3. Lembaga Pekerjaan**

Bila perawat melakukan proses keperawatan berdasarkan langkah-langkah yang ditetapkan oleh bersama, maka lembaga pekerjaan akan terpandang di mata masyarakat. Kondisi ini terjadi karena kualitas semakin baik dan terpenuhinya standar keperawatan yang baik. Kualitas yang baik ini karena pasien puas, pasien lekas sembuh, pasien merasa tidak rugi dan perawat tidak merasa tersusahkan. Oleh karena pasien puas dengan pelayanan perawat, maka lembaga pekerjaan akan mengalami peningkatan. Para pasien akan menceritakan hal yang bagus ke kawan-kawannya dan hal itu bisa membuat lembaga pekerjaan terpandang di komunitas. Selain itu, keuangan semakin meningkat dan perawat makmur.

### **4. Komunitas**

Proses Keperawatan mempunyai fungsi yang baik untuk komunitas dimana jaringan pengaman kesehatan terlaksana dengan baik. Kesehatan komunitas meningkat, masyarakat mampu bekerja, menciptakan sesuatu yang baru dengan baik. Produktivitas kerja naik akan membuat komunitas sejahtera. Masyarakat sehat, Bangsa pun sejahtera.

## **J. DAMPAK POSITIF PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL DI ERA YANG AKAN DATANG**

Menurut Ermawati Dalam dkk (2011), Pada masa mendatang, perawat professional harus memberikan imlikasi yang baik pada mutu pelayanan di Indonesia. Ada empat yang harus jadi perhatian para perawat yaitu:

1. Mengerti dan mengaplikasi fungsi perawat
2. Perawat berjanji pada ciri khas keperawatan
3. Memiliki ketertarikan pada transformasi dan perkembangan pelayanan kesehatan komunitas
4. Perawat mempunyai perasaan komitmen melakukan cara yang imajinatif dan inovatif untuk mewujudkan tuntutan tantangan pelayanan komunitas

Pada era yang akan datang, perawat harus memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan perubahan IPTEK. Perawat mempunyai fungsi yang lebih mandiri, bertanggung jawab dan tanggung gugat. Fungsi tersebut ialah *CARE* yang diuraikan sebagai beriku:

1). *Communication* , Yang dijabarkan sebagai berikut:

*C= Complete, A= Accurate, R= Rapid, E= English*

Pada era mendatang, Karakteristik perawat harus bisa berbicara dengan lengkap, akurat dan cepat. Maksudnya adalah perawat melakukan komunikasi (baik lisan dan non lisan) harus mengandung tiga unsur diatas dan bisa berkomunikasi secara langsung dan tulisan dengan menggunakan bahasa luar negeri khususnya bahasa Inggris. Kondisi ini dilakukan untuk mencegah

terjadinya persaingan pasar bebas.

2). *Activity*, yang dijelaskan sebagai berikut:

*C = Cooperative, A= Applicable, R= Responsive, E= Empathy*

Melakukan aktivitas bagi perawat berdasarkan kerja sama dengan teman sejawat dengan tim medis lainnya untuk memberikan asuhan bagi pasien. Aktivitas itu harus berdasarkan suatu perasaan yang teguh, empati dan bertanggung jawab dalam melakukan tugas. Keadaan ini di perlukan untuk era saat ini dan akan datang untuk menyatakan cirri khas perawat dan melenyapkan fungsi perawat pada era yang lalu yaitu bekerja sebagai robot dan selalu pada posisi depan dari tim lainnya.

Sekarang peranan prioritas adalah melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan pengetahuan yang dipelajari dan tepat melakukan tugasnya. Maksudnya pengetahuan yang dipelajari agar dikaji dengan keadaan budaya yang berbeda dan bisa dilaksanakan di Indonesia. Supaya mencegah kesalahan dalam melakukan asuhan keperawatan ke pasien, maka bisa dilakukan prinsip CWIPAT.

*C= Check the orders and equipment* ( Cek peralatan dan order dari dokter)

*W= Wash your hands* (cuci tangan)

*I= Identify the patient* (Identifikasi pasien)

*P= Provide for safety and privacy* (Sediakan keselamatan dan kerahasiaan)

*A= Assess the problem* ( Kaji permasalahan)

*T= Tell the person or teach the patient about what you are going to do* (Katakan atau ajarkan ke pasien tentang apa yang akan kamu lakukan).

3). *R= Review*

Dalam melakukan fungsi perawat adalah moral dan etik keperawatan dimana perawat harus berpedoman ke nilai-nilai etik keperawatan dan standart keperawatan yang ada serta ilmu keperawatan. Perawat diwajibkan up date ilmu terbaru berdasarkan perkembangan yang ada sesuai dengan yang dikatakan oleh Florance Nightangale:

*“ In the Past, You Should do not harm to the hospital. Now you should do no har to your self”.*

Perawat pun dituntut melakukan etik keperawatan dalam melaksanakan asuhan keperawatan yang terdiri dari:

- a. *Justice* ( Keadilan): setiap intervensi dilaksanakan berdasarkan keadaan pasien dan tidak diskriminasi
- b. *Autonomi* (Menghormati otonomi): pasien memiliki hak untuk memilih dan memutuskan pilihan intervensi untuk dirinya.
- c. *Benefience* ( Manfaat): Setiap intervensi yang lakukan ke pasien harus memiliki manfaat dan mencegah terjadinya cacat ke pasien.
- d. *Veracity* (Jujur): Perawat menyampaikan sesuatu ke pasien dengan jujur dan benar.
- e. *Fidelity* (Komitmen): Perawat melakukan tindakan sesuai dengan tanggung jawab moral dan profesi.

4). *E= Education*

*C= Committed, A= Academic, R= Research, E= Extended*

Agar mutu asuhan keperawatan semakin naik pada waktu yang akan datang, perawat wajib memiliki janji khusus pada profesi secara kontinyu untuk menggali ilmu melalui

pendidikan formal dan informal hingga pada suatu keahlian khusus.

Perkembangan asuhan keperawatan yang paling mujarab sesuai dengan hasil temuan ilmiah yang bisa dibuktikan keabsahannya. Kondisi itu mewajibkan perawat untuk bisa melakukan penelitian keperawatan. Adapun sediaan yang paling prioritas yaitu metodologi penelitian keperawatan. Setiap tingkatan pendidikan DIII ataupun S1, mahasiswanya harus melakukan penelitian keperawatan yang merupakan tanggung jawab moral dan professional.

## **K. PROBLEMA ETIK KEPERAWATAN DI INDONESIA**

Berdasarkan Ermawati Dalami dkk (2011), ada enam problema etik keperawatan di Indonesia yaitu:

1. Dasar Moral semakin memudar  
Etik profesi keperawatan sebaiknya dikenalkan ke keturunan yang lebih muda seawal mungkin. Hal ini supaya perawat muda lebih mengerti mana tingkah laku etik atau tidak.
2. Dasar dan Sendi Agama  
Landasan moral dan etik yang paling kuat dan dasar adalah agama. Kondisi ini terjadi karena komunikasi, transportasi modern, informasi, budaya dan tingkah laku umum yang cepat dilihat dan mudah dilakukan oleh keturunan muda sekarang, maka agama adalah dasar yang harus dipertahankan pada saat terjadi problema etik keperawatan.
3. Perkembangan ilmu, penelitian dan teknologi kedokteran serta keperawatan berkembang pesat.  
Nilai etik yang dulu tidak mungkin bisa dilakukan di waktu

sekarang. Nilai etik dan moral yang dulu dipandang sebagai sesuatu yang membuat terhambatnya perkembangan ilmu dan teknologi sekarang.

4. Perawat tidak menguasai kemajuan ilmu dan teknologi yang berkembang saat ini

Perawat tidak mungkin menguasai perkembangan ilmu dan teknologi keperawatan saat ini. Kondisi ini karena terjadinya peminatan khusus spesialisasi atau subspecialisasi sehingga perawat lupa bahwa pasien adalah manusia yang jasmani, rohani, sosial, ekonomi dan kultur yang holistik dan tidak bisa tercerai-beraikan.

5. Globalisasi

Globalisasi merupakan kondisi terjadinya persaingan dan perang ekonomi dalam segala hal. Rumah sakit adalah tempat pelayanan kesehatan yang sudah berubah fokusnya dari aktivitas di sosial ke sosio-ekonomi kemudian ke bisnis.

6. Kemajuan dan Perkembangan Masyarakat sebagai pengguna jasa kesehatan.

Ada empat hal yang bisa membuat masyarakat pengguna jasa kesehatan maju berkembang, yaitu:

- 1). Masyarakat dan pasien lebih sadar tentang hak di bagian pelayanan kesehatan sehingga pemikirian komunitas lebih tajam dan tanggap untuk menuntut haknya.

- 2). Level perekonomian dan keberhasilan komunitas semakin naik sehingga masyarakat meminta perawatan yang bagus

- 3). Perbedaan perekonomian yang jauh berbeda membuat masyarakat yang tidak mampu, meminta haknya agar bisa menerima pelayanan dan perawatan yang sama dengan

masyarakat yang kaya.

- 4). Semakin berkembangnya teknologi dan informasi membuat tenaga manusia tergantikan ke jasa internet melalui telemedicine. Kondisi ini membuat pasien banyak tahu tentang penyakitnya dibandingkan perawatnya.
7. Problema yang ada di komunitas perawat adalah :
  - a. Jumlah perawat yang berkurang yang membuat adanya kompetisi yang sehat dan tidak sehat di antara para perawat.
  - b. Adanya perawat asing atau perawat lulusan luar negeri dengan budaya yang berbeda di Indonesia, akan membuat kompetisi antara perawat semakin meningkat.
8. Adanya asuransi kesehatan semakin marak di kalangan masyarakat membuat relasi dokter dan pasien menjadi relasi bisnis.
9. Kesadaran komunitas tentang penerimaan hak pasien dirumah sakit semakin meningkat dimana masyarakat mulai menggunakan jasa pengacara. Setiap intervensi dan pengobatan yang dilakukan oleh perawat mempunyai resiko efek samping yang kecil. Resiko ini dipandang sebagai suatu kelalaian yang dituntut pidana dan perdata sebagai tindakan malpraktek oleh pasien dan pengacara

#### **L. INDIKATOR *MALPRACTICE* – *NEGLIGENCE***

Menurut Ermawati Dalami dkk (2011) dan Nursalam (2011), Di era mendatang, perawat kompeten dituntut untuk bersikap tanggung jawab dan tanggung gugat terhadap intervensi yang dilakukan. Perawat yang melakukan intervensi ke pasien, harus menghindari kesalahan dengan melaksanakan pendekatan proses keperawatan dan melakukan dokumentasi yang tepat dan

tidak ada kesalahan. Sekecil apa pun kesalahan yang dilakukan oleh perawat akan berakibat ke gambaran keperawatan secara menyeluruh dan di minta pertanggung jawaban dan tanggung gugat oleh pasien. Indikator *Malpractice- Negligence* dalam praktek perawat terdiri dari:

1. Pasien menjadi tanggung jawab perawat yang bersangkutan
2. Perawat tidak melakukan perintah yang dilaksanakan
3. Perawat mengakibatkan kecelakaan atau kecacatan ke pasien
4. Kecelakaan atau kecacatan yang diakibatkan oleh intervensi *negligence* perawat yang terdiri dari *negligence commission* (kesalahan dalam melakukan intervensi) atau *omission* (lupa atau lalai).

## REFERENCE

- Ermawati Dalam dkk. (2011). Dokumentasi Keperawatan Dengan Kurikulum Berbasis Kompetensi. Trans Info Media: Jakarta
- Induniasih dan Hendarsih. (2018). Metodologi Keperawatan. Pustaka Baru: Yogyakarta
- Kozier, Erb, Berman dan Snyder. (2011). Buku Ajar Fundamentail Keperawatan: Konsep, Prose & Praktik. EGC: Jakarta
- Marrelli dan Harper. (2008). Buku Saku Dokumentasi Keperawatan. Edisi 3. EGC: Jakarta
- Nursalam. (2011). Proses Dan Dokumentasi Keperawatan: Konsep dan Praktik. Salemba Medika: Jakarta
- Prabowo, Tri. (2018). Dokumentasi Keperawatan. Pustaka Baru: Yogyakarta

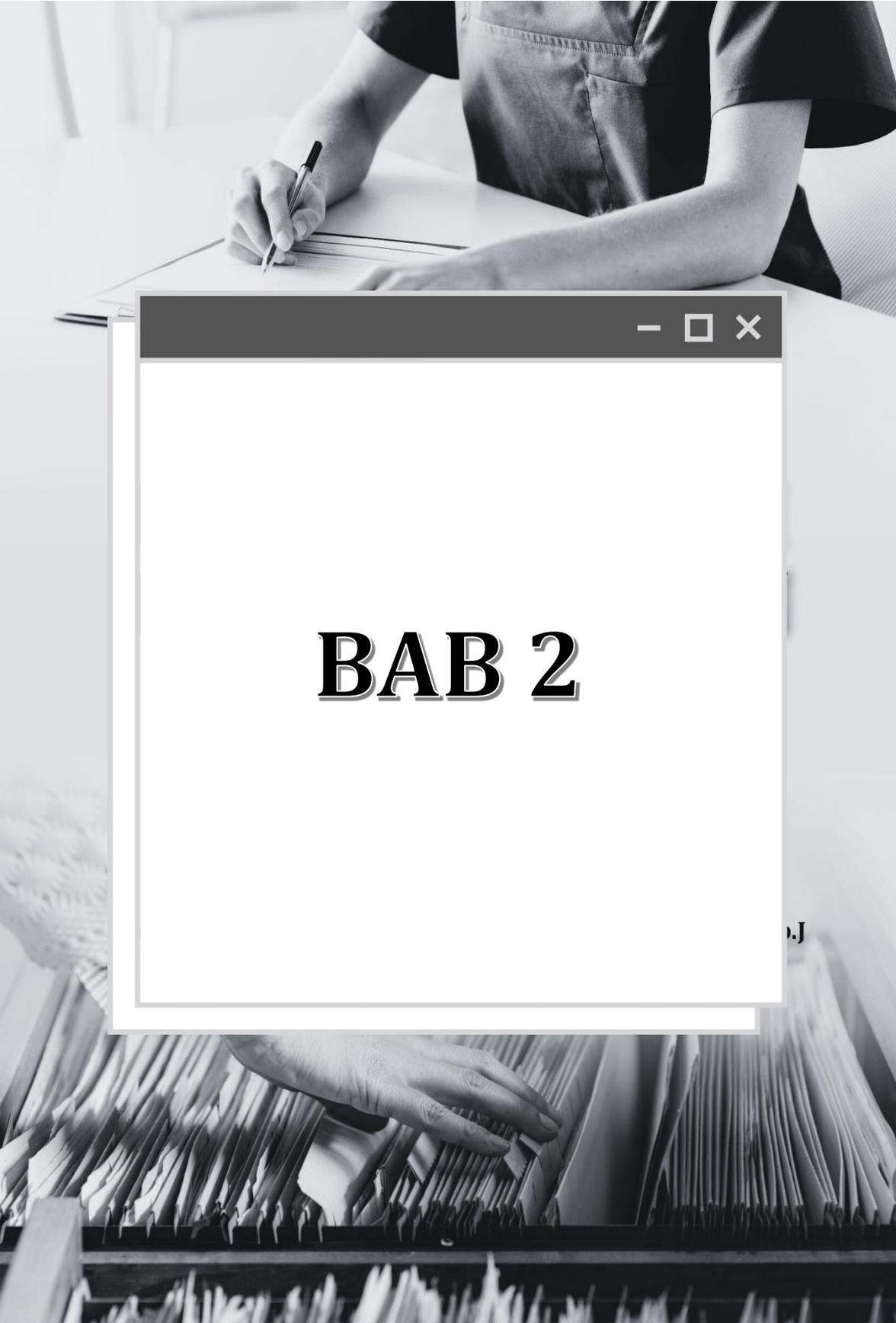
## PROFIL PENULIS

**Ns. Yanti Anggraini, S.Kep., M.Kep.**

Penulis lahir di Jakarta, pada tanggal 06 September 1984, anak pertama dari dua bersaudara. Dibesarkan dalam keluarga Aritonang-Silalahi, Ayah Brant Aritonang dan Ibu Netty Silalahi. Penulis menikah dengan Bapak Andri Wijaya Sinaga dan mempunyai 2 anak perempuan bernama Princessa Asya dan Paula Angelica Nathalia. Menyelesaikan pendidikan TK Tirta Sari tamat tahun 1990, SD Advent Anggrek tamat tahun 1996, SMP Advent Anggrek tamat tahun 1999, SMA Advent 1 Jakarta tamat tahun 2002, S1 Keperawatan Universitas Advent Indonesia, Bandung tamat tahun 2007, Program Profesi Ners Fakultas Keperawatan Universitas Advent Indonesia, Bandung tamat tahun 2009 dan S2 Keperawatan Medikal Bedah STIK Carolus tahun 2015. Pengalaman dibidang pelayanan keperawatan sebagai perawat pelaksana di RS Advent Bandung tahun 2007-2010. Sejak tahun 2016 hingga saat ini sebagai dosen tetap di Program studi DIII Keperawatan Fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia. Aktif melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi serta memiliki karya ilmiah berupa hasil penelitian dan pengabdian kepada masyarakat, book chapter dan buku referensi.



Email penulis: [yanti.anggraini@uki.ac](mailto:yanti.anggraini@uki.ac).



# **BAB 2**

0.J

# **TEHNIK DOKUMENTASI DAN PELAPORAN DALAM TATANAN KLINIK (Titik Suhartini, S.Kep. Ns., M.Kep.)**

STIKES HAFSHAWATY PESANTREN ZAINUL HASAN  
PROBOLINGGO

082139891978 – suhartini.titik78@gmail.com

## **A. DEFINISI DOKUMENTASI**

Dokumentasi proses asuhan keperawatan berguna untuk memperkuat pola pencatatan dan sebagai petunjuk atau pedoman praktik pendokumentasian dalam memberikan tindakan keperawatan. Bila terjadi suatu masalah yang berhubungan dengan profesi keperawatan, dimana perawat sebagai pemberi jasa dan klien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi proses asuhan keperawatan diperlukan, dimana dokumentasi tersebut dapat dipergunakan sebagai barang bukti di pengadilan. (Berman Snyder, Koziar, B. Erb, 2008)

## **B. SISTEM DOKUMENTASI**

Sistem dokumentasi adalah keseluruhan format yang digunakan untuk mencatat data, melaporkan data kondisi klien serta kebijakan dan prosedur yang ditetapkan untuk mencatat data.

Tujuan utama sistem pendokumentasian adalah untuk mendapatkan gambaran secara lengkap dan akurat informasi tentang pasien ke dalam suatu organisasi data yang mudah untuk dibaca.

Kemudahan mendapatkan data bagi seluruh tim kesehatan akan memudahkan kualitas asuhan, penelitian dan untuk keperluan pendidikan.

#### 1. Elemen Sistem Dokumentasi

Elemen utama dalam system pendokumentasian keperawatan adalah mengikuti alur proses keperawatan, sedang elemen lainnya adalah :

##### a. Kecocokan

Metode pencatatan harus konsisten dengan kebutuhan pencatatan diklinik.

##### b. Kemudahan Untuk Didapat

Sistem pencatatan harus tersimpan pada sistem penyimpanan data yang mudah didapat oleh semua tenaga kesehatan.

##### c. Saling Berhubungan

Sistem pencatatan yang baik yaitu harus dicatat dalam form yang secara keseluruhan harus komprehensif menggambarkan status kesehatan klien dan bagaimana upaya tim kesehatan dalam menentukan masalah klien, menentukan intervensi dan mengelola klien.

#### 2. Tipologi Sistem Dokumentasi (a.) Berorientasi pada sumber Fokus pada sumber informasi dan urutan. (b). Berorientasi pada pengecualian.Focus pada kejadian abnormal atau fakta (hasil observasi) yang pengecualian. Formatnya biasanya terpisah. Umumnya digunakan format SOAP (Subjektif, Objektif, Analisa, Planning).

a. Berorientasi pada proses

Focus pada proses. Model pencatatan mengikuti alur proses keperawatan atau pencatatan berorientasi pada masalah.

3. Sistem yang Umum Digunakan dan Formatnya

1) Dokumentasi yang berorientasi pada sumber dan format narasi

Pencatatan bentuk narasi merupakan system pencatatan bentuk tradisional, lebih banyak digunakan dan fleksibel. Sistem pencatatan bentuk narasi sangat tergantung pada cara setiap individu yang mencatat.

2) Dokumentasi yang berorientasi pada masalah

Sistem pendokumentasian yang berorientasi pada masalah merupakan suatu metoda mengorganisir data klien yang strukturnya diidentifikasi sebagai masalah keperawatan atau medical (Berman Snyder, Koziar, B. Erb, 2010)

### C. STANDAR DOKUMENTASI

1. Pentingnya Standar Dokumentasi

Standar diartikan sebagai ukuran atau model terhadap sesuatu yang hampir sama. Model tersebut mencakup kualitas, karakteristik properties, dan performance yang diharapkan dalam suatu tindakan, pelayanan dan seluruh komponen yang terlibat. Perawat memerlukan suatu standar Nilai suatu standar ditentukan oleh adanya pemakaian konstitusi dan evaluasi. Standar keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan kualitas, dokumentasi sebagai petunjuk dan arah terhadap penyimpanan dan teknik pencatatan yang benar. Oleh karena itu standar harus dipahami oleh teman sejawat dan tenaga

kesehatan profesional lainnya, termasuk tim akreditasi. Siapa saja yang membutuhkan catatan keperawatan yang akurat dan informasi yang bermanfaat mempunyai hak terhadap dokumentasi tersebut sesuai dengan standar yang berlaku. Jika standar dapat diobservasi, perawat, pekerja, dan pasien akan dihargai dan dilindungi dari kesalahan (misconduct).

Karakteristik umum bagi semua standar secara menyeluruh

Karakteristik umum terhadap standar keperawatan

- a. Dibentuk oleh penguasa yang sudah diakui.
- b. Didasarkan pada definisi keperawatan dan proses keperawatan yang sudah ditentukan.
- c. Mendefinisikan suatu tingkat kualitas atau pelaksanaan yang sesuai terhadap tujuan yang spesifik.
- d. Diaplikasikan terhadap semua perawatan praktik dalam sistem pelayanan kesehatan.
- e. Menjelaskan keamanan minimum sikap praktek.
- f. Petunjuk tindakan keperawatan
- g. Dinyatakan dengan istilah yang rasional jelas, dan mencakup secara luas.
- h. Dapat dipertahankan dan promosi kesehatan yang optimal.
- i. Dinyatakan dengan istilah yang rasional-jelas, dan mencakup secara luas. Dipublikasikan untuk pertimbangan terhadap hal-hal yang perlu diperhatikan.
- j. Bahasanya bermakna dan dimengerti oleh perawat yang melaksanakan standar tersebut. Dapat diperoleh siapa saja yang memerlukan.

## 2. Standar Individual Profesional Accountability

Standar individual profesional accountability yaitu menggambarkan tanggung jawab perawat dalam pendokumentasian praktik

keperawatan berdasarkan proses keperawatan. Tanggung jawab untuk bekerja yang terbaik dalam praktik keperawatan meliputi kegiatan dokumentasi yang independen dan interpenden.

a. Sepuluh Standar Tindakan Keperawatan (dari ANA, 1973).

Perawat mempunyai tanggung jawab :

- 1) Memberi pelayanan dengan menghargai klien sebagai makhluk hidup.
- 2) Melindungi hak pasien (privacy; rahasia).
- 3) Mempertahankan kompetensi dalam tindakan keperawatan dan mengenal pasien serta menerima tanggung jawab pribadi terhadap tindakannya.
- 4) Melindungi pasien jika tindakan dan keselamatannya diakibatkan oleh orang lain yang tidak kompeten, tidak etik, dan ilegal.
- 5) Menggunakan kemampuan individu sebagai kriteria untuk menerima tanggung jawab dan pelimpahan tugas dalam tindakan keperawatan kepada tenaga kesehatan lainnya.
- 6) Partisipasi dalam kegiatan riset jika hak responden dilindungi.
7. Partisipasi dalam kegiatan profesi keperawatan untuk meningkatkan standar praktik pelayanan keperawatan dan pendidikan.
- 7) Meningkatkan dan mempertahankan kualitas keperawatan tenaga perawat lainnya dengan partisipasi dalam kegiatan profesi.
- 8) Mempromosikan kesehatan dengan bekerja sama terhadap masyarakat dan tenaga kesehatan lainnya.
- 9) Menolak untuk memberikan persetujuan untuk promosi atau menjual produk komersial, pelayanan atau hiburan lainnya.

b. Lingkup Kegiatan Independen

Tanggung jawab perawat yang independen dalam kegiatan dokumentasi, meliputi :

- 1) Menjaga akurasi, terhadap catatan pelayanan keperawatan, bersama dengan data dan hasil memonitor, observasi, dan evaluasi status kesehatan klien, supaya dokumentasi tetap konsisten dengan program dokter dan tindakan keperawatan.
- 2) Mencatat semua tindakan keperawatan yang digunakan untuk
- 3) mengurangi atau mencegah resiko pasien dan mempertahankan keselamatan.
- 4) Mencatat semua tindakan keperawatan pasien. Perawat merespon terhadap situasi klinis dan menentukan rencana tindakan selanjutnya. Respon – respon tersebut termasuk penilaian mengenai pemberian pengobatan, tindakan keperawatan untuk memberi istirahat yang nyaman, rencana untuk pendidikan klien, penentuan tingkat perawatan diri, dan penilaian tentang hasil konsultasi dengan tim kesehatan lainnya.
- 5) Mencatat semua komponen proses keperawatan sesuai dengan waktu pelaksanaannya. Komponen – komponen ini termasuk pengkajian ulang, diagnosa keperawatan, rencana tindakan modifikasi tujuan, dan catatan pengajaran klien.

c. Lingkup Tindakan Interdependen

Kegiatan interdependen merupakan aktivitas keperawatan, yang dilakukan secara tim dengan profesi kesehatan lainnya. Pengetahuan, keterampilan dan fokus praktik keperawatan merupakan aktivitas yang interdependen. Dokumentasi dari segmen keseluruhan rencana medis yang diawali oleh

departemen – departemen lain (seperti farmasi atau bank darah) tetapi dilakukan oleh perawat.

Selama kegiatan interdependen, perawat membuat rencana keperawatan dengan anggota tim kesehatan lain (dokter, farmasi, ahli gizi, fisioterapis). Catatan keperawatan perlu merefleksikan gambaran dimana suatu proses dilaksanakan. Pada tahap ini penting untuk melakukan pendokumentasian alasan – alasan “penghapus” suatu kegiatan.

Kegiatan keperawatan independen memerlukan suatu bukti yang terdokumenter dimana tatanan atau petunjuk medis dihubungkan dengan aktivitas – aktivitas keperawatan yang memerlukan adanya “program medis” khusus untuk pengobatan yang diberikan, penanganan, prosedur, tes/pemeriksaan lain, masuk rumah sakit, rujukan, ataupun pemulangan klien.

Kegiatan – kegiatan dokumentasi interdependen : Contoh – contoh program medis atau rekomendasi tim kesehatan lainnya, perawat harus mendokumentasikan didalamnya meliputi : tanda – tanda vital, penghisapan sekret, perawatan tracheostomy, pengaturan posisi, informasi dari rekaman cardia, pacemaker, dukungan, pemberian enema, pengobatan iritasi atau aktivitas interdependen lainnya. Pembuatan rencana keperawatan menggabungkan suatu gambaran aktivitas atau prosedur yang melengkapi/tidak respon klien. Dokumentasi pasien masuk dan rencana pemulangan dilakukan sesuai dengan program dokter.

d. Standar Tanggung Jawab Profesi Keperawatan

Penentuan suatu standar dan petunjuk pelaksanaan dan standar dokumentasi keperawatan merupakan fungsi suatu organisasi keperawatan. Suatu profesi, jika telah menentukan suatu standar,

menandakan adanya suatu komitmen terhadap penerapan tindakan yang konsisten dalam “ problem solving “ proses.

Tanggung jawab profesi keperawatan dalam pendokumentasian keperawatan, meliputi :

- 1) Menggunakan standar untuk mencatat dan penyimpanan
  - 2) Memberi masukan sebagai suatu “code”
  - 3) Menggunakan kebijaksanaan tenaga keperawatan untuk pencatatan.
  - 4) Melaksanakan kegiatan yang berhubungan dengan praktik keperawatan dan multi disiplin profesi keperawatan.
  - 5) Memprioritaskan masalah dan kebutuhan klien.
  - 6) Memenuhi permintaan kelompok; tim akreditasi dan pemakai/masyarakat.
- e. Standar Disusun Oleh Pelayanan Kesehatan

Standar dokumentasi pada bagian depan adalah penyimpulan pencatatan berdasarkan institusi pelayanan kesehatan. Standar tersebut meliputi kebijaksanaan, prosedur dan pelaksanaan standar serta kriteria kualifikasi pernyataan tulisan. Isi kebijaksanaan dan prosedur meliputi pedoman umum dan khusus yang diharapkan dalam dokumentasi. Harapan tersebut mencakup :

- 1) Isi setiap data masuk, meliputi tanggal, waktu, aspek legal, judul dan identifikasi individu/perawat.
- 2) Penggunaan singkatan dan simbol yang disepakati. 3. Prosedur koreksi jika ada kesalahan.
- 3) Orang yang berwenang untuk memasukan data pada pencatatan klien.
- 4) Prosedur untuk koreksi dokumentasi. 6. Prosedur untuk pencatatan perintah verbal 7. Tanggal pencatatan

5) Akses terhadap pencatatan klien 9. Penggunaan formulir standar

6) Prosedur untuk pencatatan tindakan pengobatan.

Data pasien yang mengalami perubahan berdasarkan adanya respon pasien terhadap tindakan keperawatan merupakan acuan perawat dalam melakukan revisi atau modifikasi rencana asuhan keperawatan.

a. Format fokus/DAR

Semua masalah pasien diidentifikasi dalam catatan keperawatan dan terlihat pada rencana keperawatan. Kolom focus dapat berisi masalah pasien (data), tindakan (action) dan respon (R)

b. Format DAE

Merupakan system dokumentasi dengan konstruksi data tindakan dan evaluasi dimana setiap diagnose keperawatan diidentifikasi dalam catatan perawatan, terkait pada rencana keperawatan atau setiap daftar masalah dari setiap catatan perawat dengan suatu diagnose keperawatan.

c. Catatan perkembangan ringkas

Dalam menuliskan catatan perkembangan diperlukan beberapa hal yang perlu diperhatikan antara lain :

- Adanya perubahan kondisi pasien
- Berkembangnya masalah baru
- Pemecahan masalah lama
- Respon pasien terhadap tindakan
- Kesiapan pasien terhadap Tindakan
- Kesiapan pasien untuk belajar
- Perubahan rencana keperawatan
- Adanya abnormalitas atau kejadian yang tidak diharapkan

Petunjuk membuat catatan perkembangan :

- Memulai catatan dengan melihat diagnose keperawatan
- Masukkan seluruh pengkajian (objektif dan subjektif)
- Dokumentasikan masalah baru dan masalah sudah teratasi
- Identifikasi tindakan yang diberikan berdasarkan perencanaan.
- Catat hasil dari implementasi berdasarkan tujuan dan hasil yang diharapkan.
- Catatan perkembangan yang dibuat dapat menggunakan bentuk lembar alur (flow sheet) dan daftar check list dalam pelaksanaannya ada beberapa keuntungan dan kerugian. Agar lembar alur dan daftar chek list sesuai dengan standar maka harus memenuhi syarat sebagai berikut :
  - 1) Perhatikan dan ikuti petunjuk
  - 2) Lengkapi format dengan menggunakan kunci
  - 3) Gunakan tanda cek ( $\checkmark$ ) atau (x) atau tanda (o) pada waktu mengidentifikasi bahwa parameter tidak diobservasi/diintervensi
  - 4) Jangan tinggalkan lembar format dalam keadaan kosong. Tulis (o) untuk mengidentifikasi bahwa parameter tidak diperlukan
  - 5) Tambahkan uraian secara detail jika diperlukan
  - 6) Pertahankan agar letak lembar alur tetap pada tempatnya
  - 7) Beri tanda tangan dan nama jelas 8. Dokumentasikan waktu dan tanggal

Lembar alur dapat digunakan untuk mendokumentasikan:

- 1) Aktifitas sehari-hari
- 2) Tanda-tanda vital
- 3) Keseimbangan cairan
- 4) Pengkajian kulit

- 5) Gangguan system tubuh
- 6) Pemantauan prosedur keperawatan
- 7) Pemberian obat-obatan

#### **D. TEKNIK PENDOKUMENTASIAN**

##### **1. Bentuk naratif**

Merupakan pencatatan tradisional dan dapat bertahan paling lama serta merupakan sistem pencatatan yang fleksibel. Karena suatu catatan naratif dibentuk oleh sumber asal dari dokumentasi maka sering dirujuk sebagai dokumentasi berorientasi pada sumber. Sumber atau asal dokumentasi dapat di peroleh dari siapa saja, atau dari petugas kesehatan yang bertanggung jawab untuk memberikan informasi. Setiap narasumber memberikan, hasil observasinya, menggambarkan aktifitas dan evaluasinya yang unik. Cara penulisan ini mengikuti dengan ketat urutan kejadian/kronologisnya. Biasanya kebijakan institusi menggariskan siapa yang mencatat/melaporkan apa, bagaimana sesuatu akan dicatat dan harus dicatat dimana. Berhubung sifat terbukanya catatan naratif (orientasi pada sumber data) sehingga dapat digunakan pada setiap kondisi klinis. Tidak adanya struktur yang harus diakui memungkinkan perawat mendokumentasikan hasil observasinya yang relevan dan kejadian secara kronologis.

##### **2. Flowsheet (bentuk grafik)**

Memungkinkan perawat untuk mencatat hasil observasi atau pengukuran yang dilakukan secara berulang yang tidak perlu ditulis secara naratif, termasuk data klinik klien tentang tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, pernafasan, suhu), berat badan, jumlah

masuk dan keluaran cairan dalam 24 jam dan pemberian obat. Flow sheet yang selain untuk mencatat vital sign biasanya juga dipakai untuk catatan keseimbangan cairan dalam 24 jam, catatan pengobatan catatan harian tentang asuhan keperawatan. Flow sheet merupakan cara tercepat dan paling efisien untuk mencatat informasi. Selain itu tenaga kesehatan akan dengan mudah mengetahui keadaan klien hanya dengan melihat grafik yang terdapat pada flow sheet. Oleh karena itu flow sheet lebih sering digunakan di unit gawat darurat, terutama data fisiologis.

### 3. Checklist

Suatu format pengkajian yang sudah dibuat dengan pertimbangan-pertimbangan dari standar dokumentasi keperawatan sehingga memudahkan perawat untuk mengisi dokumentasi keperawatan, karena hanya tinggal mengisi item yang sesuai dengan keadaan pasien dengan mencentang. Jika harus mengisi angka itupun sangat ringkas misal pada data vital sign.

## **E. PELAPORAN**

### 1. Tujuan Pelaporan

Tujuan pelaporan adalah menyampaikan informasi spesifik pada seseorang ataupun kelompok orang. Selain laporan pergantian sip dan laporan telepon, pelaporan juga dapat mencakup pencapaian informasi atau ide dengan rekan sejawat dan profesional kesehatan lain tentang beberapa aspek perawatan klien. Contohnya meliputi konferensi rencana perawat dan ronde keperawatan`

### 2. Macam-Macam Laporan

#### a. Laporan Pergantian Shif

Laporan pergantian sip adalah laporan yang diberikan kepada semua perawat pada sip berikutnya. Tujuannya adalah

memberikan kontinuitas asuhan kepada klien dengan memberikan pemberi asuhan yang baru ringkasan cepat tentang kebutuhan klien dan detail keperawatan yang akan diberikan.

Laporan pergantian sip dapat berupa tulisan atau diberikan melalui lisan, baik melalui pertukaran langsung atau pencatatan audio tape. Laporan langsung memungkinkan pendengar untuk mengajukan pertanyaan selama pelaporan, laporan tertulis dan laporan tape rekorder sering kali lebih singkat dan tidak memakan waktu.

b. Laporan Lewat Telepon

Profesional kesehatan sering kali melaporkan tentang klien melalui telepon. Perawat menginformasikan dokter tentang perubahan kondisi klien; ahli radiologi melaporkan hasil pemeriksaan sinar-x; perawat mungkin melaporkan kepada perawat di unit lain tentang klien yang dipindahkan.

Perawat yang menerima laporan telepon harus mendokumentasikan tanggal dan waktu, nama orang yang diberikan informasi, dan subjek informasi yang diterima, serta menandatangani notasi.

Laporan telepon biasanya mencakup nama klien dan diagnosis medis, perubahan dalam pengkajian keperawatan, tanda-tanda vital yang berhubungan dengan tanda-tanda vital dasar, data laboratorium yang signifikan, dan intervensi keperawatan yang berhubungan. Perawat harus menyiapkan catatan klien untuk memberikan informasi lebih lanjut kepada dokter.

Setelah pelaporan, perawat harus mendokumentasikan tanggal, waktu, dan isi berita.

c. Instruksi Lewat Telepon

Dokter sering kali memprogramkan suatu terapi (mis., obat) untuk klien melalui telepon. Kebanyakan instansi memiliki kebijakan khusus tentang instruksi lewat telepon. Banyak instansi hanya mengizinkan perawat terdaftar untuk menerima instruksi lewat telepon. Ketika dokter memberikan instruksi :

- 1) Tulis dan ulangi kembali instruksi tersebut kepada dokter untuk memastikan akurasi
- 2) Tanyakan kepada dokter setiap instruksi yang ambigu, tidak lazim(mis., obat dosis sangat tinggi), atau kontraindikasi dengan kondisi klien.
- 3) Tuliskan instruksi pada lembar instruksi dokter, yang menunjukkan instruksi sebagai instruksi verbal(VO) atau instruksi telepon(TO).
- 4) Setelah instruksi dituliskan pada lembar instruksi dokter, instruksi harus ditanda tangani oleh dokter dalam periode waktu yang diatur oleh kebijakan instansi.

d. Konferensi Rencana Asuhan

Konferensi rencana asuhan adalah pertemuan sekelompok perawat untuk mendiskusikan kemungkinan solusi terhadap masalah tertentu seorang klien, misalnya, ketidakmampuan untuk mengatasi peristiwa atau kemajuan kurang untuk pencapaian tujuan. Konferensi rencana asuhan paling efektif ketika terbangun suasana yang saling menghargai yakni, penerimaan tanpa menghakimi terhadap orang lain walaupun nilai, opini, mereka mungkin tampak berbeda. Perawat harus menerima dan menghormati setiap kontribusi individu, mendengarkan dengan pikiran terbuka tentang apa yang orang lain katakan walaupun tidak sepakat. (Ermawati Dalami , 2011).

## REFERENCE

- a. Agustinus, A. (2015). Hubungan Motivasi Perawat Dengan Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Elisabeth Rumah Sakit Panti Rapih Yogyakarta Maret 2015 (Doctoral Dissertation, Stikes Bethesda Yakkum Yogyakarta).
- b. Clara, N. (2016). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Islam Ibnu Sina Padang Tahun 2016 (Doctoral Dissertation, Universitas Andalas).
- c. Kurniawan, D. (2019). Analisa Penerapan Buku Saku Dalam Meningkatkan Mutu Pelayanan Dan Dokumentasi Keperawatan Di Balai Kesehatan Paru Masyarakat Purwokerto (Doctoral Dissertation, Universitas Muhammadiyah Purwokerto).
- d. Marza, R. (2014). Dokumentasi Asuhan Keperawatan Pada Pelaksanaan Range Of Motion Pasien Stroke Di Ruang Rawat Inap Saraf Blud Rumah Sakit Umum Dr. Zainoel Abidinrn Banda Aceh Tahun 2013. Etd Unsyiah.
- e. Nuryani, N., & Susanti, D. D. (2014). Hubungan Pengetahuan Perawat Dengan Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Rsud Dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (Jmiki)*, 2(2).
- f. Pakudek, K. H., Robot, F., & Hamel, R. (2014). Hubungan Motivasi Perawat Dengan Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap C Rsup Prof. Dr. Rd Kandou Manado. *Jurnal Keperawatan*, 2(2).
- g. Puspitasari, S. (2013). Faktor-Faktor Dalam Pelaksanaan Dokumentasi Keperawatan Di RSUD Majalaya.
- h. Potter, A., & Perry, A. (2017). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik (4th ed.)*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- i. Simamora, R. H., Purba, J. M., Bukit, E. K., & Nurbaiti, N. (2019). Penguatan Peran Perawat Dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Melalui Pelatihan Layanan Prima. *JPPM (Jurnal Pengabdian Dan Pemberdayaan Masyarakat)*, 3(1), 25-31.

- j. Simamora, R. (2009). Dokumentasi Proses Keperawatan.
- k. Syahida, A., & Rahayu, D. (2019). Faktor Yang Berhubungan dengan Kepatuhan Perawat dalam Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Mata Uroe BLUD RSUD Langsa. *Jurnal EDUKES (Jurnal Penelitian Edukasi Kesehatan)*, 50-59.

## PROFIL PENULIS

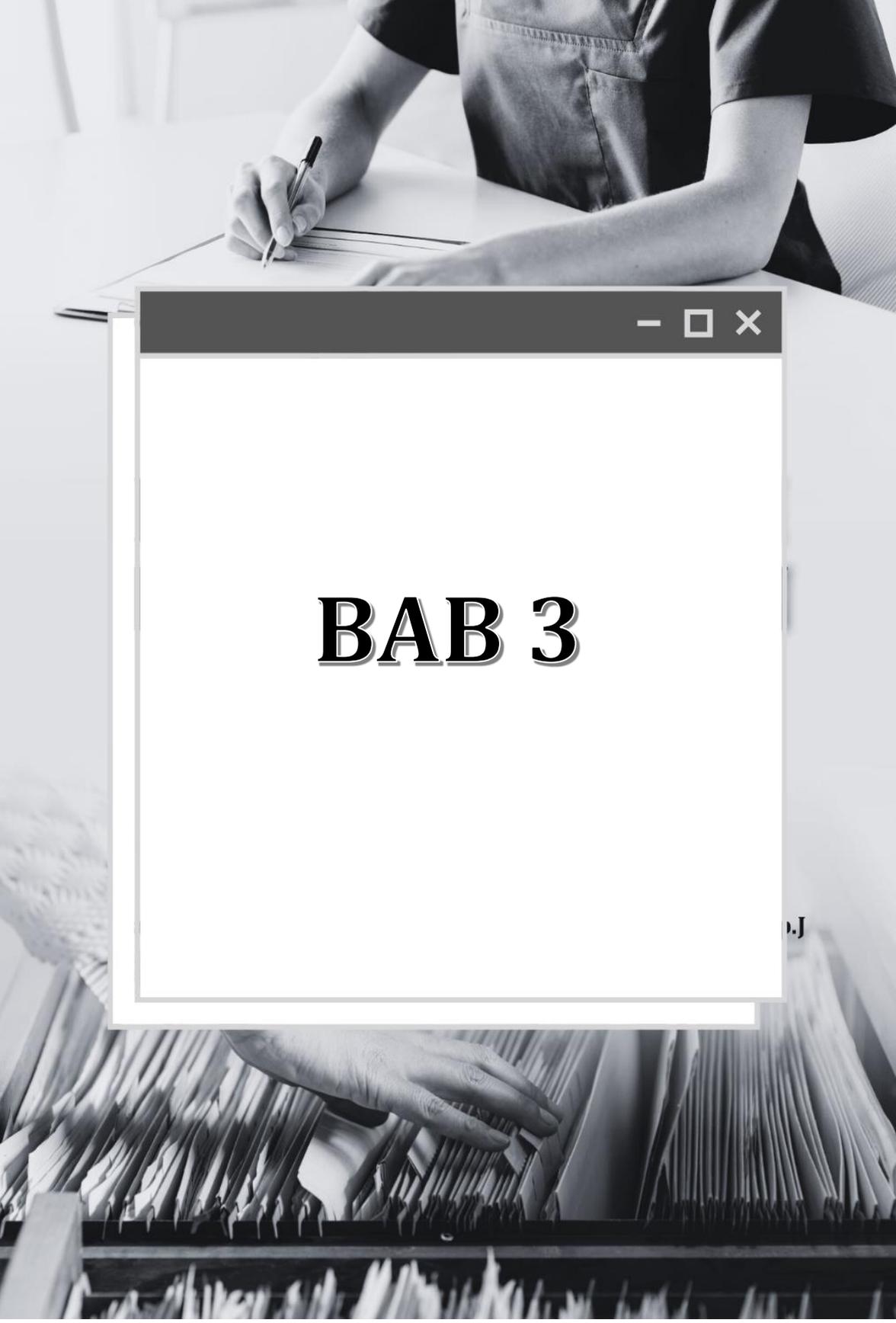
**Titik Suhartini, S.Kep., Ns., M.Kep .**

Penulis lahir di Probolinggo, 30 April 1978. Penulis menyelesaikan pendidikan Program Diploma Tiga Keperawatan di AKPER Pemkab Banyuwangi Angkatan Tahun 1996, menempuh Pendidikan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Brawijaya Malang Angkatan Tahun 2000, menempuh Program Magister Keperawatan di Universitas Indonesia Angkatan Tahun 2007.



Saat ini penulis bekerja sebagai dosen tetap pada Prodi D3 Keperawatan STIKes Hafshawaty Pesantren Zainul Hasan Probolinggo. Bidang kompetensi kekhususan penulis adalah manajemen keperawatan. Tri Darma Perguruan Tinggi yang meliputi Pengajaran dan Pendidikan, Penelitian Dosen dan Pengabdian Kepada Masyarakat berbasis pada bidang keilmuan Manajemen Keperawatan. Termasuk di dalamnya publikasi buku ajar juga berbasis pada ilmu manajemen keperawatan. Penulis juga aktif dalam publikasi ilmiah, baik nasional maupun internasional. Aktif dalam kegiatan organisasi profesi (PPNI) dan organisasi peminatan yaitu tergabung sebagai pengurus Himpunan Perawat Manajer Indonesia (HPMI) Jawa Timur sebagai Koordinator Pendidikan dan Pelatihan.

Email penulis : [suhartini.titik78@gmail.com](mailto:suhartini.titik78@gmail.com)



# BAB 3

0.J

# **SISTEM INFORMASI KESEHATAN**

## **(Nurul Hikmatul Qowi, S.Kep., Ns., M.Kep. )**

Universitas Muhammadiyah Lamongan; Jalan Raya Plalangan

Plosowahyu KM 03, Lamongan,

62218; (0322) 323457

Email: nurul\_hikmatul\_qowi@umla.ac.id

### **A. KONSEP SISTEM INFORMASI KESEHATAN**

#### **1. Definisi**

Sistem Informasi Kesehatan (SIK) adalah suatu sistem yang menyediakan dukungan informasi bagi proses pengambilan keputusan di setiap jenjang administrasi kesehatan, baik di tingkat unit pelaksana upaya kesehatan, di tingkat kabupaten/kota, di tingkat provinsi, maupun di tingkat pusat (Kemenkes, 2011). Definisi lain dari SIK yaitu suatu sistem yang tersusun atas data, informasi, parameter, langkah-langkah, perangkat, teknologi dan sumber daya manusia yang saling berhubungan dan dikendalikan secara sistematis sebagai bahan pertimbangan dalam mengambil keputusan yang bermanfaat dalam mendukung pembangunan Kesehatan (Ardhani et al., 2022).

Sistem Informasi Kesehatan (SIK) merupakan salah satu komponen utama dalam sistem kesehatan yang mana sekarang mulai diimplementasikan pada fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan yang ada di Indonesia (Chotimah, 2022). Adapun komponen utama tersebut antara lain:

- 1) *Service Delivery* / Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan
- 2) *Medical products, vaccines, and technologies* / Produk Medis, Vaksin, dan Teknologi Kesehatan
- 3) *Health Workforce* / Tenaga Medis
- 4) *Health System Financing* / Sistem Pembiayaan Kesehatan
- 5) *Health Information System* / Sistem Informasi Kesehatan
- 6) *Leadership and Governance* / Kepemimpinan dan Pemerintahan (Kemenkes, 2011).

SIK yang baik adalah sistem informasi yang mampu menghasilkan data/informasi yang akurat dan tepat waktu (Kemenkes, 2011). Hal-hal yang memengaruhi SIK yang baik yaitu menyediakan sumber-daya yang memadai, memperoleh dukungan/komitmen pimpinan dalam pengembangan, pemanfaatan data/informasi yang dihasilkan

## **2. Dasar Hukum**

Implementasi Sistem informasi kesehatan di Indonesia memiliki beberapa dasar hukum, antara lain

- 1) UUD 1945 Pasal 28; Setiap orang berhak untuk berkomunikasi dan memperoleh informasi untuk mengembangkan pribadi dan lingkungan sosialnya, serta berhak untuk mencari, memperoleh, memiliki, menyimpan, mengolah dan menyampaikan informasi dengan menggunakan segala jenis saluran yang tersedia.
- 2) Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.
- 3) Peraturan Pemerintah RI Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan.
- 4) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1144/ Menkes/ Per/ VII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan mengamanatkan pusat data dan informasi

(PUSDATIN) sebagai pelaksana tugas kementerian kesehatan di bidang data dan informasi kesehatan.

- 5) Kepmenkes RI Nomor 511 tahun 2003 tentang Kebijakan Strategi Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS).
- 6) Kepmenkes RI Nomor 932/Menkes/SK/VIII/2002 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pengembangan Sistem Laporan Informasi Kesehatan Kabupaten/ Kota.
- 7) Kepmenkes RI Nomor 004/Menkes/SK/I/2003 tentang Kebijakan dan Strategi Desentralisasi Bidang Kesehatan.
- 8) Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 43 tahun 2019 tentang Pusat Kesehatan Masyarakat.
- 9) Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 837 tahun 2007 tentang Pengembangan Jaringan Komputer (SIKNAS) Online Sistem Informasi Kesehatan Nasional (Ardhani et al., 2022).

### **3. Tujuan Sistem Informasi Kesehatan**

Sistem Informasi Kesehatan (SIK) bertujuan untuk mengembangkan Sistem Informasi Kesehatan yang komprehensif berhasil guna dan berdaya guna dalam mendukung pembangunan kesehatan mencapai masyarakat sehat yang mandiri dan berkeadilan (Kasman, 2018). Sistem Informasi Kesehatan merupakan unsur dan langkah yang terpola bertujuan untuk memproduksi informasi dalam pengambilan keputusan yang berkaitan dengan tata laksana pelayanan kesehatan pada tahap sistem Kesehatan (Kemenkes, 2011).

### **4. Faktor-faktor yang mempengaruhi implementasi Sistem Informasi Kesehatan (SIK)**

Teknologi informasi dianggap sebagai solusi terbaik bagi organisasi layanan kesehatan untuk mengelola dan meningkatkan layanan. Namun, implementasi dan evaluasi sistem informasi

kesehatan terganggu karena beberapa penyebab:

- 1) Kurangnya kualitas dan kuantitas sumber daya manusia
- 2) Kurangnya pemahaman sumber daya manusia tentang sistem informasi kesehatan
- 3) Kurangnya sarana dan prasarana yang memfasilitasi
- 4) Gangguan dari sisi sistem maupun jaringan sehingga membutuhkan perbaikan atau *update*, baik dalam skala kecil maupun skala besar.
- 5) Dukungan dari banyak pihak yang berkepentingan di bidang kesehatan memang sangat diperlukan, karena pengimplementasian SIK di fasilitas pelayanan kesehatan memerlukan kebijakan, SOP, hingga perlindungan hukum tentang keamanan dan jaminan kerahasiaan data kesehatan yang dikelola (Chotimah, 2022).

Keberhasilan implementasi sistem informasi kesehatan sangat kompleks dan bergantung pada organisasi, struktural, teknologi, dan faktor manusia. Evaluasi reflektif, multidimensi, serta umpan balik yang berkelanjutan perlu dilakukan layanan kesehatan untuk memastikan keberhasilan dari implementasi sistem informasi kesehatan (Sligo et al., 2017).

## **5. Manfaat Penerapan Sistem Informasi Kesehatan**

Sistem informasi memiliki potensi besar untuk mengurangi biaya perawatan kesehatan dan meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan. Manfaat yang dapat dirasakan setelah penerapan teknologi informasi kesehatan antara lain:

- 1) Dukungan pengambilan keputusan klinis
- 2) Pengembangan penyedia layanan yang terkomputerisasi
- 3) Peningkat perawatan pasien
- 4) Aplikasi e-Resep

- 5) Mempermudah akses pasien ke catatan elektronik, Pertukaran informasi kesehatan
- 6) Hasil tes laboratorium klinis
- 7) Mempermudah dalam memasukkan daftar obat
- 8) Pendaftaran imunisasi elektronik (Jones et al., 2014).

## **5. Tantangan Sistem Informasi Kesehatan**

Sistem Informasi Kesehatan (SIK) terus berkembang selaras dengan perkembangan organisasi. Dengan adanya perubahan sistem kesehatan mengakibatkan terjadinya perubahan pada SIK, namun sayangnya perubahan sistem kesehatan di lapangan tidak secepat dengan yang diperkirakan oleh para pengambil keputusan. Hal ini tampak nyata ketika sistem kesehatan berubah dari sentralisasi ke desentralisasi, SIK tidak berfungsi sebagaimana layaknya. SIK yang selama ini telah dikembangkan, (meskipun masih terfragmentasi) secara Nasional tidak berfungsi, alur laporan dari pelayanan kesehatan ke jenjang administrasi kabupaten/kota hingga ke pusat banyak yang terhambat (Kemenkes, 2011).

## **B. PENGEMBANGAN SISTEM INFORMASI KESEHATAN**

### **1. SIMRS**

#### 1) Definisi

Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) berfungsi sebagai sarana penunjang operasional layanan medis yang terdiri dari instalasi-instalasi sebagai *front office* yang langsung melayani para pelanggan (pasien) rumah sakit baik administrasi, catatan medik, dan farmasi (Daerina et al., 2018). Sistem informasi rumah sakit berupa sistem yang terintegrasi mulai pengumpulan data, pengolahan data, penyajian informasi, analisa dan penyimpulan

informasi serta penyampaian informasi yang dibutuhkan untuk kegiatan rumah sakit (Pujihastuti, 2021).

Proses implementasi suatu sistem dalam perjalanannya diperlukan evaluasi, demikian halnya dengan evaluasi implementasi Sistem Informasi Rumah Sakit sangat penting untuk meningkatkan kinerja sistem melalui identifikasi kekurangan dan kelebihan sistem tersebut. Implementasi SIMRS dikelompokkan menjadi 5 komponen dasar, yaitu *hardware, software, data, procedure, dan people* (Igianny, 2019).

## 2) Tujuan

Implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) memiliki bertujuan untuk

- a. Tercapainya efektivitas alur klinis
- b. Efisiensi penggunaan dan keamanan teknologi
- c. Pengendalian biaya operasional yang lebih baik
- d. Peningkatan pelayanan kesehatan bagi pasien
- e. Peningkatan efisiensi melalui sistem terintegrasi
- f. Meminimalisir kompleksitas fragmentasi pelayanan kesehatan sehingga tercapai efisiensi perawatan kesehatan pasien (Fadilla & Setyonugroho, 2021)

## 3) Manfaat

Beberapa manfaat dari implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit antara lain:

- a. Meningkatkan akses informasi
- b. Meningkatkan produktivitas tenaga profesional pelayanan kesehatan
- c. Meningkatkan efisiensi dan akurasi kode serta data penagihan keuangan pasien
- d. Meningkatkan kualitas layanan kesehatan

- e. Meningkatkan manajemen klinis dalam hal diagnosis dan perawatan pasien
- f. Mengurangi biaya kebutuhan kertas untuk rekam medis
- g. Meminimalisir kesalahan medis
- h. Meningkatkan keselamatan pasien
- i. Memperbaiki hasil perawatan pasien
- j. Meningkatkan kepuasan pasien (Fadilla & Setyonugroho, 2021)

#### 4) Penghambat

Implementasi SIMRS tidak selamanya berjalan lancar. Beberapa hal diidentifikasi dapat menghambat palaksanaannya. Faktor tersebut antara lain:

- a. Manajemen dan kelengkapan standar prosedur operasional
  - a) Tim SIMRS di Struktur Organisasi belum berkoordinasi
  - b) Belum lengkapnya standar prosedur operasional/SPO SIMRS,
  - c) Tugas pokok dan fungsi (TUPOKSI) organisasi SIMRS belum jelas,
  - d) Belum ada supervisi SIMRS dari manajemen
  - e) Manajemen tidak mendorong personel untuk menggunakan SIRS
  - f) Evaluasi tidak dilakukan terhadap pengoperasian SIRS
- b. Kognisi dan kapabilitas SDM
  - a) Belum ada kepedulian pemakai
  - b) Belum ada kedisiplinan entry data
  - c) Kompetensi user belum seragam
  - d) Kurangnya pelatihan SIMRS dan petugas khusus
- c. Sistem dan teknologi.

- a) Server sering panas, LAN sering macet
- b) Hardware kurang di beberapa ruangan
- c) Belum lengkap sarana SIM di tiap unit
- d) Koneksi sering terganggu (Kristanti & Ain, 2021)

## 2. *Telemedicine*

### 1) Definisi

*Telemedicine* merupakan pemberian layanan kesehatan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional menggunakan teknologi informasi dan komunikasi untuk pertukaran informasi yang valid untuk diagnosis, pengobatan, pencegahan penyakit dan mempertahankan kesehatan individu dan komunitas, serta konsultasi kesehatan. Konsultasi kesehatan ini dilakukan menggunakan teknologi *e-learning* dengan sesama tenaga kesehatan, maupun dengan pasien, atau dengan para ahli (telekonseling) (Combi, Carlo; Pozzani, Gabriele; Pozzi, 2020). *Telemedicine* (TM) sangat potensial dalam memberikan pelayanan suportif untuk pasien sakit ringan untuk mendapatkan perawatan suportif yang mereka butuhkan untuk meminimalkan paparan mereka terhadap pasien sakit akut lainnya (Portnoy et al., 2020).

Negara-negara berkembang membutuhkan aplikasi *telemedicine* yang membantu dalam banyak situasi, terutama pada kondisi dimana ketersediaan dokter sangat terbatas dibandingkan dengan populasi masyarakat yang luas. *Telemedicine* terbukti memberikan perawatan paliatif untuk orang yang paling rentan, perawatan pasien dengan penyakit serius yang membutuhkan tenaga profesional untuk mengatasinya dengan batasan jarak sosial, seperti adanya Covid 19 (Calton et al., 2020)

### 2) Hambatan organisasi dalam implementasi *telemedicine*

*Telemedicine* sangat menjanjikan untuk meningkatkan akses

dan efisiensi, kemudahan pelayanan, namun terdapat beberapa hambatan dalam implementasinya.

- a. Hambatan yang dihadapi organisasi yaitu biaya, *reimburse*, adanya tanggung jawab hukum, kerahasiaan privasi pasien, keamanan data, efektivitas, peralatan yang dimiliki sudah usang, efisiensi, alur kerja, pengaturan pelayanan *telemedicine* untuk daerah pedesaan, status keuntungan, serta model implementasi yang akan digunakan.
- b. Hambatan yang mungkin akan dihadapi pasien dalam implementasi *telemedicine* yaitu usia pasien yang tidak muda, dibutuhkan masyarakat yang dapat mengikuti perkembangan teknologi komputer, *bandwith*, ketidaksadaran dari masyarakat akan pelayanan kesehatan online, harapan yang tinggi dari pengguna, masyarakat yang tidak memiliki telepon, status sosial ekonomi pasien, jenis kelamin, serta preferensi untuk pribadi.
- c. Hambatan dari pengembang aplikasi atau programmer antara lain staf yang enggan untuk melakukan perubahan, hambatan terkait lisensi aplikasi, desain yang kurang bagus, serta hambatan bahasa (Scott Kruse et al., 2018)

### 3) Tantangan *telemedicine*

- a. Tingginya biaya sistem *telemedicine*, terutama untuk daerah pedesaan
- b. Penolakan terhadap perubahan dan penerimaan pada *telemedicine* yang lambat
- c. Tidak tersedianya infrastruktur TIK yang diperlukan untuk *telemedicine* (misalnya, koneksi internet, bandwidth untuk telekomunikasi berkecepatan tinggi)

- d. Kurangnya standar layanan *telemedicine*
- e. Badan pengatur
- f. Belum tersedianya akreditasi penyedia layanan *telemedicine*
- g. Tenaga kesehatan yang terstandar sebagai penyedia layanan
- h. Model bisnis *telemedicine* yang cocok digunakan di wilayah tertentu
- i. Reimbursement terkait asuransi yang dapat di klaim masyarakat yang menggunakan *telemedicine* (Combi, Carlo; Pozzani, Gabriele; Pozzi, 2020)

Tantangan-tantangan ini selayaknya menjadi motivasi yang besar untuk pembentukan pelayanan kesehatan berbasis *telemedicine*. Individu dengan jaringan sosial yang buruk, literasi teknologi yang buruk, dan yang tidak memiliki akses ke teknologi harus dapat mengakses *telemedicine*. Melakukan kerjasama dengan perusahaan teknologi yang dapat membuat perangkat *telemedicine* plug-and-play dengan biaya rendah. Penggantian sistem telepon bagi pasien yang tidak memungkinkan penggunaan sistem video. Evaluasi proses dan hasil secara terprogram harus dilakukan untuk perbaikan terus menerus pada pelayanan *telemedicine* (Calton et al., 2020). Selain itu, upaya meyakinkan masyarakat akan pentingnya menggunakan *telemedicine* dan penjelasan tahap demi tahap proses penggunaannya menjadi poin utama kesadaran masyarakat (Portnoy et al., 2020).

### **3. Rekam Medik Elektronik**

#### **1) Definisi**

Rekam medis merupakan informasi kesehatan pribadi pasien yang merupakan bukti tertulis pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh dokter, tenaga medis dan pihak penyedia layanan kesehatan. Rekam medis dijadikan bukti tertib administrasi yang

dapat dipertanggungjawabkan. Rekam medis hanya dapat diakses/dilihat oleh dokter dan pihak yang memiliki otorisasi (Putri et al., 2020)

Rekam Medis Elektronik (RME) merupakan salah satu terobosan dari pemanfaatan teknologi informasi dalam bidang kesehatan bertujuan untuk mempermudah pelayanan Kesehatan (Ningtyas & Lubis, 2018). Rekam medis elektronik mencakup berbagai disiplin ilmu, tidak hanya melibatkan informatika medis, ilmu informasi dan ilmu perpustakaan, ilmu dan layanan perawatan kesehatan, ilmu komputer, dan disiplin ilmu lainnya, tetapi juga disiplin ilmu kedokteran, farmasi, dan disiplin ilmu yang berhubungan dengan biologi. Disiplin ilmu ekonomi, manajemen, hukum, pendidikan, psikologi, dan disiplin sosial lainnya juga relevan (Qian et al., 2021).

Proses pengembangan RME yang sedang gencar dilakukan di bidang kesehatan baik pemerintah ataupun swasta. Pengembangan RME tidak hanya mementingkan migrasi data dari kertas menjadi digital untuk mempermudah pekerjaan dari perekam medis, mempertimbangkan bagaimana data dapat disajikan secara tepat secara real time saja, tetapi keamanan data dari pasien harus juga diperhatikan (Ningtyas & Lubis, 2018).

## 2) Faktor yang mempengaruhi implementasi rekam medis elektronik

Faktor sukses implementasi rekam medis elektronik diantaranya

- a. Strategi pembiayaan dan akuisisi
- b. Alur kerja dan pemetaan proses
- c. Strategi fungsional
- d. Strategi data

- e. Strategi teknis
- f. Strategi pemilihan vendor
- g. Strategi implementasi, serta realisasi manfaat.

Implementasi rekam medis elektronik tentunya akan mengalami banyak kendala. Optimalisasi kemampuan sumberdaya yang ada di organisasi ini dapat meminimalisir hambatan dan keterbatasan yang ada (Tioentang, 2020)

### 3) Tantangan implementasi rekam medis elektronik

Terdapat beberapa tantangan etika dan hukum dalam penerapan rekam medis elektronik yaitu

- a. Kepemilikan dan privasi data

Hal yang penting dalam privasi adalah keamanan data (*security*) sehingga tidak terjadi kebocoran data ke pihak lain dan serangan siber

- b. Diskriminasi *genomic*

Diskriminasi pada umumnya lebih mengarah kepada seseorang yang mendapatkan perbedaan perlakuan baik dalam hukum atau sosial

- c. Pergeseran hubungan dokter dan pasien,

Potensi ketidakpuasan antara dokter dan pasien dapat berkembang, terutama jika dokter tidak mampu memberikan pencegahan dan pengobatan penyakit

- d. Tanggung jawab hukum (*liability*).

Penggunaan teknologi kesehatan yang modern dan kompleks tentu saja akan berpotensi meningkatkan resiko dan eror yang dapat merugikan pasien. Tuntutan terhadap kerugian pasien dapat terjadi dan dapat berujung pada tuntutan malpraktik medik (Budiyanti et al., 2019)

### 4) Manfaat implementasi rekam medis elektronik

manfaat yang dirasakan oleh negara berkembang dalam penerapan rekam medis elektronik

- a. Manfaat ekonomi
  - a) Penghematan biaya, efisiensi biaya, dan efektivitas biaya.
  - b) Meningkatkan akurasi penagihan biaya pelayanan
  - c) Memudahkan kegiatan monitoring dan evaluasi dan meningkatkan efisiensi organisasi
  - d) Meningkatkan pengawasan oleh pihak manajemen terhadap produktivitas tenaga medis
- b. Manfaat medis
  - a) Mengurangi kesalahan medis  
Peringatan untuk alergi obat, dosis atau interaksi obat yang tidak tepat, perawatan yang disarankan untuk kondisi tertentu, atau perawatan pencegahan yang disarankan dilakukan secara komputerisasi
  - b) Meningkatkan keterbacaan data  
Pendokumentasian dilakukan secara komputerisasi akan meminimalisir kesalahan baca maupun kehilangan data.
  - c) meningkatkan kesinambungan perawatan dan pelaporan, akurasi, proses evaluasi pasien, penelitian medis, serta analisis kebijakan
  - d) Meningkatkan proses pengambilan keputusan klinis memudahkan para profesional pemberi asuhan dalam memantau, mengevaluasi, dan meningkatkan perawatan
  - e) Meningkatkan kualitas pelayanan perawatan, kepuasan pasien, serta efisiensi  
Penerapan fitur pengingat elektronik yang konsisten dapat meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan

- c. Manfaat Akses Informasi Klinis
- a) Meningkatkan aksesibilitas informasi riwayat pasien dokter dapat lebih memahami riwayat kesehatan pasien, membuat diagnosis lebih dini, dan mengurangi kesalahan pengobatan
  - b) Membantu pelaporan maupun penelitian tertentu
  - c) Meningkatkan aksesibilitas pasien pada informasi medis mereka melalui internet
  - d) Meningkatkan kerahasiaan data pasien  
Cara merekam dan mengaktifkan perlindungan kata sandi, serta membuat data rahasia pasien hanya dapat diakses oleh dokter yang berwenang
  - e) Meningkatkan komunikasi antar tenaga medis
  - f) Data pasien lebih mudah terbaca sehingga meminimalisir data hilang, dan data lebih akurat (Tiorentap, 2020).

## REFERENCE

- Ardhani, R., Arifin, S., Husaini, Noor, M. S., & Hayatie, L. (2022). *Sistem Informasi Manajemen Kesehatan*. Program Studi Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Lambung Mangkurat.
- Budiyanti, R. T., Herlambang, P. M., & Nandini, N. (2019). Tantangan Etika dan Hukum Penggunaan Rekam Medis Elektronik dalam Era Personalized Medicine. *Jurnal Kesehatan Vokasional*, 4(1), 49. <https://doi.org/10.22146/jkesvo.41994>
- Calton, B., Abedini, N., & Fratkin, M. (2020). Telemedicine in the Time of Coronavirus. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), e12–e14. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.019>
- Chotimah, S. N. (2022). Implementasi sistem informasi kesehatan di fasilitas pelayanan kesehatan Indonesia : literature review. *Jurnal Rekam Medis Dan Manajemen Informasi Kesehatan*, 2(1), 8–13.
- Combi, Carlo; Pozzani, Gabriele; Pozzi, G. (2020). *Telemedicine for Developing Countries A Survey and Some Design Issues Carlo*. 4, 1025–1050.
- Daerina, S. R. F., Mursityo, Y. T., & Rokhmawati, R. I. (2018). Evaluasi Peranan Persepsi Kegunaan dan Sikap Terhadap Penerimaan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) di Rumah Sakit Daerah Kalisat. *Jurnal Pengembangan Teknologi Informasi Dan Ilmu Komputer*, 2(11), 5950–5959.
- Fadilla, N. M., & Setyonugroho, W. (2021). Sistem informasi manajemen rumah sakit dalam meningkatkan efisiensi: mini literature review. *Jurnal Teknik Informatika Dan Sistem Informasi*, 8(1), 357–374.
- Igiany, P. D. (2019). Systematic Review: Faktor yang Mempengaruhi

- Implementasi Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS)  
Systematic Review: Most Implementing Factor of Hospital  
Management Information System (HMIS). *Seminar Nasional  
INAHCO*, 2019.
- Jones, S. S., Rudin, R. S., Perry, T., & Shekelle, P. G. (2014). Health  
information technology: An updated systematic review with a focus  
on meaningful use. *Annals of Internal Medicine*, 160(1), 48–54.  
<https://doi.org/10.7326/m13-1531>
- Kasman, K. (2018). Pelaksanaan Sistem Informasi Kesehatan (Sik)  
Dalam Pengelolaan Data Dan Informasi Pada Dinas Kesehatan Kota  
Pagar Alam Provinsi Sumatera Selatan. *Jurnal Ilmiah Betrik*, 9(01),  
24–34. <https://doi.org/10.36050/betrik.v9i01.28>
- Kemendes. (2011). Pedoman Sistem Informasi Kesehatan. In *Kementrian  
Kesehatan Indonesia*. <https://doi.org/10.53712/rjrs.v6i1.1149>
- Kristanti, Y. E., & Ain, R. Q. (2021). Sistem Informasi Manajemen Rumah  
Sakit : Literature Review. *Muhammadiyah Public Health Journal*,  
1(2), 179–193.  
<https://jurnal.umj.ac.id/index.php/MPHJ/article/view/8760>
- Ningtyas, A. M., & Lubis, I. K. (2018). Literatur Review Permasalahan  
Privasi Pada Rekam Medis Elektronik. *Pseudocode*, 5(2), 12–17.  
<https://doi.org/10.33369/pseudocode.5.2.12-17>
- Portnoy, J., Waller, M., & Elliott, T. (2020). Telemedicine in the Era of  
COVID-19. *Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*,  
8(5), 1489–1491. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2020.03.008>
- Pujihastuti, A. (2021). Penerapan Sistem Informasi Manajemen Dalam  
Mendukung Pengambilan Keputusan Manajemen Rumah Sakit.  
*Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 9(2), 200.  
<https://doi.org/10.33560/jmiki.v9i2.377>
- Putri, S. M., Hayati, U., & Dzulkarnaen, R. (2020). Perancangan Arsitektur

Electronic Medical Record (EMR) Menggunakan Metode Enterprise Architecture Planning (EAP) Arsitektur Enterprise. *Journal of Information Technology (JOINT)*, 2(1), 25–30.

Qian, Y., Ni, Z., Gui, W., & Liu, Y. (2021). Exploring the landscape, hot topics, and trends of electronic health records literature with topics detection and evolution analysis. *International Journal of Computational Intelligence Systems*, 14(1), 744–757. <https://doi.org/10.2991/ijcis.d.210203.006>

Scott Kruse, C., Karem, P., Shifflett, K., Vegi, L., Ravi, K., & Brooks, M. (2018). Evaluating barriers to adopting telemedicine worldwide: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 24(1), 4–12. <https://doi.org/10.1177/1357633X16674087>

Sligo, J., Gauld, R., Roberts, V., & Villa, L. (2017). A literature review for large-scale health information system project planning, implementation and evaluation. *International Journal of Medical Informatics*, 97(2017), 86–97. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.09.007>

Tiorentap, D. R. A. (2020). Evaluation of the Benefits of Implementing Electronic Medical Records in Developing Countries: Systematic Literature Review. *Indonesian of Health Information Management Journal (INOHIM)*, 8(2), 69–79.

## PROFIL PENULIS

**Nurul Hikmatul Qowi, S.Kep., Ns., M.Kep.**

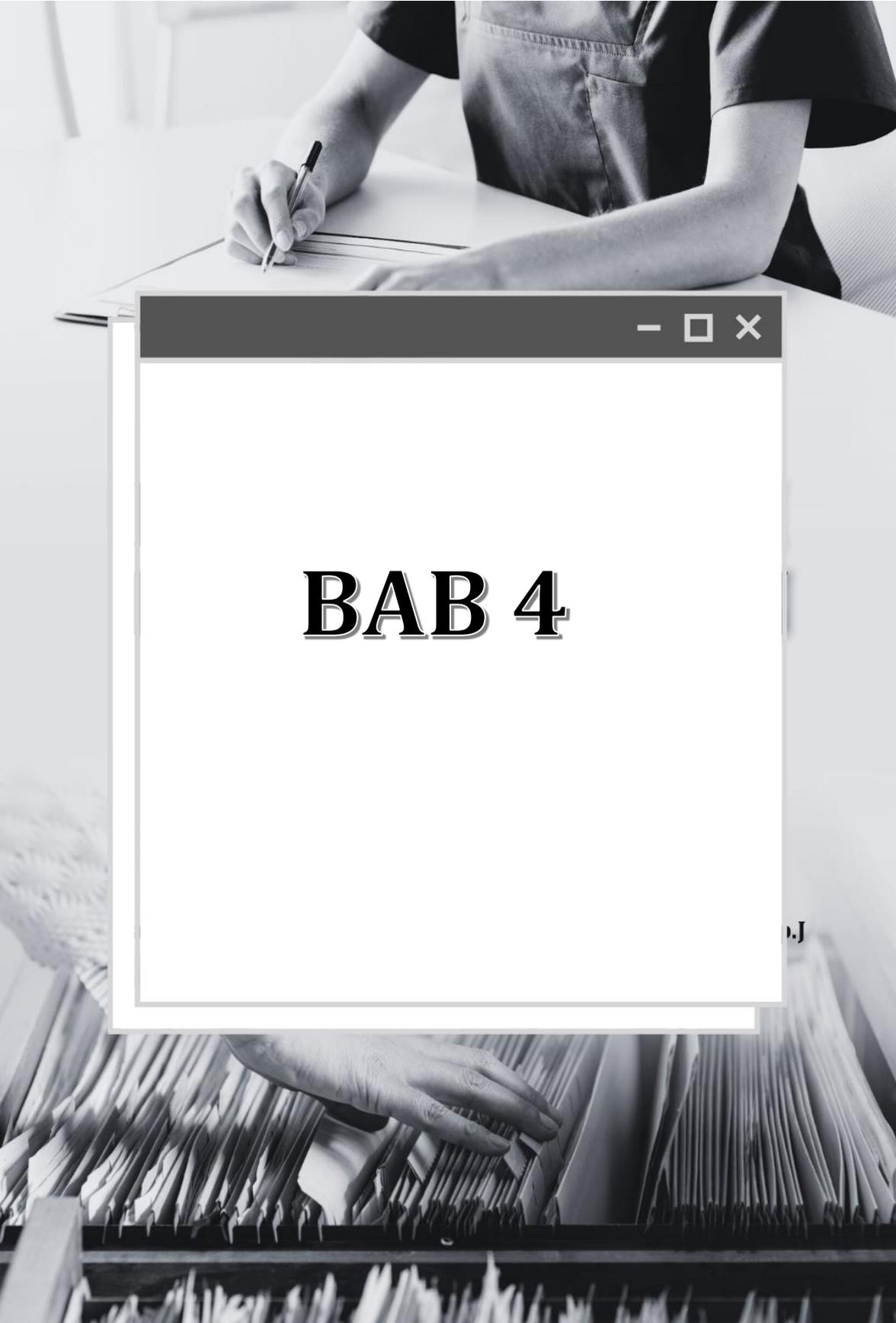
Penulis merupakan seorang Dosen S1 pendidikan Ners di Universitas Muhammadiyah Lamongan yang lahir di Lamongan, 12 September 1991. Penulis menyelesaikan program sarjana dan magister keperawatan di Universitas Airlangga



Surabaya. Sebelumnya, penulis menjadi perawat di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Airlangga, Surabaya pada Tahun 2014-2016.

Dosen yang bekerja sejak tahun 2018 ini mengampu mata kuliah manajemen keperawatan, sistem informasi, proses keperawatan dan berpikir kritis, dan ilmu biomedis dasar. Penulis aktif dalam melakukan penelitian pengembangan aplikasi edukasi kesehatan, maupun aplikasi di asuhan keperawatan online di instansi pendidikan. Penulis juga aktif menjadi menulis buku dan publikasi, baik di jurnal nasional maupun internasional terindex scopus.

Email Penulis: [nurul\\_hikmatul\\_qowi@umla.ac.id](mailto:nurul_hikmatul_qowi@umla.ac.id)



# BAB 4

0.J

**MODEL PENDOKUMENTASIAN ASUHAN  
KEPERAWATAN (SOR, POR, CBE)  
( Ns. Sri Melfa Damanik, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.An.)**

Universitas Kristen Indonesia

Jl. Mayor Jendral Sutoyo, RT.5/RW.11, Cawang, Kec. Kramat jati,  
Kota Jakarta Timur, Daerah Khusus Ibukota Jakarta

Dokumentasi merupakan salah satu sarana komunikasi bagi petugas kesehatan untuk mendukung proses pemulihan pasien. Perawat memerlukan standar dokumentasi sebagai pedoman melakukan teknik pencatatan yang sistematis dan mudah diterapkan. Model dokumentasi keperawatan merupakan model dokumentasi dimana data-data pasien dimasukkan kedalam suatu format, catatan dan prosedur dengan tepat yang dapat memberikan gambaran perawatan secara lengkap dan akurat. Dalam catatan ini dapat diketahui secara jelas siapa yang mencatat, dimana catatan dibuat, bagaimana cara mencatat, kapan catatan dibuat dan dibutuhkan, dan dalam bentuk apa catatan tersebut dibuat. Beberapa model dokumentasi yang dapat digunakan antara lain model pendokumentasian SOR (*Source Oriented Record*), POR (*Problem Oriented Record*) dan CBE (*Charting By Exception*).

## **A. MODEL PENDOKUMENTASIAN KEPERAWATAN SOR (*SOURCE ORIENTED RECORD*)**

Suatu model pendokumentasian yang berorientasi pada sumber informasi. Model ini menempatkan catatan atas dasar disiplin orang atau sumber yang mengelola pencatatan. Model ini umumnya diterapkan pada rawat inap. Dokter menggunakan lembar untuk mencatat instruksi, lembar riwayat penyakit, dan perkembangan penyakit. Perawat menggunakan catatan perawat meliputi riwayat penyakit klien, perkembangan klien, pemeriksaan laboratorium dan diagnostik. Begitu pula disiplin lain mempunyai catatan masing-masing (Nursalam, 2009 & Ariyani, 2011).

Menurut Nursalam (2009), model dokumentasi SOR terdiri dari 5 komponen diantaranya:

- a. Lembaran penerimaan berisi biodata pasien
- b. Lembar instruksi dokter.
- c. Lembar riwayat medis atau penyakit.
- d. Catatan perawat.
- e. Catatan dan laporan khusus.

Adapun Keuntungan penggunaan model SOR antara lain:

- 1) Menyajikan data yang secara berurutan dan mudah diidentifikasi
- 2) Memudahkan perawat secara bebas menentukan bagaimana data akan dicatat.
- 3) Format dapat menyederhanakan proses pencatatan masalah, kejadian, perubahan intervensi dan respon pasien atau hasil.
- 4) Proses pendokumentasian menjadi sederhana.

Sedangkan kerugian Model SOR ini antara lain:

- 1) Potensial terjadinya pengumpulan data yang terfragmentasi (terpotong-potong), karena tidak berdasarkan urutan waktu.
- 2) Kadang-kadang mengalami kesulitan untuk mencari data sebelumnya, tanpa harus mengulang pada awal.
- 3) Superfisial pencatatan tanpa data yang jelas.
- 4) Memerlukan pengkajian data dari beberapa sumber untuk menentukan masalah dan tindakan kepada pasien.
- 5) Waktu pemberian asuhan memerlukan waktu yang banyak.
- 6) Perkembangan klien sulit di monitor.

Contoh format model SOR seperti pada tabel dibawah ini:

Sumber :        P : Perawat  
                  D : Dokter  
                  F: Fisioterapis  
                  G : Ahli Gizi

**Tabel 4.1 Format SOR**  
**Sumber: Nursalam, 2009)**

Tanggal	Waktu	Sumber	Catatan Perkembangan
Tanggal/ Bulan/ Tahun	Waktu tindak an	P	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meliputi: 1) Pengkajian, 2) Identifikasi masalah, 3) Perlunya rencana tindakan, 4) Rencanasegera, 5) Intervensi, 6) Penyelesaian masalah, 7) Evaluasi efektivitas tindakan dan 8) Hasil</li> <li>• Tanda tangan perawat</li> </ul>
		D	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meliputi observasi keadaan pasien, evaluasi kemajuan, identifikasi masalah baru dan penyelesaian lainnya, rencana tindakan dan pengobatan terbaru</li> <li>• Tanda tangan dokter</li> </ul>
		F	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meliputi hal-hal yang perlu dilakukan fisioterapi, masalah pasien, rencana, intervensi dan hasil</li> <li>• Tanda tangan fisioterapi</li> </ul>

## **B. MODEL PENDOKUMENTASIAN KEPERAWATAN *PROBLEM ORIENTED RECORD (POR)***

Model ini memusatkan data tentang klien dan didokumentasikan serta disusun menurut masalah klien. Sistem dokumentasi jenis ini mengintegrasikan semua data mengenai masalah yang dikumpulkan oleh dokter, perawat atau tenaga kesehatan lain yang terlibat dalam pemberian layanan kepada klien (Nursalam, 2009 & Marelli, 2008).

Model ini terdiri dari empat komponen (Marelli, 2008) yaitu:

### a. Data dasar.

Data yg berisi semua informasi yg dikaji dari klien ketika pertama kali masuk rumah sakit. Data dasar mencakup :

- 1) Pengkajian keperawatan
- 2) Riwayat penyakit/ kesehatan
- 3) Pemeriksaan fisik
- 4) Pengkajian ahli gizi
- 5) Data penunjang ( hasil laboratorium)

Data dasar yg terkumpul digunakan sebagai sarana untuk mengidentifikasi masalah klien.

### b. Daftar masalah.

Daftar masalah berisi tentang masalah yang telah teridentifikasi dari data dasar. Masalah disusun secara kronologis sesuai tanggal identifikasi masalah. Daftar masalah ditulis pertama kali oleh tenaga yang pertama bertemu dengan pasien. Daftar masalah ini dapat mencakup masalah fisiologis, psikologis, sosio-kultural, spiritual, tumbuh kembang, ekonomi dan lingkungan. Setiap masalah di beri tanggal, nomor, dirumuskan, dan dicantumkan nama perawat yg menemukan masalah tersebut.

Contoh:

Tanggal	No	Masalah Klien	Diidentifikasi Oleh	Keterangan
05/06/2013	1	Stroke Hemoragik	dr. Richard	
	2	Gangguan mobilitas fisik	Ns. Santi	
	3	Hipertensi	dr. Agus	
	4	Hipovolemia	Ns. Tika	

c. Daftar rencana awal asuhan keperawatan.

Rencana asuhan keperawatan ditulis oleh perawat yg menyusun daftar masalah. Dokter menulis instruksi medis, sedangkan perawat menulis instruksi keperawatan atau rencana asuhan keperawatan. Perencanaan awal terdiri dari 3 bagian:

- 1) Diagnostik : Dokter akan mengidentifikasi jenis pemeriksaan diagnostik yang dilakukan terlebih dahulu. Jenis pemeriksaan akan mendukung penegakan diagnosis.
- 2) Usulan terapi: Dokter menginstruksikan terapi khusus berdasarkan masalah yang ditemukan. Selain itu, pengobatan, kegiatan yang tidak boleh dilakukan, diet, observasi yang harus dilakukan juga penting untuk dikoordinasikan.
- 3) Pendidikan klien: Hal ini perlu diidentifikasi bertujuan untuk mengidentifikasi jebis informasi dan ketrampilan yang diperlukan oleh pasien untuk beradaptasi terhadap masalah yang berhubungan dengan kesehatan.

d. Catatan perkembangan.

Berisikan perkembangan/kemajuan dari tiap masalah yang telah dilakukan tindakan dan disusun oleh semua anggota yang terlibat dengan menambahkan catatan perkembangan pada lembar yang sama. Beberapa acuan catatan perkembangan yang dapat digunakan :

- a. SOAP (subyektif data, obyektif data, assesment atau analisis, plan atau rencana)
- b. SOAPIER (SOAP + intervensi, evaluasi, revisi)
- c. PIE (problem, intervensi, evaluasi)

Contoh format model POR:

Data Dasar	Daftar Masalah	Rencana Tindakan	Catatan Perkembangan
Data Subyektif:		1. 2. 3.	S: O: A: P:
Data Objektif:		1. 2. 3.	S: O: A: P: I: E: R:

Adapun Keuntungan model POR antara lain:

- 1) Pencatatan sistem ini berfokus atau lebih menekankan pada masalah klien dan proses penyelesaian masalah dari pada tugas dokumentasi.
- 2) Pencatatan tentang kontinuitas dari asuhan keperawatan.
- 3) Evaluasi masalah dan pemecahan masalah didokumentasikan dengan jelas.
- 4) Daftar masalah merupakan “checklist” untuk diagnosa keperawatan dan untuk masalah klien.
- 5) Daftar masalah bertindak sebagai daftar isi dan mempermudah pencarian data dalam proses asuhan.
- 6) Masalah yang membutuhkan intervensi (yang teridentifikasi dalam data dasar) dibuat dalam rencana asuhan keperawatan.

Adapun kerugian model Kerugian POR antara lain:

- 1) Kemungkinan adanya kesulitan jika daftar masalah belum dilakukan tindakan atau timbulnya masalah yang baru.
- 2) Dapat menimbulkan kebingungan jika setiap hal harus masuk dalam daftar masalah.
- 3) SOAPIER dapat menimbulkan pengulangan yang tidak perlu, jika sering adanya target evaluasi dan tujuan perkembangan klien sangat lambat
- 4) P (dalam SOAP) mungkin terjadi duplikasi dengan rencana tindakan keperawatan

Perawat perlu memahami pedoman penulisan catatan SOAPIER. Berikut ini pedoman penulisan SOAPIER (Handayaningsih, 2009 & Nursalam, 2009) antara lain:

- 1) Sebelum menuliskan data SOAP, perawat menentukan daftar masalah keperawatan pasien
- 2) Berikan tanda pada setiap catatan SOAP dengan nomor secara berurutan
- 3) Catatan SOAP dipisah untuk masing-masing masalah keperawatan
- 4) Data yang ditulis merupakan data yang relevan terhadap masalah yang spesifik
- 5) Data subyektif ditulis berdasarkan keluhan pasien
- 6) Jika terjadi kebimbangan dalam pengkajian keperawatan, gunakan diagnosa keperawatan sebagai kesimpulan keadaan pasien
- 7) Catatan SOAP menyediakan informasi tentang keadaan fisik, status pendidikan dan status mental pasien
- 8) Jika tidak ada masalah yang luar biasa, tetapi peraturan mengharuskan memasukan dalam pencatatan, tuliskan catatan perkembangan tentang masalah pasien saat masuk
- 9) Jika hanya menggunakan format "SOAP", evaluasi respon pasien terhadap intervensi dicatat untuk mendukung data, penggunaan A (*Assessment*) tidak hanya untuk mencatat analisa dan pengkajian, tetapi juga evaluasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan
- 10) Istilah "P" atau *Planning* dapat dinyatakan sebagai standar tindakan keperawatan.

### C. MODEL PENDOKUMENTASIAN KEPERAWATAN CBE (*CHARTING BY EXCEPTION*)

Salah satu bentuk catatan perkembangan yang berisi hasil observasi dan tindakan. *Flow sheet* memungkinkan petugas untuk mencatat hasil observasi atau pengukuran yang dilakukan secara berulang yang tidak perlu ditulis secara naratif, termasuk data klinik klien. Model ini merupakan cara tercepat dan paling efisien untuk mencatat informasi, selain itu tenaga kesehatan akan dengan mudah mengetahui keadaan klien hanya dengan melihat grafik yang terdapat pada *flow sheet/charting* (Lyer, & Camp, 2005). Desain dan Syarat Standar dari Teknik Cheklist/*Flow Sheet* memenuhi kriteria sebagai berikut:

- 1) Kolom untuk nama petugas yang melakukan pemeriksaan atau tindakan.
- 2) Hasil pengkajian, KIE, observasi, tindakan, dan lain-lain.
- 3) Hasil observasi atau intervensi khusus.
- 4) Nama pasien, waktu (tanggal, bulan dan tahun), nama perawat dan tanda tangan.
- 5) Hanya menuliskan judul tindakan, sedangkan penjabaran lebih lanjut diuraikan secara narasi

Model CBE mengintegrasikan 2 komponen kunci yaitu:

- 1) *Flow sheet* berupa kesimpulan penemuan yang penting dan menjabarkan indikator pengkajian dan penemuan termasuk instruksi dokter/perawat, grafik, catatan pendidikan dan pencatatan pemulangan pasien
- 2) Dokumentasi dilakukan berdasarkan standar praktik keperawatan, sehingga mengurangi pencatatan tentang hal rutin secara berulang kali.

Oleh karena itu standar harus spesifik dan menggambarkan praktik keperawatan yang sebenarnya serta harus dilakukan oleh perawat di bangsal, walaupun ada juga standar khusus yang disusun sesuai unit masing-masing.

Adapun Keuntungan Pencatatan CBE/ Checklist antara lain:

- 1) Data terbaru tersedia di samping tempat tidur. Informasi siap untuk diakses oleh pemberi perawatan kesehatan yang berinteraksi dengan pasien di unit keperawatan
- 2) Kecenderungan status pasien mudah dilihat dari lembar alur. Informasi pengkajian diatur berdasarkan sistem tubuh dan mudah untuk dicari.
- 3) Hasil yang normal diidentifikasi dengan tepat sehingga terdapat kesepakatan tentang apa yang disebut pengkajian normal
- 4) BE mudah diadaptasikan pada pendokumentasian jalur klinis
- 5) Menghemat waktu karena catatan rutin dan observasi tidak perlu dituliskan
- 6) Pendokumentasian duplikasi atau ganda dapat dikurangi.
- 7) Data pasien dapat dicatat pada format lebih cepat
- 8) Pendokumentasian menggunakan jumlah halaman yang lebih sedikit
- 9) Lembar alur menghilangkan kebutuhan akan lembar kerja atau kertas coretan lain untuk mencatat informasi tentang pasien. Data dicatat pada catatan yang permanen.

Adapun Kerugian Pencatatan CBE/Flowsheet antara lain:

- 1) Pendokumentasian sangat tergantung pada check list yang dibuat.
- 2) Kemungkinan adanya pencatatan yang masih kosong atau tidak didokumentasikan.

- 3) Pendokumentasian yang bersifat rutin sering terabaikan.
- 4) Tidak mengakomodasikan pendokumentasian disiplin ilmu yang lain.

Sistem CBE terdiri dari beberapa elemen inti, meliputi lembar alur, dokumentasi berdasarkan referensi standar praktik, protocol dan instruksi incidental, data dasar keperawatan, rencana perawatan berdasarkan diagnosis keperawatan dan catatan perkembangan (SOAP) (Setiadi, 2012 & Marelli, 2008). Dalam penggunaan model ini, perawat perlu memahami pedoman penulisan Model dokumentasi CBE (*Charting By Exeption*) diantaranya:

- a. Data dasar didokumentasikan untuk setiap pasien dan disimpan sebagai catatan yang permanen.
- b. Daftar diagnosis keperawatan ditulis ketika pasien pertama kali masuk Rumah Sakit dan menyediakan daftar isian untuk semua diagnosis keperawatan.
- c. Ringkasan pulang pasien ditulis untuk setiap diagnose keperawatan
- d. SOAPIER digunakan sebagai catatan respon pasien terhadap intervensi yang akandiberikan kepada pasien
- e. Data diagnosis keperawatan dan rencana tindakan dapat dikembangkan.

Contoh standar pengkajian CBE:

**Tabel 4.2 Standar Pengkajian *Charting By Exception***

<b>Pengkajian</b>	<b>Komponen</b>	<b>Hasil yang diharapkan</b>
Neurologis	Tingkat kesadaran, mata terbuka, repon motorik, orientasi mental, wicara, menggenggam, pergerakan, sensasi	Pasien waspada dan berorientasi terhadap orang/tempat/waktu. Berbicara dengan jelas. Kekuatan simetris dan sensasi pada ekstremitas tanpa

		parestesi. Batuk dan refleks menelan utuh. Perilaku sesuai dengan situasi
Kardiovaskular	Denyut apikal, irama jantung, TD, edema (mis. Periorbital, sakral, pedis, dan keseluruhan), palpitasi, nyeri tekan pada betis, vena jugular meningkat, distensi.	Denyut apical, dan TD pasien dalam batas normal sesuai dengan data dasar pasien. Irama teratur. Tidak ada edema, nyeri tekan pada betis, atau palpitasi. Tidak ada distensi vena jugularis. Tidak ada nyeri pada saat aktivitas.
Gastrointestinal	Tampilan abdomen dan palpasi; bising usus. Toleransi diet dan kebiasaan usus	Abdomen lunak dan tidak ada nyeri tekan. Bising usus aktif. Tidak nyeri dengan palpasi. Mentoleransi diet yang ditentukan. Tidak ada mual dan muntah. Pergerakan usus normal dan konsisten.
Genitourinaria	Pola berkemih, distensi kandung kemih dan karakteristik urin	Berkemih adekuat, lancar dan warna urin kuning jernih tanpa adanya frekuensi, urgensi, disuri, hematuri, atau nokturi. Distensi kandung kemih tidak ada setelah berkemih.
Integumen	Warna, suhu, dan turgor kulit, adanya lesi, luka dan memar, warna mukosa mulut, nyeri tekan pada jaringan disekitar kulit, perkiraan adanya jahitan, luka tepi, serta adanya drainase	Kulit hangat, kering dan utuh. Warna kulit dalam batas normal. Membran mukosa lembab.
Muskuloskeletal	Kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari ( <i>activities of daily living</i> ), rentang gerak ( <i>Range of Motion/ROM</i> ), kekuatan otot, kondisi di sekitar jaringan, jaringan lunak dan sendi	Ekstremitas pasien berwarna merah muda dan hangat dengan pengisian kapiler kurang dari 2 detik. Denyut nadi perifer teraba dan sama bilateral. Edema tidak ada. Sensasi dan pergerakan lengkap
Psikososial	Pola komunikasi,	<b>Kognitif:</b> Proses berpikir dan

	mood dan pengaruhnya, mekanisme koping, perilaku dan intelektual	<p>intelegensi utuh</p> <p><b>Dukungan/Koping:</b> Mempunyai persepsi yang realistic terhadap apa yang terjadi. Orangtua/keluarga merasakan sistem pendukung yang adekuat</p> <p><b>Pembelajaran/pengetahuan :</b> Mengerti terhadap penjelasan dan mengajukan pertanyaan yang relevan. Mengungkapkan pemahaman dasar kondisi saat ini. Mampu membuat keputusan mengenai kondisi dan perawatan diri.</p>
Nyeri	Skala nyeri (0-10) untuk mengukur keakutan nyeri yang berkaitan dengan penjelasan pasien mengenai nyeri, lokasi, durasi, intensitas, dan radiasi, faktor presipitasi dan faktor yang meringankan nyeri.	Nyeri tidak ada atau pasien mengatakan secara verbal bahwa intervensi untuk penatalaksanaan nyerinya efektif.

**Sumber: Marelli (2008)**

## REFERENCE

- Ariyani,dkk. (2011) *Dokumentasi keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media.
- Handayaningsih,I. (2009). *Dokumentasi keperawatan (panduan, konsep dan aplikasi)*. Yogyakarta: Mitra Cendikia Press
- Lyer, P.W., & Camp, N.H. (2005). *Nursing documentation: A nursing process approach*. Jakarta:EGC.
- Marelli, T.M (2008). *Buku saku dokumentasi keperawatan Edisi 3*. Jakarta: EGC.
- Nursalam. (2009). *Proses & dokumentasi keperawatan: Konsep dan praktik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Setiadi. (2012). *Konsep dan penulisan dokumentasi asuhan keperawatan(teori dan praktik)*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

## PROFIL PENULIS

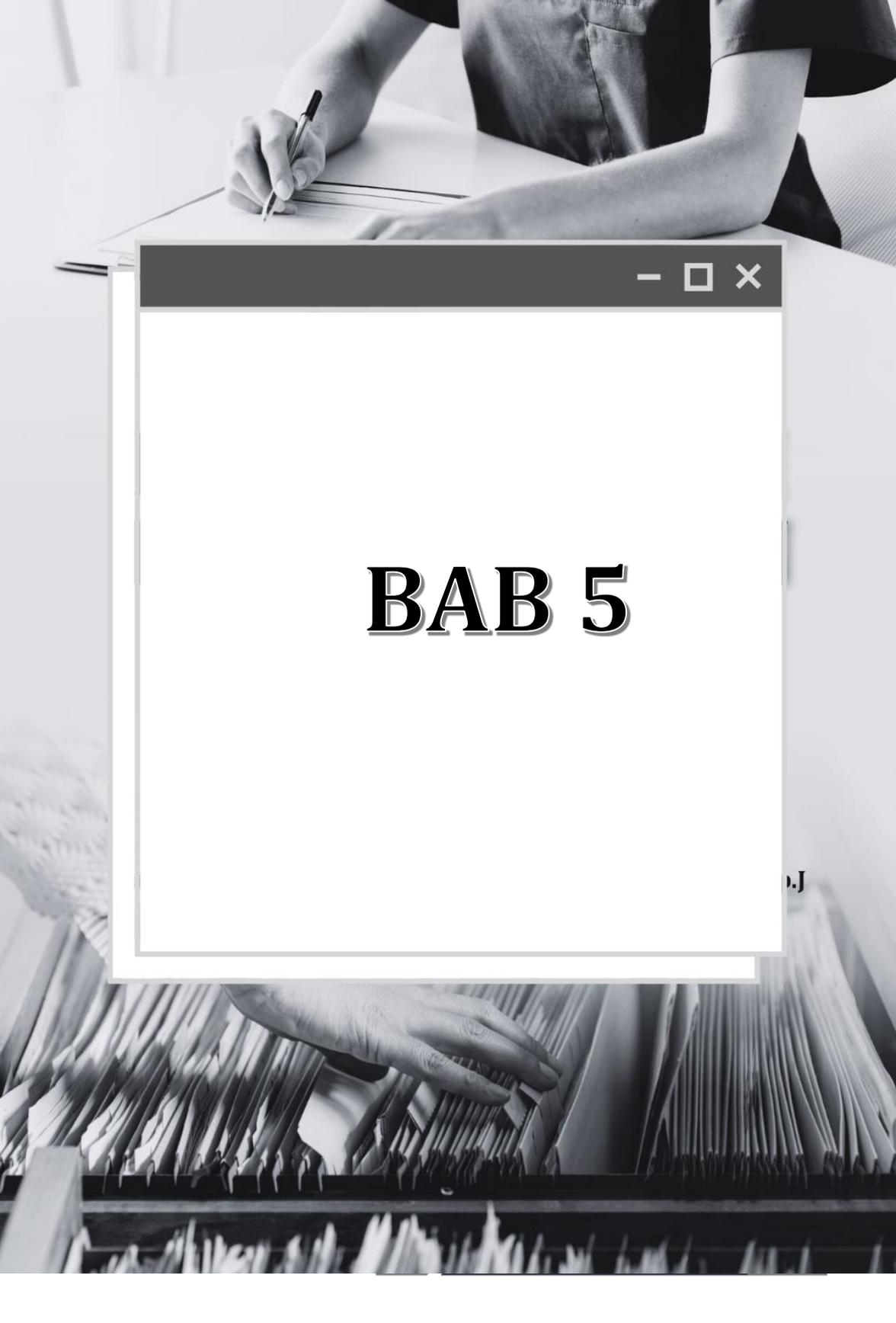
Ns. Sri Melfa Damanik, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.An.

Penulis merupakan dosen keperawatan di Prodi Keperawatan Fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia. Pada tahun 2012, penulis menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas



Padjadjaran, Bandung dan berhasil menyelesaikan profesi Ners pada tahun 2013. Penulis juga telah menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan (S2) di Universitas Indonesia pada tahun 2017 dan pendidikan Ners spesialis keperawatan anak tahun 2020. Selain sebagai dosen penulis juga aktif dalam melakukan kegiatan pengabdian kepada masyarakat dan penelitian.

Email penulis : [melfadamanik20@gmail.com](mailto:melfadamanik20@gmail.com)



# BAB 5

0.J

# **MODEL PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN PIE, POS, CND (Ns. Tri Purnamawati, M.Kep., Sp.Kep,An.)**

Politeknik Hang Tuah Jakarta-Prodi D-III Keperawatan  
Jln. Bendungan Hilir No. 17  
tripurnamawati@politeknikhangtuahjakarta.ac.id

## **A. MODEL PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN PIE (*Problem, Intervention, Evaluation*)**

### **1. Pengertian**

*Problem Intervention Evaluation* (PIE) adalah suatu singkatan dari identifikasi masalah, intervensi dan evaluasi. Sistem pendokumentasian ini menggunakan pendekatan orientasi proses pada dokumentasi dengan penekanan pada proses keperawatan dan diagnosis keperawatan.

### **2. Penggunaan**

Format PIE tepat digunakan untuk sistem pemberian asuhan keperawatan primer. Pada keadaan klien yang akut, perawat primer dapat melaksanakan dan mencatat pengkajian waktu klien masuk dan pengkajian sistem tubuh dan diberi tanda PIE setiap hari.

- a. **P** : masalah yang dihadapi klien dan ditulis dalam bentuk diagnose keperawatan
- b. **I** : intervensi yang harus dilaksanakan untuk mengatasi masalah.

- c. **E:** evaluasi terhadap tindakan yang diberikan  
Tanda tangan . nama perawat.

### **3. Karakteristik Model Dokumentasi PIE**

- a. Proses dokumentasi PIE dimulai pengkajian waktu klien masuk diikuti pelaksanaan pengkajian sistem tubuh setiap pergantian jaga (8 jam).
- b. Data masalah hanya dipergunakan untuk asuhan keperawatan klien jangka waktu yang lamadengan masalah yang kronis.
- c. Intervensi yang dilaksanakan dan rutin dicatat dalam “*flowsheet*”.
- d. Catatan perkembangan digunakan untuk pencatatan intervensi keperawatan yang spesifik berhubungan dengan masalah spesifik.
- e. Intervensi langsung terhadap penyelesaian masalah ditandai dengan “I” (intervensi) dan nomor masalah klien yang relevan dicatat. •
- f. Keadaan klien sebagai pengaruh dari intervensi diidentifikasi dengan tanda “E” (evaluasi) dan nomor masalah.
- g. Setiap masalah yang diidentifikasi dievaluasi minimal setiap 8 jam (setiap pergantian dinas)

### **4. Keuntungan**

- a. Memungkinkan dalam penggunaan proses keperawatan.
- b. Intervensi (rencana tindakan) dan catatan perkembangan dapat dihubungkan.
- c. Memungkinkan dalam pemberian asuhan keperawatan yang

berkelanjutan, hal tersebut dikarenakan data identifikasi masalah klien dan intervensi keperawatan dibuat secara jelas.

- d. Perkembangan klien, selama dirawat dapat digambarkan mulai dari pasien masuk sampai dengan pulang.
- e. Pendokumentasian yang otomatis dapat diadaptasikan.

**5. Kerugian**

- a. Tidak dapat dipergunakan untuk pendokumentasian semua disiplin ilmu
- b. Pembatasan rencana Tindakan yang tidak aplikatif untuk beberapa situasi keperawatan.

**6. Contoh**

Model Dokumentasi PIE (*Problem-Intervention-Evaluation*):

Nama / Umur :

No. Registrasi :

Diagnosa Medis :

Ruangan/No. kamar :

	Tgl/ Hari	Problem / Masalah Keperawatan	Intervensi	Evaluasi		
				Pagi	Sore	Malam
				Plk. 13:00		
	5/7/23	Ketidakefektifan pola napas	<b>Tujuan :</b> Pola nafas efektif setelah perawatan selama 24 jam  <b>Kriteria Hasil :</b> a. Irama dan kedalaman pernapasan normal,	<b>S :</b> klien mengatakan sesak  <b>O :</b> klien tampak sesak ,  RR : 30 x/menit,	<b>S :</b>  <b>O :</b>  <b>A :</b>  <b>P :</b>  <b>I :</b>	<b>S :</b>  <b>O :</b>  <b>A :</b>  <b>P :</b>  <b>I :</b>



## **B. MODEL PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN PROCESS ORIENTED SYSTEM / FOCUS**

### **1. Pengertian**

Modul dokumentasi POS (*Process Oriented System*) yang disebut juga dengan model dokumentasi FOCUS. Pencatatan FOCUS adalah suatu model dokumentasi yang berorientasi pada proses keperawatan mulai dari pengumpulan data klien, diagnosa keperawatan - orientasi dan klien-fokus. Hal ini digunakan proses keperawatan untuk mengorganisir dokumentasi asuhan keperawatan pendekatan penyelesaian masalah.

### **2. Penggunaan**

- a. Menuliskan catatan perkembangan, menggunakan format DAR (*Data-Action-Response*) dengan 3 Kolom, yaitu :
  - 1) **Data** : berisi tentang data subyektif dan obyektif yang mendukung dokumentasi fokus
  - 2) **Action** : Merupakan tindakan keperawatan yang segera atau yang akan dilakukan berdasarkan pengkajian atau evaluasi keadaan pasien.
  - 3) **Response** : menyediakan keadaan respon klien terhadap tindakan medis atau keperawatan
- b. Focus dapat dipergunakan untuk Menyusun fungsi DAR sebagai kunci dan pedoman terhadap kewajiban orientasi proses.

### **3. Keuntungan**

1. Istilah FOCUS lebih luas dan positif dibandingkan penggunaan istilah "Problem".
2. Pernyataan FOCUS pada tingkat yang tinggi adalah diagnosa keperawatan.

3. FOCUS dengan DAR adalah fleksibel dan menyediakan kunci dan pedoman pencatatan diagnosa keperawatan.
4. Catatan rencana keperawatan merupakan pencatatan INDEX berdasarkan tanda FOCUS yang memudahkan informasi untuk dikenali.
5. Waktu lebih singkat tanpa harus menuliskan pada beberapa bagian pada format.
6. Sistem ini mudah dipergunakan dan dimengerti oleh tenaga kesehatan lainnya. Bahasa dan proses pencatatan menggunakan istilah yang umum.penggunaan proses keperawatan

#### 4. Kerugian

- a. Penggunaan catatan Action dapat membingungkan, khususnya tindakan yang akan atau telah dilaksanakan.
- b. Penggunaan FOCUS pada kolom tidak konsisten dengan istilah pada rencana tindakan keperawatan.
- c. Contoh Format FOCUS

Tanggal/Waktu / paraf	FOCUS	CATATAN KEPERAWATAN Kategori: DAR
Tanggal/ bulan/ tahun/ waktu/nama perawat & paraf	Keadaan Pasien, diagnosa keperawatan, masalah, penyebab / definisi karakteristik dinyatakan dalam FOCUS	<p><b>DATA:</b> Tahap pengumpulan data dan informasi. <b>Informasi subyektif dan obyektif</b> yang mendukung FOCUS</p> <p><b>ACTION:</b> <b>Tindakan yang segera dan akan dilakukan berdasarkan pengkajian data,</b> kegiatan aktual yang penting untuk</p>

Tanggal/Waktu / paraf	FOCUS	CATATAN KEPERAWATAN Kategori: DAR
		<p>melaksanakan rencana tindakan keperawatan dan medis.</p> <p><b>RESPONSE:</b></p> <p>Penjabaran respon pasien terhadap tindakan keperawatan atau medis, menandakan apakah rencana tujuan dan rencana tindakan dapat dicapai atau menyelesaikan FOCUS.</p> <p>Mungkin penyediaan data yang mendukung perubahan dalam rencana keperawatan/ medis.</p>
<b>CONTOH PENERAPAN TERHADAP KASUS</b>		
05 Mei 2023 / 13.00 wib/ Trie	Ketidakefektifan bersihan jalan nafas b.d ketidakmampuan pasien dalam megeluarkan sekret	<p>DATA :</p> <p><b>Data Subjektif :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pasien mengatakan bahwa ia tidak bisa mengeluarkan sekret atau dahak</li> <li>b. Pasien mengatakan bahwa ia kesulitan bernafas saat berbaring</li> </ol>

Tanggal/Waktu / paraf	FOCUS	CATATAN KEPERAWATAN Kategori: DAR
		<p>c. Pasien mengatakan bahwa ia kesulitan untuk tidur karena batuk.</p> <p><b>Data Objektif :</b></p> <p>a. Adanya perubahan frekuensi nafas</p> <p>b. Pasien menggunakan otot bantu nafas</p> <p>c. Adanya suara nafas tambahan</p> <p><b>ACTION :</b></p> <p>a. Atur posisi pasien dengan semi fowler atau fowler</p> <p>b. Anjurkan pasien untuk minum air hangat</p> <p>c. Ajarkan pasien batuk efektif</p> <p>d. Lakukan fisioterapi dada</p> <p>e. Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian O2</p> <p><b>RESPONSE :</b></p> <p>a. Pasien mengatakan bahwa ia lebih mudah mengeluarkan dahak setelah dilakukan fisioterapi dada dan batuk efektif</p>

Tanggal/Waktu / paraf	FOCUS	CATATAN KEPERAWATAN Kategori: DAR
		b. Pasien mengatakan lebih nyaman ketika bernafas saat diberikan posisi semi fowler

### C. MODEL PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN *Coded Nursing Documentation (CND)*

#### 1. Pengertian

Dokumentasi keperawatan dapat meningkatkan kualitas keperawatan serta membantu perawat dalam memberikan perawatan secara optimal dan berkelanjutan dengan cara memandu perawat untuk dapat menulis dokumentasi dengan benar. Dokumentasi Keperawatan dengan Kode (*Coded Nursing Documentation/CND*) Adalah dokumentasi menggunakan sistem komputer dimana catatan keperawatan yang terlihat hanya kode khusus.

Kode khusus berdasarkan standar asuhan keperawatan yang telah dirumuskan. pengembangan dokumentasi yang dilakukan berupa dokumentasi keperawatan dengan sistem pengkodean, dilakukan dengan memasukkan data pasien ke komputer, pada akhirnya akan terlihat data dokumentasi hanya berupa kode secara lengkap menguraikan mulai dari penyakit hingga evaluasi yang akan dicapai oleh pasien tersebut.

Struktur CND terdiri dari pengkodean terstruktur data asuhan keperawatan dengan *Sistem Clinical Care Classification (CCC)*, terminologi keperawatan nasional, menghasilkan analitik untuk

menghitung beban kerja keperawatan (waktu), sumber daya (staf perawat), dan data layanan keperawatan. Model Sistem CCC menggambarkan dokumentasi perawatan pasien oleh perawat dan semua penyedia layanan kesehatan dalam pengaturan perawatan kesehatan sebagai interaktif, saling berkaitan, dan proses umpan balik yang terus-menerus.

## 2. Keuntungan

- a. Data medis klien lebih mudah terorganisir
- b. Data yang sudah terkumpul dan terdokumentasi akan mudah diakses dengan cara yang sama oleh tenaga Kesehatan lain yang terlibat dalam perawatan klien tersebut.
- c. Memudahkan perawat untuk menghitung berapa banyak tindakan yang dilakukan, beban kerja, alat-alat yang digunakan secara valid dan terpercaya
- d. Menghasilkan *evidence-based* hasil asuhan keperawatan seperti halnya pendokumentasian dengan tulisan
- e. Memastikan data langsung terhubung dengan sistem perawatan klien
- f. Meningkatkan kualitas keperawatan serta membantu perawat dalam memberikan perawatan secara optimal dan berkelanjutan
- g. Catatan / data yang siap tersedia
- h. Perawat tidak dituntut / dibebankan dalam aktivitas menulis lebih banyak.

## 3. Kerugian

- a. Memerlukan waktu yang cukup lama untuk mengisi formulir yang tersedia
- b. Penyimpanan bahan cetakan dan biaya yang harus disediakan cukup besar
- c. Masalah keamanan dan kerahasiaan informasi pasien

d. Kosa kata terbatas

#### **4. Contoh dokumentasi CND dengan system CCC**

Penerapan dokumentasi keperawatan dapat menggunakan mode CCC (*Clinical Care Classification*). Sistem *Clinical Care Clasification* menyediakan kerangka kerja standar untuk mengklasifikasi *nursing diagnosis, nursing interventions*.

#### **5. Proses Pengembangan CND**

Dokumentasi keperawatan dengan kode menggunakan sistem terminologi keperawatan yang meliputi perencanaan, analisis, desain, pengembangan, implementasi dan evaluasi Berbagai hal yang perlu disediakan:

1) Alat Perlengkapan yang disiapkan adalah

- 1) Sistem Informasi Kesehatan Elektronik
- 2) *Electronic Health Record*
- 3) *Electronic Medical Record*
- 4) *Electronic Patient Record*
- 5) Sistem Informasi

2) Sumber Daya Manusia

- 1) Perawat, Providers
- 2) *Consulting Providers*,
- 3) *Allied health professionals*

## REFERENCE

- Almasi, et al. (2019). Effects of Problem, Intervention, Evaluation (PIE) training on the Quality of Nursing Documentation Among Students of Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. *Strides in Development of Medical Education*. In Press. 10.5812/sdme.65204.
- American Nurses Association. (2010). *Introduce Principle for Documentation Brochure for Nurses*, Nevada Information
- Aziz. A. (2002). *Pengantar Dokumentasi Proses Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- Eriyani. (2020). *Bahan Ajar Dokumentasi Keperawatan*. Medan : Stikes BINALITA SUDAMA.
- Rezkiki, F., & Ilfa, A. (2018). Pengaruh Supervisi Terhadap Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Ruang Non Bedah. *Real in Nursing Journal*, 1(2), 67-76

## PROFIL PENULIS

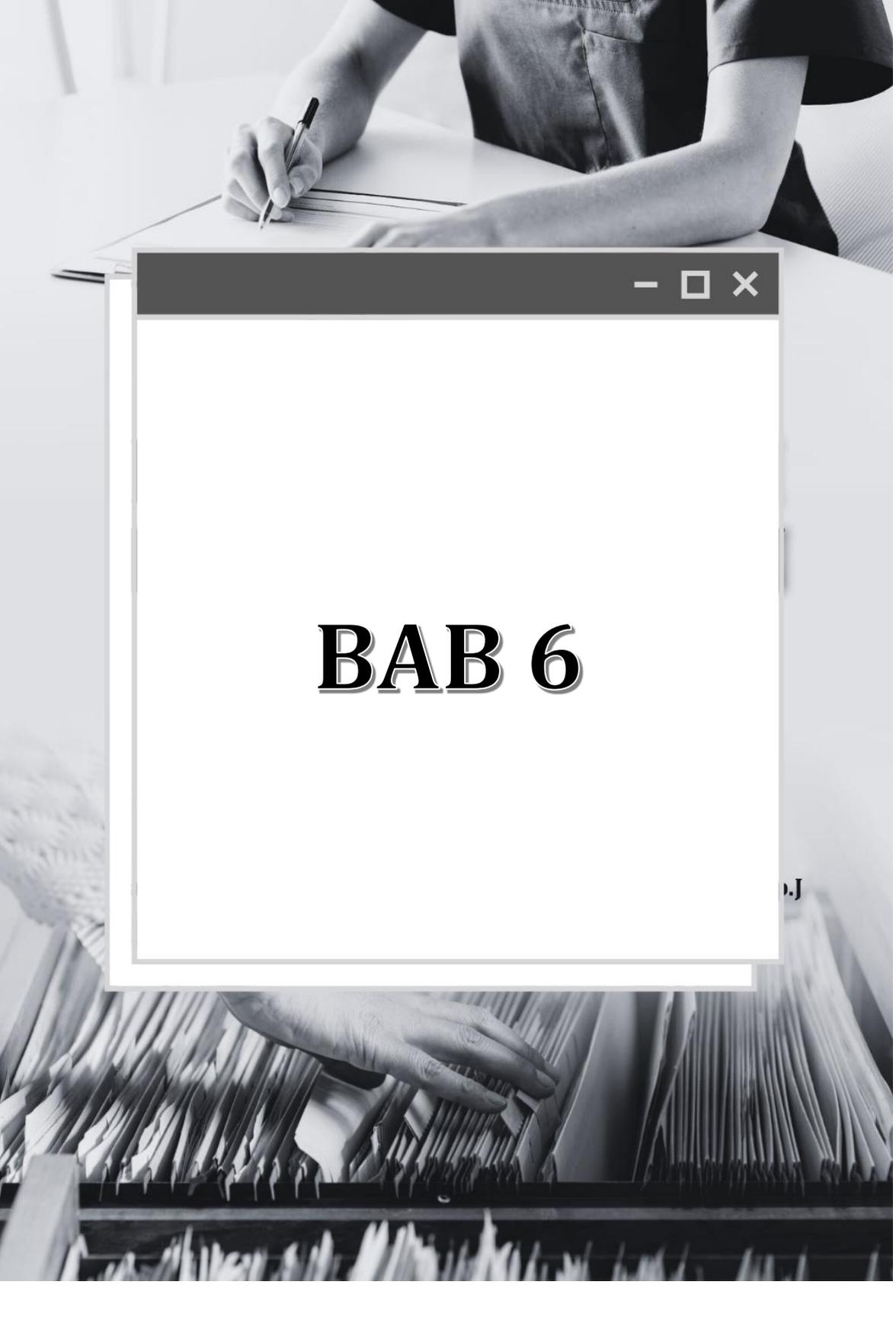
### **Ns. Tri Purnamawati, M.Kep., Sp.Kep.An**

Penulis Lahir di Jakarta, 10 Oktober 1983, Menikah dan memiliki 2 orang anak, pekerjaan sebagai Dosen Ilmu Keperawatan. Riwayat pendidikan : Tahun 2006 Lulus S1 profesi Ners di Universitas Muhammadiyah Jakarta, Tahun 2015 Lulus Magister Keperawatan dan Tahun 2016 Lulus Spesialis Keperawatan Anak di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.



Pengalaman bekerja sebagai perawat pelaksana pada tahun 2006 - 2008 dan dosen keperawatan sejak tahun 2008 di Politeknik Hang Tuah Jakarta. Penulis aktif dalam organisasi antara lain pada Ikatan Perawat Anak Indonesia (IPANI) Provinsi DKI Jakarta sebagai Sekretaris dan PPNI DPK RSAL Dr. Mintohardjo sebagai Anggota Pengurus Bidang organisasi Kaderisasi dan Hukum. Selain melakukan Tri Dharma Perguruan Tinggi, penulis juga aktif sebagai narasumber pada kegiatan seminar dan pelatihan khususnya dibidang keperawatan.

**Motto Penulis : Jadilah orang yang selalu bersyukur dan bermanfaat untuk lingkungan disekitar kita**



# BAB 6

# **SISTEM DOKUMENTASI (Hasian Leniwita, S.Kep.,Ners.,M.Kep)**

Universitas Kristen Indonesia

Jl. Mayor Jendral Sutoyo, RT.5/RW.11, Cawang, Kec. Kramat jati,  
Kota Jakarta Timur, Daerah Khusus Ibukota Jakarta

Email: [hasianleni@gmail.com](mailto:hasianleni@gmail.com)

Dokumentasi menjadi area yang perlu mendapat perhatian yang cermat. Keefektifan sistem dokumentasi dapat berpengaruh terhadap kerjasama tim dan perkembangan teknologi yang berkembang pesat mempengaruhi dunia kesehatan termasuk layanan keperawatan. Sistem dokumentasi merujuk pada semua proses pengumpulan, penyimpanan, pengorganisasian, dan pengelolaan dokumen dalam organisasi atau lingkungan kerja. Sedangkan yang menjadi tujuan utama dari sistem dokumentasi ialah memudahkan aksesibilitas, kolaborasi, dan pemeliharaan dokumen agar informasi yang terkandung dalam dokumen-dokumen tersebut dapat digunakan dengan efisien.

## **A. DEFINISI**

Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) menyatakan dokumentasi adalah pengumpulan, pemilihan, pengolahan dan penyimpanan informasi dalam bidang pengetahuan. Dokumentasi juga merupakan pemberian atau pengumpulan bukti dan keterangan seperti gambar, kutipan, guntingan koran, dan bahan referensi lain. Sistem dokumentasi keperawatan merupakan segala yang tertulis atau

tercetak dilakukan oleh individu yang berwenang, catatan yang diberikan dalam proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, Implementasi dan evaluasi keperawatan ( Potter & Perry, 2010)

## **B. PENTINGNYA DOKUMENTASI KEPERAWATAN**

Pendokumentasian keperawatan sejak awal merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari kinerja profesionalitas dan aktivitas layanan keperawatan. Di awal dokumentasi keperawatan menggunakan format kertas (*paper based*), tetapi seiring perkembangan teknologi canggih, maka dokumentasi keperawatan dikembangkan menjadi *elektronik based* dengan dukungan teknologi informasi dan system komputerisasi dan disebut sebagai sistem dokumentasi keperawatan.

## **C. TUJUAN DARI SISTEM DOKUMENTASI KEPERAWATAN**

Pernyataan Ali (2010) antara lain:

- 1) Menghindari kesalahan, duplikasi dan informasi yang kurang lengkap dalam pekerjaan keperawatan.
- 2) Meningkatkan koordinasi yang baik dan dinamis antara rekan kerja atau dengan pihak lain melalui pendokumentasian pekerjaan pemeliharaan yang efektif .
- 3) Meningkatkan efisiensi dan efektivitas tenaga keperawatan.
- 4) Terjaminnya kualitas asuhan keperawatan.
- 5) Tersedianya perawat dari suatu keadaan yang memerlukan penanganan secara hukum.
- 6) Tersedianya data-data dalam penyelenggaraan penelitian karya ilmiah, pendidikan, dan penyusun/penyempurnaan standar asuhan keperawatan.
- 7) Melindungi pasien dari tindakan malpraktek.

## **D. STANDAR SISTEM DOKUMENTASI**

Standar dokumentasi menurut Azis Alimul (2021). Standar digunakan untuk panduan, arahan dalam pendokumentasian di layanan asuhan keperawatan berupa proses keperawatan yang sistematis: pengkajian-evaluasi keperawatan, dan ada tiga karakteristik standar, diantaranya:

1. Klasifikasi standar dokumentasi dari "Sudut Pandang Perawat" menjadi panduan dan protokol dalam profesionalitas perawat dalam sistem dokumentasi keperawatan.
2. Klasifikasi standar dokumentasi dari "Sudut Pandang Pasien" dokumentasi yang dapat memberitahukan pada pasien kualitas dan tanggung jawab layanan askep yang berguna untuk kepuasan pasien.
3. Karakteristik standar Akreditasi, pedoman yang harus diikuti sesuai standar yang ada di layanan kesehatan khususnya pada kegiatan observasi dan evaluasi.

#### **E. MANFAAT SISTEM DOKUMENTASI**

Menurut DeLaune & Patricia K.Ladner, (2011) menyatakan sistem dokumentasi memiliki makna penting seperti:

1. Aspek hukum:  
Semua informasi pasien adalah dokumen resmi atau resmi dan memiliki nilai hukum.
2. Kualitas Layanan:  
Dokumentasi data pasien yang lengkap, jelas, dan akurat membantu perawat menyelesaikan masalah pasien.
3. Komunikasi:  
Mendokumentasikan kondisi pasien adalah "perekam" untuk hal-hal yang berhubungan dengan pasien, dan perawat atau petugas

kesehatan lainnya dapat melihat dokumentasi yang ada sebagai komunikasi.

4. Pendanaan:

Semua pelayanan medis yang diterima oleh pasien dapat dijadikan sebagai rujukan atau sebagai kompensasi biaya pengobatan pasien.

5. Pendidikan:

Sistem pendokumentasian yang baik dapat dijadikan sebagai modal pendidikan, karena dapat dijadikan sebagai bahan referensi bagi mahasiswa atau pembelajaran profesi keperawatan.

6. Penelitian:

Dokumentasi tersebut dapat digunakan sebagai bahan atau sebagai objek penelitian/penelitian untuk pengembangan profesi keperawatan.

7. Akreditasi:

Peran dan tanggung jawab perawat dalam perawatan pasien didokumentasikan dengan baik dan dapat digunakan dalam akreditasi untuk pengembangan fasilitas kesehatan.

Sedangkan manfaat sistem dokumentasi menurut Gurlay, L (2011) *Electronic Medical Record (EMR)* atau Rekam Medis Elektronik (RME) menawarkan manfaat berikut:

- a. Penghematan biaya melalui penggunaan kertas dalam akuntansi.
- b. Tidak perlu persediaan besar di gudang arsip
- c. Ruang penyimpanan (*record*) data pasien lebih lama. 4. EMR yang dirancang dengan baik mendukung kemandirian yang bertanggung jawab.
- d. Membantu mencari informasi dengan cepat, sehingga dapat

- membantu juga dalam pengambilan keputusan yang cepat.
- e. Meningkatkan produktivitas pekerja.
  - f. Mengurangi kesalahan dalam menginterpretasikan arsip.

**F. KOMPONEN PENTING DALAM SISTEM DOKUMENTASI KEPERAWATAN** (Rahmi, 2022) antara lain:

1. Catatan Medis Elektronik (CME): CME adalah sistem yang memungkinkan perawat dan profesional kesehatan lainnya untuk mencatat dan mengakses informasi pasien secara elektronik. CME mencakup riwayat medis pasien, hasil tes laboratorium, resep obat, tindakan medis, dan catatan perawatan lainnya.
2. Diagnosis dan Rencana Perawatan: Sistem dokumentasi keperawatan harus mencakup pencatatan diagnosis pasien, baik yang telah didiagnosis sebelumnya maupun yang baru. Selain itu, rencana perawatan yang terperinci dan terstruktur harus disusun, mencakup tindakan perawatan yang direncanakan, terapi yang diberikan, dan tujuan perawatan yang diharapkan.
3. Catatan Keperawatan: Catatan keperawatan mencakup semua tindakan perawatan yang dilakukan oleh perawat. Ini termasuk pemantauan tanda vital, pemberian obat, perawatan luka, pengkajian pasien, intervensi perawatan, serta respons dan tanggapan pasien terhadap perawatan yang diberikan.
4. Pengkajian Pasien: Sistem dokumentasi harus mencakup pengkajian awal pasien, yang mencakup riwayat medis, riwayat keluarga, riwayat alergi, dan riwayat penyakit sebelumnya. Pengkajian pasien juga melibatkan evaluasi fisik dan psikososial

pasien, termasuk pemeriksaan fisik, status mental, dan tingkat nyeri.

5. Kolaborasi Tim Perawatan: Sistem dokumentasi keperawatan harus memfasilitasi kolaborasi dan komunikasi antara anggota tim perawatan, seperti dokter, perawat, ahli gizi, farmasis, dan terapis. Ini termasuk pencatatan konsultasi, catatan perkembangan, dan informasi yang relevan dibagikan antara anggota tim perawatan.
6. Pemantauan dan Evaluasi: Sistem dokumentasi keperawatan harus mencatat pemantauan yang dilakukan terhadap pasien, termasuk pengukuran tanda vital, hasil tes laboratorium, dan evaluasi respons terhadap perawatan. Data ini penting untuk memantau perubahan kondisi pasien dan mengukur efektivitas intervensi perawatan.
7. Keamanan dan Privasi: adalah aspek penting dalam sistem dokumentasi keperawatan. Sistem harus memastikan bahwa akses terhadap catatan medis hanya diberikan kepada individu yang berwenang dan melindungi informasi pasien dari penyalahgunaan atau pencurian.

**G. LINGKUP SISTEM DOKUMENTASI PADA PROSES KEPERAWATAN (Eriyani, 2020) ialah:**

1. Awal masuk layanan kesehatan
2. Pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang
3. Diagnosa keperawatan
4. Intervensi keperawatan
5. Edukasi Pendidikan kesehatan
6. Kontroling
7. Update perkembangan hasil

8. Evaluasi kembali rencana
9. Justifikasi terhadap proses intervensi, jika diperlukan
10. Rujukan
11. Pasien selesai rawat

## **H. SISTEM PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN DI INDONESIA.**

Perkembangan teknologi khususnya bidang informasidan komunikasi memberi pengaruh terhadap dunia keperawatan. Teknologi canggih dan tututan dari masyarakat untuk layanan kesehatan dan kualitas keperawatan meningkat, maka mau tidak mau mengharuskan perawat untuk lebih meningkatkan kemampuan dan pengembangan diri.

Teknologi canggih dapat digunakan juga untuk peningkatan sistem dokumentasi berbasis teknologi informasi dengan dukungan sistem komputerisasi.

Sistem dokumentasi perawatan di Indonesia saat ini masih berbeda. Sebagian besar rumah sakit tetap menggunakan sistem dokumentasi yang mencatat dalam format kertas yang tersedia (berbasis kertas), sementara hanya sebagian kecil yang mulai mengembangkan sistem dokumentasi keperawatan berbasis teknologi informasi komputerisasi (elektronik). Penelitian melalui literatur review yang dilakukan Rosari T & Hanny H (2019) menyatakan dengan adanya perkembangan teknologi informasi dan komunikasi saat ini, sangat memungkinkan bagi perawat untuk memiliki sistem dokumentasi perawatan yang lebih maju dengan memanfaatkan perkembangan teknologi informasi. Kualitas pekerjaan keperawatan yang ditawarkan kepada pasien dapat

ditingkatkan dengan dokumentasi pekerjaan keperawatan yang dibantu komputer. Selain itu, pendokumentasian terkomputerisasi dapat membantu perawat mengurangi waktu yang diperlukan untuk proses pendokumentasian, memungkinkan perawat untuk tetap berhubungan dengan pasien lebih lama saat memberikan perawatan, dan kesalahan dalam pendokumentasian dan evaluasi hasil pekerjaan keperawatan yang dilakukan dapat dikurangi.

## **I. KESIMPULAN DARI BAB INI**

1. Dokumentasi keperawatan merupakan bagian integral atau satu kesatuan yang tak dapat dipisahkan dari Askep dan salah satu bagian yang diperlukan dalam dunia keperawatan.
2. Sistem dokumentasi keperawatan adalah segala sesuatu yang tercetak atau tertulis dan dapat dijadikan bukti-bukti yang sah bila diperlukan. (Potter, 2010).
3. Pernyataan Dash, *et all*, (2019) Sistem dokumentasi dapat memudahkan dalam pengambilan keputusan, sebagai informasi, mudah di dapat/akses, dapat meminimalisir kehilangan data dan kerusakan catatan perkembangan pasien. Memudahkan pertukaran informasi dan koordinasi sesama perawat ataupun juga dengan tenaga kesehatan lainnya, juga membantu menegakkan data keakuratan pasien, dapat mengakses kemajuan perkembangan kesehatan pasien serta mengurangi biaya perawatan selama berada dalam layanan kesehatan.
4. Sistem catatan keperawatan secara elektronik tetap harus memperhatikan prinsip kerahasiaan data pasien, komprehensif, akurat, tepat waktu, dan jelas mengidentifikasi pemberi perawatan.

**Gambar 6.1 Sistem dokumentasi: Dokumentasi *Paper Based***



**Gambar 6.2 Sistem Dokumentasi *Elektronic Based***



Sumber: Training SDM

## REFERENCE

- Ali, (2010). *Konsep dukungan keluarga*. Jakarta: Salemba Medika
- Azis Alimul H. (2021). *Dokumentasi Keperawatan; Aplikasi Praktek Klinik*. Health Books Publishing
- Dash, S., Shakyawar, S. K., Sharma, M., & Kaushik, S. (2019). *Big data in healthcare: management, analysis and future prospects*. *Journal of big data*, 6(1), 1-25.
- DeLaune & Patricia K.Ladner, (2011) *Fundamentals of Nursing: Standards and Practice Fourth Edition*, Delmar Cengage Learning
- Dewi, S. C. (2017). *Pengembangan Dokumentasi Keperawatan Berbasis Teknologi Informasi*. *Jurnal Ilmu dan Teknologi Kesehatan*, 2(1)
- Eriyani, (2020) *Bahan Ajar Dokumentasi Keperawatan, Sekolah Tinggi Binalita Sudama, Medan*
- Gurley, K., & Norcio, A. F. (2011). *Preliminary framework for studying self-reported data in electronic medical records within a continuing care retirement community*. In *Universal Access in Human-Computer Interaction. Users Diversity: 6th International Conference, UAHCI 2011, Held as Part of HCI International 2011, Orlando, FL, USA, July 9-14, 2011, Proceedings, Part II* 6 (pp. 159-165). Springer Berlin Heidelberg.
- KBBI di akses melalui: <https://kbbi.web.id/dokumentasi>
- Marrelli, T. M. (2008). *Buku saku dokumentasi keperawatan*. EGC.
- Potter and Perry (2010). *Fundamental of Nursing*. Edisi 7. Buku 1 Singapore: Elsevier
- Rahmi, U., & Kep, M. (2022). *Dokumentasi keperawatan*. Bumi Medika. Diakses: <https://books.google.co.id/books?hl=id&lr=>



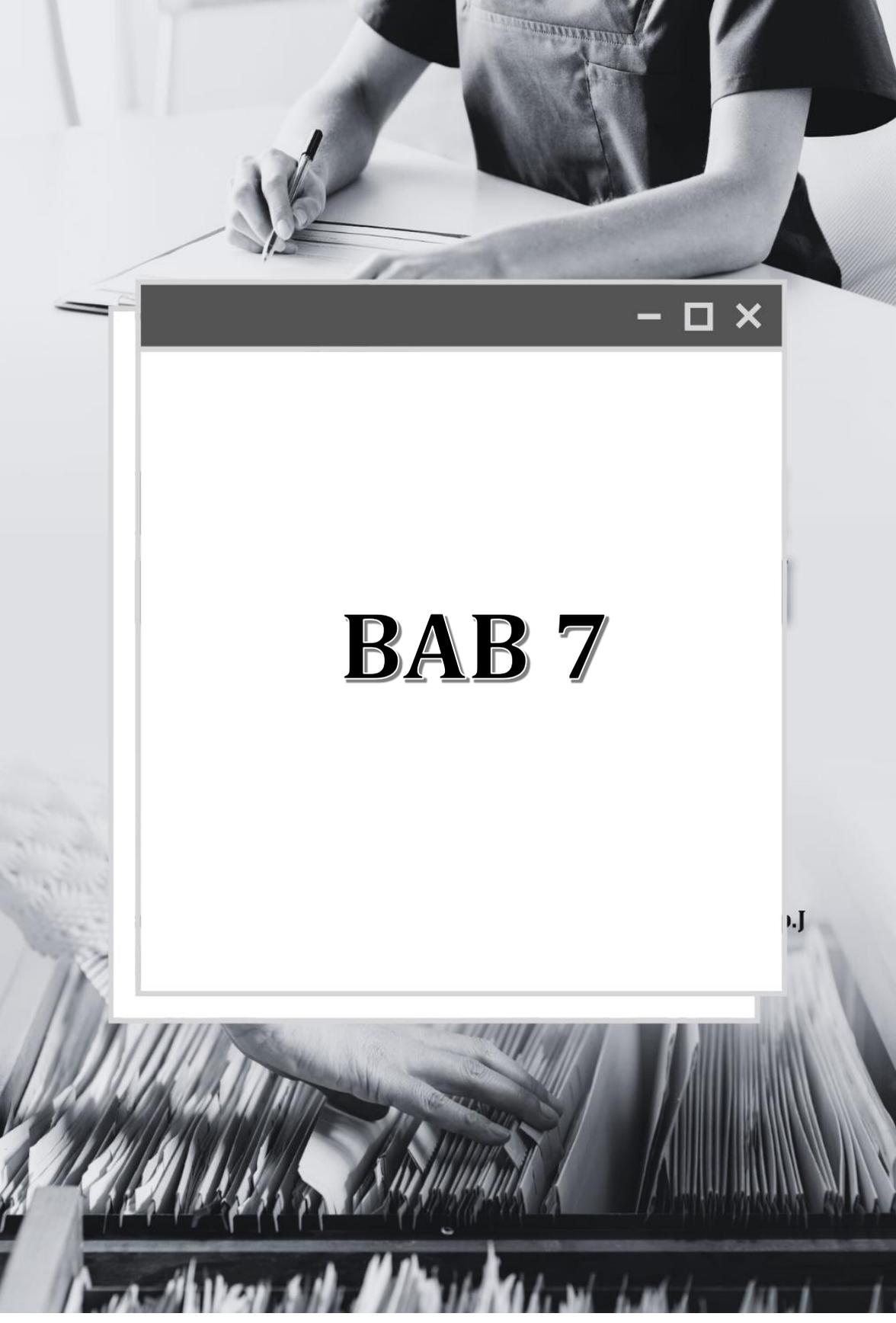
## PROFIL PENULIS

**Ns.Hasian Leniwita ,S.Kep., M.Kep.**

Penulis lahir di Minas Kabupaten Riau Pekanbaru adalah seorang dosen di Prodi Keperawatan Fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia (UKI) Jakarta. Dalam hal pengajaran, penulis mengampu mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah, Dokumentasi Keperawatan dan Komunikasi juga Konsep Dasar Keperawatan. Saat ini penulis sedang menempuh Pendidikan Spesialis Keperawatan Medikal Bedah di Universitas Muhammadiyah Jakarta tahun 2022. Kecintaan terhadap profesi perawat, membuat penulis terus menghidupi dan menjalani kehidupan profesionalisme perawat khususnya dalam mendidik Mahasiswa calon perawat dan terus berjuang berguna bagi orang lain, khususnya bagi keluarga, dan peserta didik. Hal ini dapat diraih tentunya karena Anugerah serta pertolongan Tuhan yang Maha Kuasa. Penulis memiliki salah satu prinsip” **Diberkatilah Orang Yang Mengandalkan Tuhan”**



Email penulis: [hasianleni@gmail.com](mailto:hasianleni@gmail.com)



# BAB 7

# **ASPEK LEGAL PENDOKUMENTASIAN**

## **(Ns. Elizabeth Risha Murlina Lema, S.Kep., M.Kep.)**

Universitas Kristen Indonesia

Jl. Mayor Jendral Sutoyo, RT.5/RW.11, Cawang, Kec. Kramat jati,  
Kota Jakarta Timur, Daerah Khusus Ibukota Jakarta

Email: elizabeth.risha@uki.ac.id

### **A. ASPEK LEGAL DOKUMENTASI KEPERAWATAN**

#### **1. Pendahuluan**

Keperawatan merupakan pelayanan professional berdasarkan oleh ilmu dan kiat dalam keperawatan. Pelayanan ini bersifat holistik yaitu mencakup pelayanan bio, psiko, sosial dan spiritual komprehensif yang ditujukan kepada individu, kelompok dan masyarakat, baik sakit maupun sehat. Pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan khususnya seorang perawat kepada pasien yang memiliki masalah kelemahan fisik dan mental serta keterbatasan pengetahuan serta ketidakmampuan pasien untuk melakukan kegiatan seperti pada saat sebelum sakit (Olfah, 2013).

Melakukan dokumentasi keperawatan merupakan salah satu tugas seorang yang wajib di lakukan. Dokumen adalah catatan dari dokter, dokter gigi dan/atau tenaga kesehatan tertentu, laporan hasil pemeriksaan penunjang, catatan observasi dan pengobatan sehari-hari, dan catatan apapun baik berupa foto radiologi atau elektrodiagnostik. Sedangkan dokumentasi keperawatan

merupakan bukti bahwa perawat mencatat dan melaporkan catatan keperawatan yang berguna bagi klien, perawat, dan tim kesehatan dalam pemberian pelayanan kesehatan. Seorang perawat memerlukan waktu 35 sampai 140 menit untuk melakukan pendokumentasian dalam proses keperawatan. Seorang perawat dalam melakukan pendokumentasian harus tetap berlandaskan pada aspek legal pendokumentasian. Dalam suatu pelayanan kesehatan dokumentasi keperawatan menjadi aspek yang sangat penting untuk dilakukan, karena melalui dokumentasi keperawatan perawat dapat berkolaborasi dengan profesi ini.

Dengan melakukan proses dokumentasi keperawatan, perawat tidak hanya menangkap informasi dalam format yang mudah diakses, tetapi juga fokus pada proses dan hasil pencatatan (Potter & Perry, 1997). Hal tersebut menunjukkan bahwa perawat harus memperhatikan mulai dari proses mencatat sampai memepertahankan kualitas pencatatan yang dibuat karena dokumen keperawatan memegang yang sangat penting. Kelengkapan dan keakuratan pendokumentasian proses keperawatan akan menentukan mutu dan kualitas asuhan keperawatan. Perawat yang terlatih dalam dokumentasi keperawatan sangat bermanfaat bagi pasien karena mereka menerima layanan keperawatan yang berkualitas, efisien dan efektif. Manfaat perawat itu sendiri antara lain pengembangan pemikiran kritis dan teknis, serta meningkatkan citra perawat di mata masyarakat. Rumah sakit mendapat manfaat dari peningkatan kualitas pelayanan rumah sakit sampai-sampai banyak orang percaya akan mempengaruhi keuntungan rumah sakit.

Sebagai pengantar, perlu diketahui dasar hukum dan sumber hukum dari aspek ini, berikut adalah dasar hukum yang berlaku:

- a. PMK No. 269/ 2008 tentang Rekam Medis
- b. UU No. 44/ 2009 tentang Rumah Sakit
- c. PMK No. HK. 02.02.-148/2010 tentang Ijin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat

Sementara itu sumber hukum dari aspek legal dokumentasi keperawatan didasarkan oleh konstitusi, badan legislative, sistem peradilan (yudikatif) dan peraturan administrative.

## **2. Definisi Rekam Medis**

Permenkes No. 749 tahun 1989 menyebutkan rekam medis merupakan berkas yang berisikan catatan dan dokumen mengenai identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan. Selain itu berikut sejumlah definisi rekam medis:

- a. Menurut UU Praktik Kedokteran Pasal 46 ayat (1)

Rekam medis merupakan berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

- b. Menurut Permenkes No 269/MENKES/PER/III/2008

Rekam medis merupakan berkas berisi catcatan dan dokumentasi tentang pasien yang berisi identitas, pemeriksaan, pengobatan, tindakan medis lain pada sarana pelayanan kesehatan untuk rawat jalan, rawat inap baik dikelola pemerintah maupun swasta.

- c. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 749a/Menkes/Per/XII/1989

Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan yang diperbaharui.

d. Menurut SK. MenPan No. 135 tahun 2002

Rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien disarana pelayanan kesehatan.

e. Menurut Health Information Management, Edna K. Huffman, 1999

Rekam medis adalah fakta yang berkaitan dengan keadaan pasien, riwayat penyakit dan pengobatan masa lalu serta saat ini, ditulis oleh profesi kesehatan yang memberikan pelayanan kepada pasien tersebut.

f. Menurut Huffman EK, 1992

Rekam medis adalah rekaman atau catatan mengenai siapa, apa, mengapa, bilamana pelayanan yang diberikan kepada pasien selama masa perawatan yang memuat pengetahuan mengenai pasien dan pelayanan yang diperolehnya, serta memuat informasi yang cukup untuk menemukan (mengidentifikasi) pasien, membenarkan diagnosis dan pengobatan serta merekam hasilnya.

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa rekam medis merupakan catatan yang ditulis oleh tenaga kesehatan mengenai kondisi pasien, pengobatan pasien dan identitas pasien secara lengkap. Rekam medis menjadi satu-satunya bukti yang sah secara hukum mengenai bagaimana institusi kesehatan melayani pasiennya.

### 3. **Manfaat Dokumentasi Keperawatan**

Secara klinis manfaat dokumentasi keperawatan adalah untuk membimbing pemberi perawatan dan mencatat status klien atau respon klien (Subekti et al., 2012).

Nursalam (2017) membuat poin yang sama, mencatat bahwa dokumentasi keperawatan memberikan manfaat sebagai berikut:

- a. Alat komunikasi antara perawat dan petugas kesehatan lainnya
- b. Dapat digunakan sebagai dokumen legal dan memiliki nilai legal
- c. Dapat meningkatkan mutu pelayanan asuhan
- d. Menjadi acuan atau acuan pembelajaran dalam meningkatkan ilmu keperawatan
- e. Ada nilai dalam penelitian keperawatan dan penelitian pengembangan.

Menurut (Prabowo, 2018) manfaat rekam medis antara lain:

- a. Secara Administratif

Rekam medis adalah catatan data administrative yang di tulis oleh tenaga kesehatan. Melalui pencatatan secara administratif ini akan menuntun individu untuk menulis secara rinci. Oleh karena itu, kemampuan ini sangat dibutuhkan oleh seorang perawat agar menghasilkan catatan keperawatan secara lebih rinci dan sistematis.

- b. Secara Hukum

Secara hukum rekam medis ini memiliki manfaat untuk dijadikan bukti yang sah di pengadilan. Secara hukum, rekam medis berisi catatan medis dan memiliki kekuatan hukum serta bisa berbicara di pengadilan.

- c. Secara Finansial

Melalui catatan secara detail dari proses keperawatan, institusi kesehatan memiliki bukti yang kuat mengenai pelayanan apa saja yang sudah di terima oleh pasien sehingga melalui rekam medis dapat dijadikan dasar untuk perincian biaya pelayanan kesehatan yang harus dibayar oleh pasien.

d. Manfaat dalam Ranah Penelitian

Data rekam medis dapat dijadikan bahan untuk penelitian dalam bidang kedokteran, keperawatan dan bidang kesehatan lainnya, sehingga dapat meningkatkan kemampuan akademik dari mahasiswa dibidang kesehatan maupun mahasiswa di luar bidang kesehatan.

e. Manfaat Pendidikan

Data-data dalam rekam medis dapat juga digunakan sebagai bahan ajar mahasiswa di bidang kesehatan baik kedokteran, keperawatan maupun bidang kesehatan lainnya.

f. Dokumentasi

Rekam medis adalah media penyimpanan berbagai dokumen yang berkaitan dengan kesehatan pasien. Institusi kesehatan yang memiliki sistem pendokumentasian yang baik akan memiliki sistem arsip yang sistematis dan terstruktur. Hal tersebut akan membawa manfaat bagi peningkatan ilmu keperawatan serta tujuan proses asuhan keperawatan dapat tercapat dan para tenaga kesehatan khususnya seorang perawat dapat melakukan evaluasi terhadap kinerja mereka.

#### **4. Implikasi Etik Dokumentasi Keperawatan**

Terdapat tiga hal yang perlu diperhatikan dalam pelaksanaan etik dokumentasi keperawatan (Dalami et al., 2011) antara lain:

a. Pandangan etik dokumentasi keperawatan

Asuhan keperawatan yang perawat lakukan hanya difokuskan pada keadaan klien. Proses keperawatan yang dilakukan oleh seorang perawat akan membangun rasa kepercayaan dan penentuan akan kesehatan pasien sehingga dalam melakukan proses ini sangat kompleks dan etis. Proses dokumentasi yang dilakukan akan menjawab pertanyaan secara jelas. Informasi

yang akurat akan membantu dalam pemecahan masalah yang membutuhkan dokumentasi yang obyektif dalam situasi apapun.

b. Menjaga kerahasiaan pasien

Menjaga kerahasiaan pasien atau *privacy* wajib dilakukan oleh tenaga Kesehatan khususnya seorang perawat dalam melaksanakan praktik keperawatan. pencatatan tentang pelayanan Kesehatan merupakan suatu jaminan dan keakuratan dalam asuhan keperawatan. Perawat memiliki peran penting dalam menjaga kerahasiaan dan keamanan pencatatan kesehatan klien. Dalam melakukan proses pendokumentasian perawat harus berhati-hati karena perawat akan berurusan dengan informasi mengenai data klien, nama klien, alamat, tanggal masuk, alasan masuk bahkan data rahasia seperti data klinis Pemeriksaan, observasi, pengobatan, percakapan klien dengan perawat.

c. Moral perjanjian

Konsistensi moral adalah pertimbangan etis yang digunakan dalam dokumentasi keperawatan. Berikut hal yang mencakup dalam moral perjanjian, yaitu:

a) Perizinan Tidak Langsung

Saat seorang perawat ingin memeriksa tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu dan respirasi rate), pasien secara langsung memberikan tangannya untuk dilakukan pemeriksaan.

b) Perizinan Langsung

Seorang pasien datang secara sukarela ke rumah sakit karena sakit.

c) Perizinan Perlu Pemberitahuan

Pada perizinan perlu pemberitahuan yang biasa ditemukan

adalah pasien akan membuat keputusan rasional sebelum menentukan keputusan. Hal tersebut biasanya terjadi ketika dokter menyarankan untuk segera dilakukan tindakan operasi, maka dokter harus memberikan penjelasan terlebih dahulu.

## 5. Komponen Informasi yang Relevan Secara Hukum

(Prabowo, 2018) menjelaskan tiga komponen informasi yang relevan secara hukum ketika seorang perawat melakukan dokumentasi keperawatan, yaitu:

### 1) Kondisi Fisik, Mental dan Emosi

Kondisi ini mencakup berbagai tanda serta gejala fisik dan mental pasien, hasil penelitian laboratorium terhadap kondisi fisik pasien serta berbagai informasi yang relevan, seperti informasi umum yang berasal dari alat bantu yang digunakan oleh pasien.

### 2) Perilaku Pasien

- a. Partisipasi pasien terhadap berbagai tindakan keperawatan
- b. Respon pasien terhadap lingkungan, orang lain serta keluarga
- c. Serta respon pasien terhadap pertanyaan orang

### 3) Tindakan atau Perawatan

- a. Tindakan pengobatan rutin, tindakan non rutin
- b. Pengawasan asuhan keperawatan
- c. Tingkat mobilitas, *neurologic*, *neurovaskuler*, *intake/ output*, cairan serta nutrisi dan perlindungan dari bahaya radiasi
- d. Respons pasien terhadap berbagai tindakan keperawatan
- e. Keseimbangan cairan, konsumsi makanan
- f. Status sirkulasi-respirasi
- g. Respons pasien terhadap ketidaknyamanan
- h. Berbagai keluhan pasien

- 4) Komponen informasi yang relevan secara hukum
  - a. Paham mengenai konteks hukum malpraktik
  - b. Konkret dan akurat sesuai dengan proses keperawatan yang digunakan
  - c. Situasi dan kondisi pasien yang sudah terdokumentasi

## 6. Rekam Medis Berkaitan dengan Aspek Legal

Menurut (Prabowo, 2018) berikut isi rekam medis yang wajib untuk di cantumkan secara legal ketika perawat melakukan pendokumentasian pada proses asuhan keperawatan, antara lain:

- a. Seorang perawat harus mencatat setiap gejala, fenomena atau peristiwa yang diamati selama aktivitas perawatan pasien
- b. Setiap tindakan yang telah diselesaikan tetapi tidak terdaftar secara hukum dianggap tidak dilakukan
- c. Rekam medis yang dimasukkan oleh perawat harus berdasarkan fakta dan penilaian klinis
- d. Seorang perawat wajib memberikan paraf pada catatan dokumentasi keperawatan di setiap tindakan keperawatan
- e. Seorang perawat wajib menuliskan dokumentasi keperawatan secara jelas sehingga dapat dibaca oleh teman sejawat maupun tenaga kesehatan lain
- f. Jangan menuliskan kalimat yang bersifat menuduh atau mengkritik kolega atau petugas kesehatan lainnya
- g. Jika salah menulis, coret dengan satu garis dan ditambahkan paraf
- h. Ketika melakukan pendokumentasian keperawatan perawat dilarang untuk menghapus, menutup dengan *tip-ex* atau cairan penghapus, atau mencoret-coret sehingga tidak dapat dibaca ulang
- i. Bila proses koreksi dilakukan di komputer, maka catatan

sebelumnya harus diberi jarak atau *space* tanpa menghapus isi yang salah

- j. Seorang perawat dilarang untuk merubah catatan rekam medis dengan cara apapun.

7. **Standar Rekam Medis menurut Standar *Join Commission International* (JCI)**

Standar	Elemen Penilaian
<p>AOP1.1 Rumah sakit menetapkan anamnesa minimal yang harus dilakukan berdasarkan peraturan atau UU dan standar professional</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rumah sakit menetapkan anamnesa minimal yang harus dilakukan oleh setiap disiplin, serta elemen apa yang diperlukan dari riwayat pasien dan berbadai pemeriksaan fisik</li> <li>2. Hanya individu yang memiliki kualifikasi yang diijinkan sesuai lisensi, UU serta sertifikat yang boleh melakukan anamnesa</li> <li>3. Kebijakan menetapkan anamnesa minimal apa yang harus dilakukan untuk RWI</li> <li>4. Kebijakan menetapkan anamnesa minimal apa yang harus dilakukan untuk RWJ/OPD</li> </ol>
<p>AOP1.2 Pengkajian awal pasien termasuk penilaian fisik, psikologik, sosial, ekonomi dan riwayat kesehatan pasien</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Semua pasien memiliki pengkajian awal termasuk riwayat dan pemeriksaan fisik yang konsisten dengan ketetapan RS (SOP)</li> <li>2. Setiap pasien dikaji aspek psikologisnya sesuai kebutuhannya</li> <li>3. Setiap pasien menerima pengkajian awal untuk aspek sosial dan ekonomi</li> <li>4. Pengkajian awal</li> </ol>

Standar	Elemen Penilaian
<p>ACCI.2</p> <p>Pada saat penerimaan RWI, pasien dan keluarganya menerima informasi mengenai perawatan, hasil yang diharapkan selama perawatan dan biaya yang diperkirakan untuk perawatan</p>	<p>menetapkan diagnosis awal</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien dan keluarganya diberikan informasi pada waktu masuk</li> <li>2. Informasi mengenai perawatan yang akan diberikan</li> <li>3. Informasi mengenai hasil yang diharapkan</li> <li>4. Informasi mengenai biaya yang di perkirakan untuk perawatan</li> <li>5. Informasi tersebut cukup untuk pasien dan keluarganya untuk memberikan keputusan sesuai dengan pengetahuannya.</li> </ol>
<p>AOP.1</p> <p>Semua kebutuhan pasien yang dirawat oleh RS perlu diidentifikasi melalui proses anamnesa yang baku</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SOP menjelaskan informasi anamnesa apa yang diperlukan untuk pasien RWI</li> <li>2. SOP menjelaskan informasi anamnesa apa yang diperlukan untuk RWI/OPD</li> <li>3. SOP menjelaskan informasi apa yang perlu didokumentasikan untuk anamnesa.</li> </ol>

## 8. Pedoman dalam Membuat Dokumen yang Legal

Menurut (Sari, n.d.) terdapat beberapa pedoman dalam menyusun dokumen keperawatan secara legal, yaitu:

- a. Perawat harus mengetahui konsep malpraktik
- b. Perawat memberikan informasi mengenai pasien secara tepat dan akurat

- c. Perawat menyusun dan melengkapi rekam medis pasien secara tepat
- d. Perawat perlu menyadari situasi tertentu, seperti ketika mereka menerima pasien dengan masalah kompleks atau pasien yang membutuhkan perawatan kritis.
- e. Dokumentasi yang legal selalu mencerminkan apa yang telah terjadi dan yang telah dilakukan
- f. Pendokumentasian secara rutin akan mencerminkan gejala dan komplain dari pasien

## REFERENCE

- Dalami, E., Rochimah, Sinaga, B., Nurhalimah, Sumartini, M., Nurmilah, Rusmiati, & Suliswati. (2011). *Dokumentasi Keperawatan* (Vol. 1). CV. Trans Info Media.
- Nursalam. (2017). *Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional (edisi 5)* (1st ed.). Salemba Medika.
- Olfah, Y. (2013). *Konsep Dasar dan Aspek Legal Dokumentasi Keperawatan*. Badan PPSDM Kesehatan, Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Potter & Perry. (1997). *Fudamental of Nursing Concept: Buku Ajar Fundamental Keperawatan* (4th ed., Vol. 1). Mosby.
- Prabowo, T. (2018). *Dokumentasi Keperawatan*. Pustaka Baru Press.
- Sari, M. (n.d.). *Aspek Legal Dokumentasi Keperawatan*.
- Subekti, I., Hadi, S., & Ngesti, W. (2012). *Dokumentasi Proses Keperawatan (Edisi Pertama)* (1st ed.). Pustaka Baru Press.

## PROFIL PENULIS

Ns. Elizabeth Risha Murlina Lema, S.Kep., M.Kep.

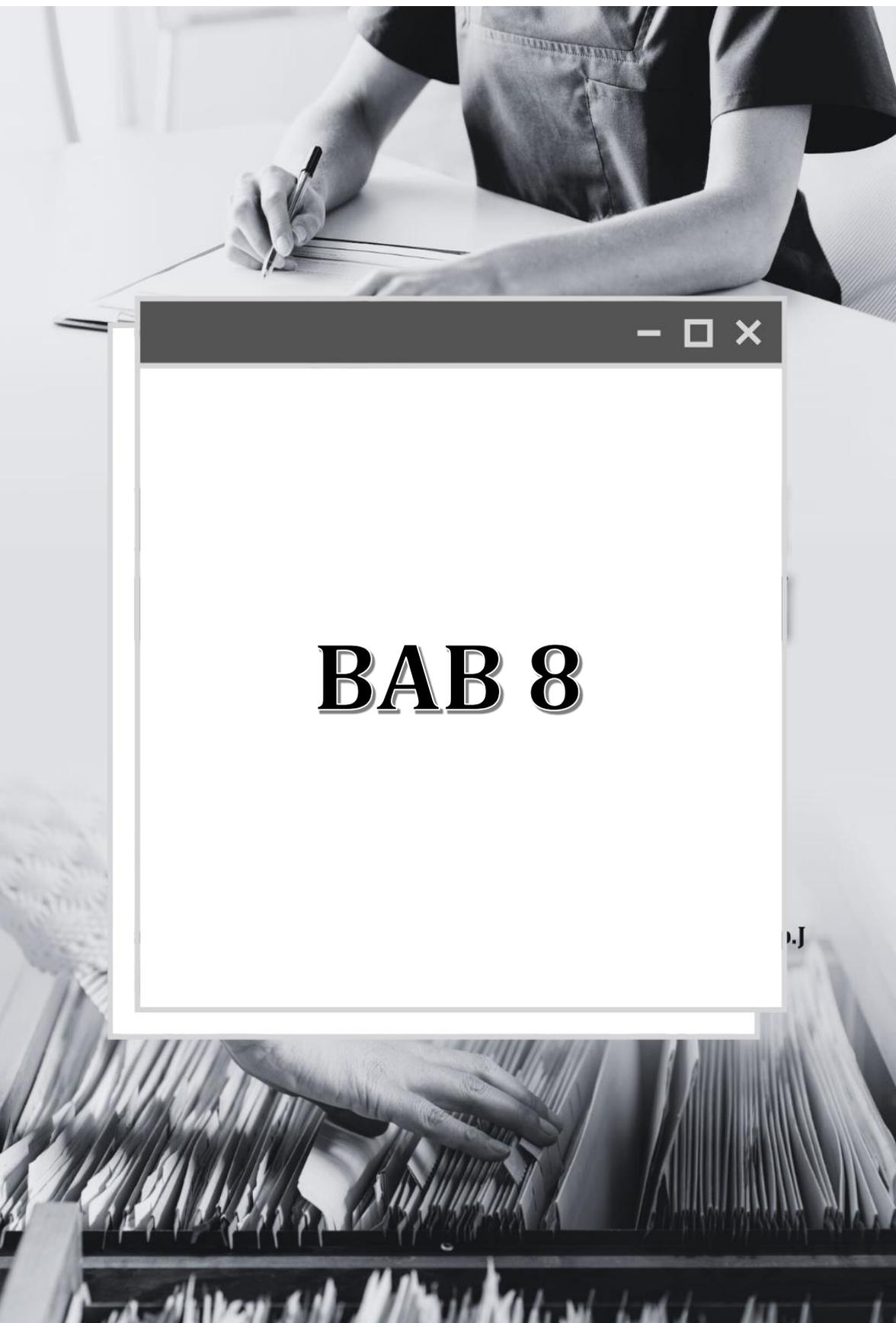
Penulis lahir di Semarang tanggal 10 Juni 1996. Saat ini penulis berdomisili di Cipinang Cempedak, Jakarta Timur. Penulis menyelesaikan pendidikan DIII Keperawatan di Politeknik Kementrian Kesehatan Semarang (tahun 2017)



kemudian penulis melanjutkan ke jenjang S1 Profesi Ners di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga (tahun 2020) dan Magister Keperawatan di Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Peminatan Keperawatan Jiwa (tahun 2022).

Penulis memulai karirnya sebagai dosen di Universitas Kristen Indonesia tahun 2022 – sekarang. Selain sebagai staff pengajar, penulis juga aktif di organisasi, seminar Kesehatan maupun kegiatan sosial. Karya tulis ini merupakan karya pertama yang penulis susun selain publikasi ilmiah yang lain. Penulis berharap buku ini bisa bermanfaat bagi pembaca.

Email Penulis: [elizabeth.risha@uki.ac.id](mailto:elizabeth.risha@uki.ac.id)



# BAB 8

.J

# **PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN (Ns. B. Antonelda M. Wawo, M.Kep., Sp.Kep.J.)**

Universitas Kristen Indonesia

Jl. Mayor Jendral Sutoyo, RT.5/RW.11, Cawang, Kec. Kramat jati,

Kota Jakarta Timur, Daerah Khusus Ibukota Jakarta

Email: akperukijaya@gmail.com

## **A. KONSEP DOKUMENTASI KEPERAWATAN**

### **1. Pengertian**

Dokumentasi adalah bentuk informasi yang menjelaskan tentang pemberian layanan kepada klien secara tertulis ataupun dihasilkan melalui elektronik (Rahmi, 2019). Guzman (2003), Dokumentasi adalah wadah informasi berawal dari sebuah proses beberapa kegiatan dalam menentukan informasi yang dibutuhkan serta sarana untuk mendapatkan informasi tersebut. Dengan demikian, dokumentasi merupakan suatu proses menentukan informasi yang dibutuhkan dalam menjelaskan pemberian layanan kepada klien baik secara tertulis maupun elektronik.

Keperawatan adalah suatu tindakan memanfaatkan lingkungan pasien untuk membantunya dalam proses pemulihan (Berman, 2015). Keperawatan juga diartikan sebagai proses pemberian asuhan keperawatan kepada klien baik sebagai individu, keluarga, kelompok dan masyarakat dalam keadaan sehat maupun sakit. Dokumentasi keperawatan adalah pelaporan yang bernilai akurat secara lengkap tentang asuhan keperawatan klien guna kepentingan klien dan tim kesehatan (Hidayat, 2021). Fisbach (1991), dokumentasi

keperawatan merupakan dokumen berisi bukti pelaksanaan tindakan keperawatan secara komprehensif mencakup aspek bio-psiko-sosial-spiritual, dan kultural menggunakan pendekatan proses keperawatan tersusun secara sistematis, lengkap, dan akurat, tertulis dalam format khusus sehingga dapat dipertanggungjawabkan secara hukum.

## 2. Tujuan

Beberapa tujuan dari pentingnya dokumentasi keperawatan untuk dilakukan, antara lain :

1. Bentuk komunikasi antar tim kesehatan. Kolaborasi interprofesional sebagai tim kesehatan membutuhkan dokumentasi sebagai alat untuk saling berbagi informasi
2. Perawatan yang berkelanjutan. Dokumentasi meminimalkan perawatan yang terfragment, *double job*, dan kelainan pemberian terapi.
3. Akuntabilitas profesional. Dokumentasi dibuat sesuai standar keperawatan yang membantu perawat mengekspresikan pengetahuan, penilaian, dan keterampilannya.
4. Legalitas. Dokumentasi yang lengkap dan sesuai standar harus dapat dipertanggung jawabkan dan dipertanggung gugatkan.
5. Berkualitas. Dokumentasi ditulis sesuai dengan standar mencakup penjelasan tentang kebijakan dan sasaran tindakan, penjelasan tentang kegiatan yang telah dilakukan, metode, serta penanggung jawab, dan penjelasan tentang pelaksanaan tugas yang menyertakan bukti tentang pelaksanaan tugas tersebut.

6. Manajemen sumber daya dan sumber dana. Dokumentasi yang berkualitas membantu alokasi sumber daya dan biaya sesuai kebutuhan dan beban kerja.
7. Penelitian. Dokumentasi yang akurat dimanfaatkan sebagai data penelitian untuk mengevaluasi implementasi keperawatan sekaligus mengukur keefektifan intervensi yang diambil.

Temuan yang didapatkan dari beberapa penelitian bahwa banyak dari catatan atau pendokumentasian yang tidak lengkap tentang informasi klien terutama aspek psikososial walaupun perawat sering terlibat dalam pemberian asuhan sesuai prinsip praktik keperawatan, dan dokumentasi yang ada sangat sedikit melibatkan klien terutama dalam hal pengambilan keputusan yang berkaitan dengan perawatannya selama di Rumah Sakit (Broderick, 2012). Dokumentasi keperawatan penting dilakukan sesuai standar dan disimpan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan no 38 tahun 2014 pasal 34 (ayat 1 & 2) dan pasal 36 (ayat 6).

### **3. Syarat**

Setiap kegiatan yang dilakukan dalam praktik keperawatan harus didokumentasikan dengan baik karena akan berfungsi sebagai bukti otentik dan krusial. Temuan pada penelitian bahwa beberapa kegiatan praktik keperawatan dalam pemberian asuhan masih sangat kurang sehingga perlu dioptimalkan diantaranya meliputi kegiatan pengkajian terhadap status fungsional, penyusunan diagnose keperawatan, dan kolaborasi dalam pemberian obat (Asmirajanti, 2019).

Untuk itu, agar dokumentasi bernilai optimal dan komprehensif maka harus memenuhi persyaratan sebagai berikut :

1. Memenuhi nilai administrasi  
Klien bisa datang dengan riwayat yang lama dan berulang, karena itu pengarsipan dokumentasi sangat penting dilakukan agar dapat digunakan jika sewaktu-waktu dibutuhkan.
2. Memenuhi nilai hukum  
Dokumentasi bernilai sebagai bukti otentik yang dapat memberikan pembelaan kepada perawat dan pihak rumah sakit di pengadilan.
3. Memenuhi nilai keuangan  
Dokumentasi berisikan segala bentuk tindakan keperawatan yang pada akhir masa perawatan akan dikalkulasi dan dibebankan menjadi tanggungan pembayaran klien
4. Memenuhi nilai penelitian  
Data yang dicatat dalam dokumentasi merupakan objek penelitian dalam pengembangan ilmu pengetahuan dan kualitas pelayanan keperawatan.
5. Memenuhi nilai edukasi  
Data yang didokumentasikan berisikan riwayat kronologis perjalanan penyakit, data pendukung, diagnose, intervensi yang dipilih, implementasi, serta evaluasi tindakan. Data tersebut menjadi bahan pembelajaran dalam meningkatkan kompetensi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan.
6. Penulisan disesuaikan dengan kaidah tata bahasa yang benar, terdiri dari struktur kalimat subjek, predikat, objek, dan keterangan, menulis hasil interaksi segera secara langsung dan bukan menyimpulkan, menggunakan kalimat aktif dan ejaan yang benar.

7. Catat secara singkat, padat dan jelas, dapat menggunakan symbol dan istilah yang baku dipahami oleh tim kesehatan, dan catat pada format dokumentasi yang telah ditentukan

#### **4. Manfaat Dokumentasi Keperawatan**

Dokumentasi keperawatan yang akurat, lengkap dan ditulis sesuai standar memberikan manfaat terhadap berbagai aspek antara lain :

##### 1). Aspek hukum

Data klien yang terdokumentasi secara lengkap memberi nilai keakuratan sehingga dapat dipertanggung jawabkan serta dipertanggung gugatkan jika sesekali dibutuhkan.

##### 2). Mutu pelayanan yg berkualitas.

Data klien yang terdokumentasi secara lengkap dan akurat membantu pelaksanaan tindakan keperawatan sesuai dengan intervensi yang telah dibuat, membantu evaluasi dan monitoring.

##### 3). Komunikasi.

Data klien yang terdokumentasi dalam format yang ditentukan tidak hanya merupakan intervensi dan implementasi mandiri keperawatan namun juga berisikan intervensi dan implementasi diagnostic, edukatif, dan kolaboratif sehingga dokumentasi yang lengkap dan akurat ini menjadi alat komunikasi berkelanjutan antar tim profesi kesehatan yang terlibat.

##### 4). Pembiayaan

Asuhan keperawatan yang terdokumentasi secara akurat membantu memberikan gambaran lama perawatan yang berpengaruh terhadap besaran biaya perawatan klien.

##### 5). Pendidikan

Data yang terdokumentasi secara akurat dan lengkap menjadi referensi pembelajaran bagi peningkatan kualifikasi pendidikan perawat

6). Penelitian

Data yang terdokumentasi menjadi bahan riset dan pengembangan profesi sekaligus mengintegrasikan hasil penelitian sebagai *evidence base practice* di dalam melakukan praktik asuhan keperawatan.

7). Akreditasi

Dokumentasi yang lengkap memberikan gambaran pelaksanaan fungsional perawat dalam melakukan praktik keperawatan yang nantinya menjadi rujukan kebutuhan akan pembinaan dan pengembangan kemampuan selanjutnya.

**5. Prinsip Dokumentasi Keperawatan**

Prinsip yang diterapkan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan antara lain :

1. Kesederhanaan . Dokumentasi menggunakan kata-kata yg mudah diterima oleh klien dan keluarga, dan tidak menggunakan istilah yang sulit dipahami
2. Akurat. Dokumentasi mencatat data yang diperoleh langsung dari klien tentang riwayat dan perawatannya
3. Kesabaran. Dokementasi tidak dilakukan dengan terburu-buru, validasi kebenaran data dapat dilakukan secara berulang
4. Ketepatan. Dokumentasi dilakukan secara tepat dengan memperhatikan kesesuaian dengan hasil pemeriksaan pendukung dan instruksi tim medis dan kesehatan lainnya.
5. Lengkap. Dokumentasi dilakukan dengan lengkap termasuk

didalamnya respon klien dan keluarga, proses praktik keperawatan, termasuk perubahan instruksi tim kesehatan lainnya.

6. Jelas dan objektif. Dokumentasi tidak mengandung unsur fiktif namun data yang terdokumentasikan harus berunsur logis, jelas, rasional, kronologis, serta membubuhkan nama jelas dan tanda tangan.

## **B. STANDAR PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN**

Standar dokumentasi asuhan keperawatan merupakan prasyarat yang menggambarkan proses asuhan keperawatan, diadopsi dari pengetahuan, memfasilitasi penilaian asuhan keperawatan, dan mendukung pengambilan keputusan berbasis bukti. Standar berfungsi mengkoordinasi perawatan secara keberlanjutan. Standar dibuat untuk memberi keseragaman, menjadi pembanding, mampu menyebarkan data keperawatan, memberikan hasil yg valid dan terpadu sehingga data dapat digunakan kembali sewaktu-waktu (Mykkanen, 2022).

Dokumentasi asuhan keperawatan yang terstandar tentunya bersifat transparan dan terpadu sehingga mendukung perawatan pasien, menjamin kualitas dan kontinuitas serta keselamatan pasien, profesional, dan melindungi dari aspek hukum.

### **1. Pengkajian Keperawatan**

Standar dokumentasi pengkajian keperawatan mencakup :

1. Menuliskan data hasil pengkajian sesuai format pengkajian yang telah ditentukan
2. Data hasil pengkajian disusun sesuai aspek yang dinilai mulai dari aspek biologis, psikis, sosial, spiritual, dan kultural.
3. Pengkajian ulang atau kembali dilakukan sepanjang masa

perawatan klien

4. Kumpulkan data senjang atau tidak normal yang dapat berpotensi menjadi masalah keperawatan. Selanjutnya tentukan etiologi dari masalah yang ditemukan.

Komponen yang harus ada dalam pengkajian antara lain :  
metabolisme, fungsi sensori dan neurologis, siklus hidup, eliminasi, respirasi, koordinasi perawatan dan perawatan tindak lanjut, manajemen nyeri, integritas kulit, pengobatan, balance cairan, kapasitas mental, ADL, tingkat ketergantungan, nutrisi, koping, perilaku kesehatan, keselamatan, dan sirkulasi.

## 2. Diagnosa Keperawatan

Standar dokumentasi diagnosa keperawatan mencakup :

1. Masalah keperawatan beserta etiologinya masing-masing dapat diteruskan menjadi diagnosa keperawatan
2. Diagnose keperawatan dirumuskan mencakup unsur masalah (*problem*), penyebab (*etiologi*), dan tanda gejala (*sign/symptom*)
3. Diagnosa keperawatan actual dan risiko terdiri dari komponen problem, etiologi, dan sign/symptom. Diagnosa keperawatan potensial terdiri dari komponen problem dan sign/symptom
4. Prioritas diagnosa keperawatan ditentukan berdasarkan urutan teratas.
5. Diagnosa keperawatan yang sangat sering menjadi prioritas antara lain Nyeri dan Deficit Pengetahuan.

### 3. **Perencanaan Keperawatan**

Standar dokumentasi perencanaan keperawatan mencakup :

1. Perencanaan yang disusun berdasarkan diagnosa keperawatan
2. Perencanaan harus memiliki tujuan jangka panjang dan jangka pendek yang didukung dengan kriteria *outcomes*/hasil
3. Perencanaan mengandung intervensi yang mengakibatkan perubahan perilaku disertai dengan kriteria waktu
4. Tujuan jangka panjang dirumuskan untuk menyelesaikan masalah atau problem
5. Tujuan jangka pendek yang disertai kriteria *outcomes*/hasil dirumuskan untuk menyelesaikan etiologi/penyebab
6. Rencana/intervensi keperawatan yang termuat disesuaikan dengan kriteria hasil yang ingin dicapai
7. Intervensi berupa instruksi singkat, terinci, jelas dengan melibatkan klien dan keluarga

Komponen untuk menyusun intervensi keperawatan harus dapat menggambarkan Aktivitas kehidupan sehari-hari dan tingkat kemandirian, kebutuhan istirahat tidur, serta farmakologi.

### 4. **Pelaksanaan Keperawatan**

Standar dokumentasi pelaksanaan keperawatan mencakup :

- 1) Pelaksanaan/implementasi intervensi keperawatan disesuaikan dengan perencanaan keperawatan
- 2) Respon klien diobservasi oleh perawat sebelum, selama, dan setelah tindakan dilakukan

- 3) Evaluasi formatif dilakukan setelah implementasi dilakukan
- 4) Segera mendokumentasikan Tindakan atau implementasi yang telah dilakukan

## **5. Evaluasi Keperawatan**

Standar dokumentasi evaluasi keperawatan mencakup :

- 1) Evaluasi dilakukan dengan merujuk pada tujuan perencanaan keperawatan
- 2) Evaluasi formatif dilakukan setelah melaksanakan implementasi keperawatan
- 3) Evaluasi sumatif dilakukan mengacu pada kriteria waktu perencanaan keperawatan
- 4) Tulis hasil evaluasi pada format yang telah ditentukan

## REFERENCE

- Asmirajanti Mira, *et al.* (2019). Nursing care activities based on documentation. BMC Nursing, <https://doi.org/10.1186/s12912-019-0352-0>, 22 Juni, 2023
- Berman, Snyder, *et al.* (2015). Kozier and Erb's. Fundamentals of nursing. Australian edition 3. Australian : Pearson. [https://www.google.co.id/books/edition/Kozier\\_Erb\\_s\\_Fundamentals\\_of\\_Nursing\\_Aus](https://www.google.co.id/books/edition/Kozier_Erb_s_Fundamentals_of_Nursing_Aus), 19 Juni, 2023
- Guzman Manuel & Verstappen Bert. (2003). What is Documentation?, volume 2. HURIDOCs, [https://www.google.co.id/books/edition/What\\_is\\_Documentation/](https://www.google.co.id/books/edition/What_is_Documentation/), 19 Juni, 2023
- Hidayat Alimul Aziz. (2021). Dokumentasi Keperawatan Aplikasi Praktik Klinik. Surabaya : Health Books, [https://www.google.co.id/books/edition/Dokumentasi\\_Keperawatan\\_Aplikasi\\_Praktik](https://www.google.co.id/books/edition/Dokumentasi_Keperawatan_Aplikasi_Praktik), 19 Juni, 2023
- Mykkanen Minna, *et al.* (2022). Using standardized nursing data for knowledge generation – Ward level analysis of point of care nursing documentation. International Journal of Medical Informatics 167, <https://pdf.sciencedirectassets.com/271161>, 23 Juni 2023.
- Rahmi Upik. (2019). Dokumentasi Keperawatan. Jakarta Timur : Bumi Medika, [https://www.google.co.id/books/edition/Dokumentasi\\_Keperawatan](https://www.google.co.id/books/edition/Dokumentasi_Keperawatan), 26 Juni 2023
- Rosmalia Dewi & Hariyadi. (2019). Dokumentasi Keperawatan Pada Poliklinik Gigi (Kajian Manual dan Komputerisasi). Yogyakarta : DEEPUBLISH, [https://www.google.co.id/books/edition/Dokumentasi\\_Keperawatan\\_Pada\\_Poliklinik](https://www.google.co.id/books/edition/Dokumentasi_Keperawatan_Pada_Poliklinik), 21 Juni, 2023
- Purwoto Ady, *et al.* (2023). Dokumentasi Keperawatan. Sumatera Barat : Global Eksekutif Teknologi, [https://www.google.co.id/books/edition/Dokumentasi\\_Keperawatan](https://www.google.co.id/books/edition/Dokumentasi_Keperawatan), 22 Juni 2023

## PROFIL PENULIS

**Ns. B. Antonelda M. Wawo, M.Kep., Sp.Kep.J.**

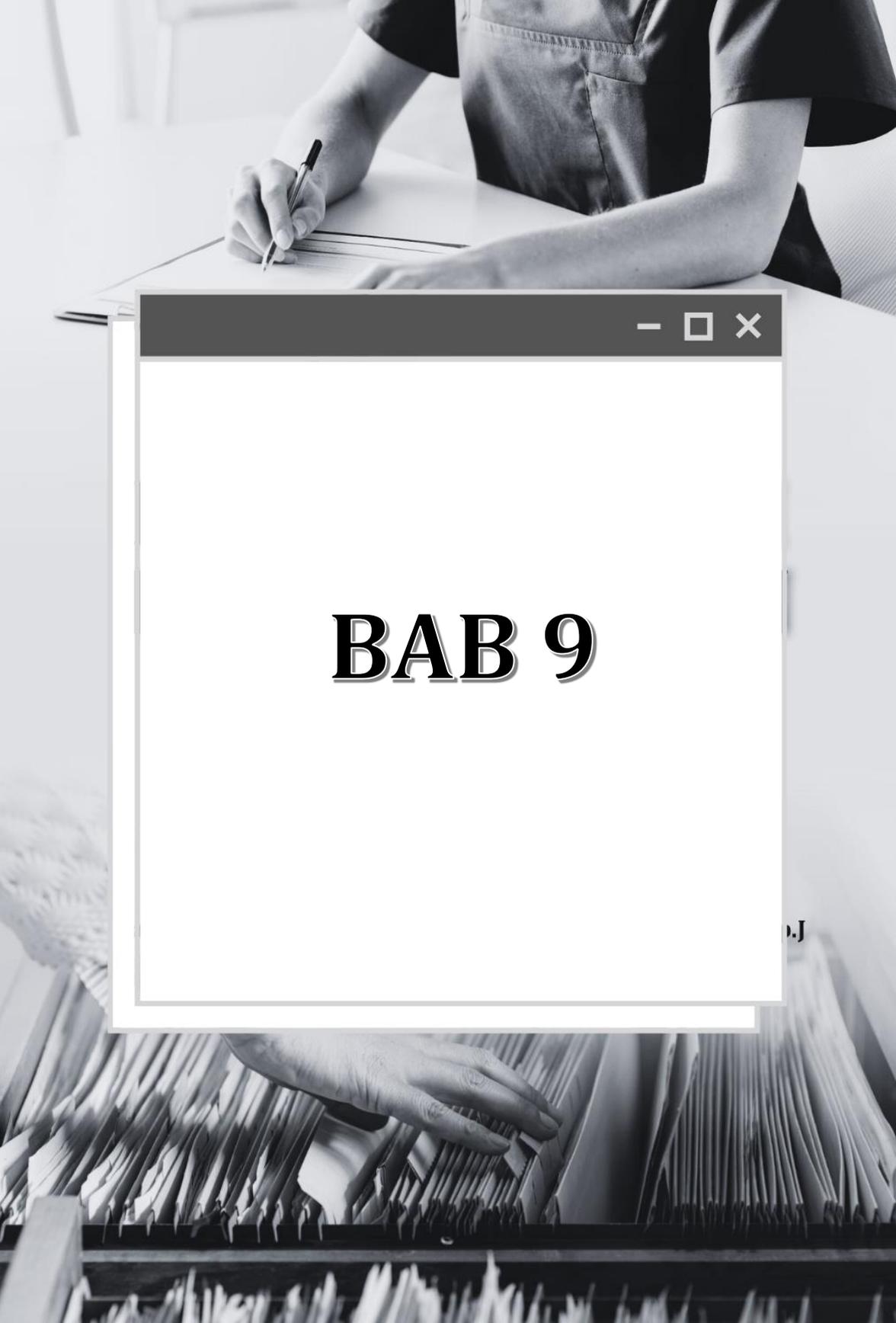
Penulis merupakan dosen tetap di Fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia (tahun 2023). Pengalaman kerja penulis di antaranya sebagai *trainer* sekaligus fasilitator Deteksi Dini dan Tata Laksana Orang Dengan Gangguan Jiwa bagi Tenakes di FKTP, dan sebagai fasilitator nasional pemberian dukungan kesehatan jiwa dan psikososial selama masa pandemic covid-19. Sebelumnya, penulis bekerja sebagai dosen tetap di Prodi Ners Universitas Citra Bangsa (tahun 2012-2022).



Penulis menyelesaikan pendidikan S1 dan Ners di Universitas Udayana Denpasar Bali, dan S2 & Spesialis bidang Ilmu Keperawatan Jiwa di Universitas Indonesia. Penulis aktif di beberapa organisasi yaitu Bidang Pelayanan DPW PPNI Provinsi NTT, dan Sekretaris IPKJI Provinsi NTT. Sebagai dosen, saat ini penulis memiliki jabatan fungsional Lektor.

Menjadi pengajar pada perguruan tinggi dan sebagai fasilitator pada berbagai pelatihan, memberikan pengalaman yang bernilai, tentunya menambah kepercayaan diri bagi penulis untuk menulis. Tidak lupa penulis mengucapkan kepada beberapa pihak yang telah memberikan kesempatan berharga ini, semoga ke depannya penulis menjadi lebih baik dalam berkarya tentunya dalam bidang pendidikan.

Email Penulis: [neldawawo8@gmail.com](mailto:neldawawo8@gmail.com)



# BAB 9

0.J

# **DOKUMENTASI KEPERAWATAN DENGAN MODEL SDKI (Wahyu Tri Astuti, S. Kep, Ns., M. Kep)**

Akademi Keperawatan Karya Bhakti Nusantara Magelang,  
Jl. A. Yani Gg. Barito II KM 1 Sidotopo Magelang, Telp : (0293)  
3149517

Email: [astuti.wahyutri@yahoo.co.id](mailto:astuti.wahyutri@yahoo.co.id)

## **A. DOKUMENTASI KEPERAWATAN**

Dokumentasi keperawatan adalah bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan catatan perawatan yang berguna untuk kepentingan klien, perawat, dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggjawab perawat (Hidayat, 2002).

Asuhan keperawatan menjadi sarana pengembangan disiplin keperawatan dan praktik keperawatan yang menjadi ciri khas keperawatan dan membedakan profesi perawat dan profesi lain. Pengembangan ini dapat dilakukan secara terus menerus melalui penelitian-penelitian keperawatan. Bahasa keperawatan yang standar merupakan salah satu inovasi keperawatan yang secara terus menerus dilakukan untuk mengembangkan batang tubuh keilmuan keperawatan dan kualitas asuhan keperawatan. NANDA-NOC-NIC merupakan tiga dari banyak jenis bahasa keperawatan standar yang dikembangkan diberbagai belahan dunia (Ackley, Ladwig, Swan, & Tucker, 2007; Thoroddsen, Ehnfors, Nurs & Ehrenberg, 2010).

Saat ini SDKI dan NANDA merupakan dua standar diagnosis yang dapat digunakan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien. Penelitian yang dilakukan oleh Lunney, (2007); Muller-Staub, (2009) menunjukkan bahwa penggunaan diagnosis keperawatan dengan bahasa yang standar dapat meningkatkan kualitas pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi serta dokumentasi asuhan keperawatan.

Diagnosis keperawatan NANDA merupakan diagnosis keperawatan standar yang sudah digunakan secara Internasional dengan tingkat bukti ilmiah yang tinggi. Penambahan dan pengurangan diagnosis juga dilakukan secara rutin berdasarkan hasil-hasil penelitian. Keunggulan NANDA sebagai bahasa keperawatan standar yang berlaku, dukungan keselamatan dan keamanan pasien, komunikatif, sistematis, efektif, efisien, mendukung dokumentasi elektronik keperawatan, mudah untuk perhitungan layanan perawat, singkat, mampu meningkatkan otonomi perawat dan menunjukkan tubuh pengetahuan di berbagai daerah tertentu keperawatan (Mrayyan, 2004; Wilkinson, 2007; Kautz & Horn, 2008; Jones, Lunney, Keenan, & Moorhead, 2011). Penggunaan NANDA akan meningkatkan akurasi diagnostic perawat yang ditunjuk berdasarkan kendala karakteristik sesuai dengan tanda dan gejala yang muncul pada pasien, akan ditindaklanjuti dengan akurasi hasil yang sensitive dan intervensi yang relevan di bahasa keperawatan standar (Lunney, 2007; Muller Staub, 2009).

SDKI adalah standar untuk diagnosis keperawatan yang dikembangkan oleh PPNI dan merupakan gabungan berdasarkan diagnosa keperawatan NANDA, ICNP dan Carpenito. Ada 148 diagnosa keperawatan dalam SDKI dengan label diagnostic menurut

NANDA 2015-2017. SDKI merupakan inovasi perawat Indonesia untuk aplikasi perawatan keperawatan yang praktis sesuai usia budaya, situasi dan kondisi yang ada di Indonesia. Standar ini disusun oleh PPNI sebagai organisasi profesi perawat yang bertanggung jawab secara nasional meningkat profesionalisme dan kualitas perawat asuhan keperawatan (SDKI, 2016).

## **B. MODEL SDKI**

### **1. Definisi Diagnosis Keperawatan**

Diagnosis keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga, dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

### **2. Klasifikasi Diagnosis Keperawatan**

Klasifikasi diagnosis keperawatan pada buku SDKI mengadopsi klasifikasi diagnosis keperawatan dari ICN (*International Council of Nurses*, 1991). ICN kemudian mengembangkan suatu system yang disebut ICPN (*International Classification of Nursing Practice*). Sistem klasifikasi ini tidak hanya mencakup klasifikasi diagnosis keperawatan, tetapi juga mencakup klasifikasi intervensi dan tujuan (*outcome*) keperawatan. Ada total 149 diagnosis keperawatan dalam SDKI, yang terbagi menjadi 5 kategori dan 14 subkategori.

ICNP membagi diagnosis keperawatan menjadi 5 kategori, fisiologis, psikologis, perilaku, relasional, dan lingkungan (Wake

& Coenen, 1998) juga membagi diagnosis keperawatan menjadi 14 subkategori, yaitu :

1. **Kategori: Fisiologis**

**Subkategori: Respirasi.**

1. 0001 Bersihan Jalan Napas Tidak Efektif.
2. 0002 Gangguan Penyapihan Ventilator.
3. 0003 Gangguan Pertukaran Gas.
4. 0004 Gangguan Ventilasi Spontan.
5. 0005 Pola Napas Tidak Efektif.
6. 0006 Risiko Aspirasi.

**Subkategori: Sirkulasi.**

1. 0007 Gangguan Sirkulasi Spontan.
2. 0008 Penurunan Curah Jantung.
3. 0009 Perfusi Perifer Tidak Efektif.
4. 0010 Risiko Gangguan Sirkulasi Spontan.
5. 0011 Risiko Penurunan Curah Jantung.
6. 0012 Risiko Perdarahan.
7. 0013 Risiko Perfusi Gastrointestinal Tidak Efektif.
8. 0014 Risiko Perfusi Miokard Tidak Efektif.
9. 0015 Risiko Perfusi Perifer Tidak Efektif.
10. 0016 Risiko Perfusi Renal Tidak Efektif.
11. 0017 Risiko Perfusi Serebral Tidak Efektif.

**Subkategori: Nutrisi/Cairan**

1. 0018 Berat Badan Lebih.
2. 0019 Defisit Nutrisi.
3. 0020 Diare.
4. 0021 Disfungsi Motilitas Gastrointestinal.
5. 0022 Hipervolemia.
6. 0023 Hipovolemia.

7. 0024 Ikterik Neonatus.
8. 0025 Kesiapan Peningkatan Keseimbangan Cairan.
9. 0026 Kesiapan Peningkatan Nutrisi.
10. 0027 Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah.
11. 0028 Menyusui Efektif.
12. 0029 Menyusui Tidak Efektif.
13. 0030 Obesitas.
14. 0031 Risiko Berat Badan Lebih.
15. 0032 Risiko Defisit Nutrisi.
16. 0033 Risiko Disfungsi Motilitas Gastrointestinal.
17. 0034 Risiko Hipovolemia.
18. 0035 Risiko Ikterik Neonatus.
19. 0036 Risiko Ketidakseimbangan Cairan.
20. 0037 Risiko Ketidakseimbangan Elektrolit.
21. 0038 Risiko Ketidakstabilan Kadar Glukosa Darah.
22. 0039 Risiko Syok.

**Subkategori: Eliminasi.**

1. 0040 Gangguan Eliminasi Urin.
2. 0041 Inkontinensia Fekal.
3. 0042 Inkontinensia Urin Berlanjut.
4. 0043 Inkontinensia Urin Fungsional.
5. 0044 Inkontinensia Urin Berlebih.
6. 0045 Inkontinensia Urin Refleks.
7. 0046 Inkontinensia Urin Stres.
8. 0047 Inkontinensia Urine Urgensi.
9. 0048 Kesiapan Peningkatan Eliminasi Urin.
10. 0049 Konstipasi.
11. 0050 Retensi Urin.

12. 0051 Risiko Inkontinensia Urin Urgensi.
13. 0052 Risiko Konstipasi.

**Subkategori: Aktivitas dan Istirahat.**

1. 0053 Disorganisasi Perilaku Bayi.
2. 0054 Gangguan Mobilitas Fisik.
3. 0055 Gangguan Pola Tidur.
4. 0056 Intoleransi Aktivitas.
5. 0057 Keletihan.
6. 0058 Kesiapan Peningkatan Tidur.
7. 0059 Risiko Disorganisasi Perilaku Bayi.
8. 0060 Risiko Intoleransi Aktivitas.

**Subkategori: Neurosensori.**

1. 0061 Disrefleksia Otonom.
2. 0062 Gangguan Memori.
3. 0063 Gangguan Menelan.
4. 0064 Konfusi Akut.
5. 0065 Konfusi Kronis.
6. 0066 Penurunan Kapasitas Adaptif Intrakranial.
7. 0067 Risiko Disfungsi Neurovaskuler Perifer.
8. 0068 Risiko Konfusi Akut.

**Subkategori: Reproduksi dan Seksualitas.**

1. 0069 Disfungsi Seksual.
2. 0070 Kesiapan Persalinan.
3. 0071 Pola Seksual Tidak Efektif.
4. 0072 Risiko Disfungsi Seksual.
5. 0073 Risiko Kehamilan Tidak Dikehendaki.

**Kategori: Psikologis.**

**Subkategori: Nyeri dan Kenyamanan.**

1. 0074 Gangguan Rasa Nyaman.
2. 0075 Ketidaknyamanan Pasca Partum.
3. 0076 Nausea.
4. 0077 Nyeri Akut.
5. 0078 Nyeri Kronis.
6. 0079 Nyeri Melahirkan.

**Subkategori: Integritas Ego.**

1. 0080 Ansietas.
2. 0081 Berduka.
3. 0082 Distres Spiritual.
4. 0083 Gagguan Citra Tubuh.
5. 0084 Gangguan Identitas Diri.
6. 0085 Gangguan Persepsi Sensori.
7. 0086 Harga Diri Rendah Kronis.
8. 0087 Harga Diri Rendah Situasional.
9. 0088 Keputusan.
10. 0089 Kesiapan Peningkatan Konsep Diri.
11. 0090 Kesiapan Peningkatan Koping Keluarga.
12. 0091 Kesiapan Peningkatan Koping Komunitas.
13. 0092 Ketidakberdayaan.
14. 0093 Ketidakmampuan Koping Keluarga.
15. 0094 Koping Defensif.
16. 0095 Koping Komunitas Tidak Efektif.
17. 0096 Koping Tidak Efektif.
18. 0097 Penurunan Koping Keluarga.
19. 0098 Penyangkalan Tidak Efektif.
20. 0099 Perilaku Kesehatan Cenderung Berisiko.
21. 0100 Risiko Distres Spiritual.

22. 0101 Risiko Harga Diri Rendah Kronis.
23. 0102 Risiko Harga Diri Rendah Situasional.
24. 0103 Risiko Ketidakberdayaan.
25. 0104 Sindrom Pasca Trauma.
26. 0105 Waham

**Subkategori: Pertumbuhan dan Perkembangan.**

1. 0106 Gangguan Tumbuh Kembang.
2. 0107 Risiko Gangguan Perkembangan.
3. 0108 Risiko Gangguan Pertumbuhan.

**Kategori: Perilaku.**

**Subkategori: Kebersihan Diri.**

0109 Defisit Perawatan Diri.

**Subkategori: Penyuluhan dan Pembelajaran.**

1. 0110 Defisit Kesehatan Komunitas.
2. 0111 Defisit Pengetahuan.
3. 0112 Kesiapan Peningkatan Manajemen Kesehatan.
4. 0113 Kesiapan Peningkatan Pengetahuan.
5. 0114 Ketidapatuhan.
6. 0115 Manajemen Kesehatan Keluarga Tidak Efektif.
7. 0116 Manajemen Kesehatan Tidak Efektif.
8. 0117 Pemeliharaan Kesehatan Tidak Efektif.

**Kategori: Relasional.**

**Subkategori: Interaksi Sosial.**

1. 0118 Gangguan Interaksi Sosial.
2. 0119 Gangguan Komunikasi Verbal.
3. 0120 Gangguan Proses Keluarga.
4. 0122 Isolasi Sosial.
5. 0122 Kesiapan Peningkatan Menjadi Orang Tua.
6. 0123 Kesiapan Peningkatan Proses Keluarga.

7. 0124 Ketegangan Peran Pemberi Asuhan.
8. 0125 Penampilan Peran Tidak Efektif.
9. 0126 Pencapaian Peran Menjadi Orang Tua.
10. 0127 Risiko Gangguan Perlekatan.
11. 0128 Risiko Proses Pengasuhan Tidak Efektif.

**Kategori: Lingkungan.**

**Subkategori: Keamanan dan Proteksi.**

1. 0129 Gangguan Integritas Kulit/Jaringan.
2. 0130 Hipertermia.
3. 0131 Hipotermia.
4. 0132 Perilaku Kekerasan.
5. 0133 Perlambatan Pemulihan Pascabedah.
6. 0134 Risiko Alergi.
7. 0135 Risiko Bunuh Diri.
8. 0136 Risiko Cedera.
9. 0137 Risiko Cedera Pada Ibu.
10. 0138 Risiko Cedera Pada Janin.
11. 0139 Risiko Gangguan Integritas Kulit/Jaringan.
12. 0140 Risiko Hipotermia.
13. 0141 Risiko Hipotermia Perioperatif.
14. 0142 Risiko Infeksi.
15. 0143 Risiko Jatuh.
16. 0144 Risiko Luka Tekan.
17. 0145 Risiko Mutilasi Diri.
18. 0146 Risiko Perilaku Kekerasan.
19. 0147 Risiko Perlambatan Pemulihan Pascabedah.
20. 0148 Risiko Termoregulasi Tidak Efektif.
21. 0149 Termoregulasi Tidak Efektif.

### 3. Jenis Diagnosis Keperawatan

Diagnosa keperawatan dibagi menjadi dua jenis :

#### a. Diagnosis Negatif

Menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami sakit sehingga penegakkan diagnosis ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan.

Jenis diagnosis keperawatan tersebut dapat diuraikan sebagai berikut (Carpenito, 2013; Potter & Perry, 2013) :

##### 1) Diagnosa Aktual

Menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan. Tanda/gejala mayor dan minor dapat ditemukan dan divalidasi pada klien.

##### 2) Diagnosa Risiko terhadap kondisi

Menggambarkan respons klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang dapat menyebabkan klien berisiko mengalami masalah kesehatan. Tidak ditemukan tanda/gejala mayor dan minor pada klien, namun klien memiliki factor risiko mengalami masalah kesehatan.

#### b. Diagnosis Positif

Diagnosis yang menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal. Diagnosa ini disebut juga dengan diagnosis Promosi Kesehatan.

Diagnosa Promosi Kesehatan adalah diagnosis yang menggambarkan adanya keinginan dan motivasi klien untuk meningkatkan kondisi kesehatannya ke tingkat yang lebih

baik/optimal.

#### 4. Komponen Diagnosis Keperawatan

Terdiri atas :

##### a. Masalah (Problem)

Merupakan label diagnose keperawatan yang menggambarkan inti dari respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya. Label diagnosis terdiri atas Deskriptor atau penjelasan dan Fokus Diagnostik. Adapun penjelasannya seperti dibawah ini :

Tabel 9.1 Contoh Diskriptor Dan Focus Diagnostic Pada Diagnosis Keperawatan

No	Deskriptor	Fokus Diagnostik
1	Tidak Efektif	Bersihan Jalan nafas
2	Gangguan	Pertukaran Gas
3	Penurunan	Curah Jantung
4	Intoleransi	Aktivitas
5	Defisit	Pengetahuan

Deskriptor merupakan pernyataan yang menjelaskan bagaimana satu focus diagnostic terjadi. Beberapa descriptor yang digunakan dalam diagnosis keperawatan dijelaskan dibawah ini :

Tabel 9.2 Diskriptor Dan Definisi Diskriptor Pada Diagnosis Keperawatan

No	Deskriptor	Definisi
1	Defisit	Tidak cukup, tidak adekuat
2	Disfungsi	Tidak berfungsi secara normal

3	Efektif	Menimbulkan efek yang diinginkan
4	Gangguan	Mengalami hambatan atau kerusakan
5	Lebih	Berada diatas nilai normal atau yang diperlukan
6	Penurunan	Berkurang baik dalam ukuran, jumlah maupun derajat
7	Rendah	Berada dibawah nilai normal atau yang diperlukan
8	Tidak efektif	Tidak menimbulkan efek yang diinginkan

b. Indikator Diagnostik

Terdiri atas :

1) Penyebab (*etiology*)

Penyebab adalah merupakan faktor-faktor yang mempengaruhi perubahan status kesehatan. Penyebab dalam diagnosis keperawatan dapat mencakup empat kategori, antara lain: (a) fisiologis, biologis, atau psikologis; (b) efek terapi atau tindakan; (c) situasional seperti lingkungan atau personal; dan (d) maturasional.

2) Tanda (*Sign*) dan gejala (*Symptom*)

Tanda merupakan data objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan prosedur diagnostic.

Gejala merupakan data subjektif yang diperoleh dari hasil anamnesis.

Tanda dan gejala dikelompokkan menjadi dua:

- a) **Mayor** : wajib ditemukan sekitar 80-100% untuk validasi diagnosis,
- b) **Minor** : tidak harus ditemukan, tetapi dapat mendukung penegakkan diagnosis.

3) Faktor risiko

Faktor risiko adalah kondisi atau situasi yang dapat meningkatkan kerentanan pada klien mengalami masalah kesehatan.

Tabel 9.3 Indikator Diagnosis

No	Jenis Diagnosis	Indikator
1	Aktual	Terdapat penyebab dan tanda gejala
2	Risiko	Tidak memiliki penyebab dan tanda gejala, hanya memiliki factor risiko
3	Promosi Kesehatan	Hanya memiliki tanda dan gejala yang menunjukkan kesiapan klien untuk mencapai kondisi yang elbih optimal

5. Proses Penegakkan Diagnosis Keperawatan

Proses penegakkan diagnosis keperawatan berdasarkan SDKI terdiri dari 3 tahap, yaitu:

a. Analisis data

Membandingkan dengan nilai normal dan pengelompokkan data. Analisis data dilakukan dengan membandingkan data-data (DS dan DO) yang telah didapatkan

dari hasil pengkajian dengan nilai-nilai normal, kemudian mengidentifikasi tanda dan gejala yang bermakna.

b. Identifikasi masalah

Apakah masalah yang ada bersifat aktual, Risiko dan atau Promosi Kesehatan

c. Perumusan diagnosis keperawatan

Perumusan atau penulisan diagnosa keperawatan disesuaikan dengan jenis diagnosis keperawatan. Terdapat dua metode perumusan diagnosis, yaitu :

1) Penulisan Tiga Bagian (Three Part)

Metode ini terdiri atas Masalah, Penyebab dan Tanda/Gejala. Metode ini hanya dilakukan pada diagnosis actual, dengan formasi sebagai berikut :

**Masalah** berhubungan dengan **Penyebab**  
dibuktikan dengan **Tanda/Gejala**

Frase “berhubungan dengan “ dapat disingkat dengan *b.d* dan “dibuktikan dengan” dapat disingkat *d.d*.

**Masalah *b.d* Penyebab *d.d* Tanda/Gejala**

Contohnya :Hipovolemia *b.d* kekurangan intake cairan *d.d* frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urin menurun.

**Perhatikan!**

1. Hipovolemia adalah [**masalah**]
2. Kekurangan intake cairan adalah [**penyebab**]
3. *b.d* = berhubungan dengan
4. *d.d* = dibuktikan dengan

5. Frekuensi nadi meningkat, nadi teraba lemah, tekanan darah menurun, turgor kulit menurun, membrane mukosa kering, volume urin menurun adalah **[tanda/gejala]**

2) Penulisan Dua Bagian (Two Part)

a) Diagnosis Risiko

Metode penulisan ini dilakukan pada diagnose risiko dan diagnosis promosi kesehatan, dengan formasi sebagai berikut :

**Masalah** dibuktikan dengan **Faktor Risiko**

Contoh penulisan diagnosis :

Risiko infeksi *d.d* immunosupresi

**Perhatikan!**

1. Risiko infeksi adalah **[masalah]**.
2. Immunosupresi adalah **[faktor risiko]**.
3. *d.d* = dibuktikan dengan
4. Diagnosis risiko tidak menggunakan berhubungan dengan (*b.d*) karena tidak memiliki etiologi (penyebab)

b) Diagnosis Promosi Kesehatan

**Masalah** dibuktikan dengan **Tanda/Gejala**

**Contoh:**

Kesiapan peningkatan eliminasi urin *d.d* mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan

eliminasi urin, jumlah urin normal, karakteristik urin normal.

**Perhatikan!**

1. Kesiapan peningkatan eliminasi urin adalah **[masalah]**
2. Mengungkapkan keinginan untuk meningkatkan eliminasi urin, jumlah urin normal, karakteristik urin normal adalah **[faktor risiko]**.
3. d.d = dibuktikan dengan
4. Diagnosis promosi kesehatan tidak menggunakan berhubungan dengan (b.d) karena tidak memiliki etiologi (penyebab)

Komponen-komponen diagnosis pada masing-masing jenis diagnosis keperawatan dan metode penulisan didiagnosis dapat dilihat pada table 1.4 :

**Tabel 9.4 Jenis Komponen dan Penulisan Diagnosis**

**Keperawatan**

No	Jenis Diagnosis Keperawatan	Komponen dan Penulisan Diagnosis
1	Aktual	Masalah <b>b.d</b> Penyebab <b>d.d</b> Tanda/Gejala
2	Risiko	Masalah <b>d.d</b> Faktor Risiko
3	Promosi Kesehatan	Masalah <b>d.d</b> Tanda/Gejala

## REFERENCE

- Ackley, B. J., Ladwig, G. B., Swan, B. A., & Tucker, S. J. (2007). *Evidence-based nursing care guidelines: Medical-surgical interventions*. St. Louis: Mosby
- Lunney, M. (2007). The critical need for accuracy of diagnosing human responses to achieve patient safety and quality-based services. *The 6th European Conference of the Association for Common European Nursing Diagnoses, Intervention, and Outcomes (ACENDIO)*, Amsterdam: Oud Consultancy, p. 238-239
- Muller-Staub M (2009); Evaluation of the Implementation of Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes, *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, Volume 20, No. 1, January-March, 2009
- NANDA International, (2012). *Nursing Diagnosis and Classification, 2012-2014*, Wiley Blackwell.
- Nurhesti, P.O, Prapti N. K, Kamayani , M. O & Suryawan, P.A (2020). *Analisis Penggunaan Diagnosis Keperawatan Berbasis SDKI dan NANDA*. Community of Publishing In Nursing (COPING), p-ISSN 2303-1298, e-ISSN 2715-1980
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI, (2016), *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*, Edisi 1, Jakarta, Persatuan Perawat Indonesia

## PROFIL PENULIS

**Wahyu Tri Astuti, S.Kep., Ns., M.Kep.**

Penulis Lahir di Semarang, 31 Januari 1978. Menyelesaikan pendidikan DIII Keperawatan Universitas Muhammadiyah Magelang tahun 1999. Mendapat gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep) dan Profesi (Ns) dari Universitas Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2007. Penulis menyelesaikan pendidikan Master Keperawatan (S2) di Universitas Gadjah Mada tahun 2014. Saat ini melaksanakan Tri Dharma Perguruan Tinggi dan sebagai Direktur Di Akademi Keperawatan Karya Bhakti Nusantara Magelang sejak tahun 2006 sampai sekarang.



Email Penulis : [astuti.wahyutri@yahoo.co.id](mailto:astuti.wahyutri@yahoo.co.id)

# PENUTUP

Kami Tim Penulis Buku

## DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Ns. Yanti Anggraini, S.Kep., M.Kep. |

Titik Suhartini, S.Kep., Ns., M.Kep. |

Nurul Hikmatul Qowi, S.Kep., Ns., M.Kep. |

Ns. Sri Melfa Damanik, M.Kep., Sp.Kep.An.

Tri Purnamawati, M.Kep., Sp.Kep.An |Ns. Hasian Leniwita, M.Kep. |

Ns. Elizabeth Risha Murlina Lema, S.Kep., M.Kep. |

Ns, B. Antonelda M. Wawo, M.Kep., Sp.Kep.J |

Wahyu Tri Astuti, S.Kep, Ns., M.Kep.

Mengucapkan terima kasih untuk semua pihak yang terlibat dalam pembuatan buku ini dan semoga suatu saat kami bisa melanjutkan tulisan kami di edisi selanjutnya dengan tema buku yang sama ataupun berbeda.

**DOKUMENTASI SELALU LEBIH BAIK DARI  
PADA ARGUMENTASI.**

TIM PENULIS

Dokumentasi keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan penilaian keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan hukum bertujuan mengidentifikasi status kesehatan klien dalam rangka mendokumentasikan kebutuhan klien, merencanakan, melaksanakan asuhan keperawatan, evaluasi Intervensi.

Buku ini membahas tentang:

**BAB 1 KONSEP DOKUMENTASI**

**BAB 2 TEHNIK DOKUMENTASI DAN PELAPORAN DALAM TATANAN KLINIK**

**BAB 3 SISTEM INFORMASI KESEHATAN**

**BAB 4 MODEL PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN (SOR ,POR, CBE )**

**BAB 5 MODEL PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN (PIE , POS, CND)**

**BAB 6 SISTEM DOKUMENTASI**

**BAB 7 ASPEK LEGAL PENDOKUMENTASIAN**

**BAB 8 PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN**

**BAB 9 DOKUMENTASI KEPERAWATAN DENGAN MODEL NANDA DAN SDKI**



**PENERBIT**

**CV RIZMEDIA PUSTAKA INDONESIA**

**Jl. Batara Ugi/Griya Astra Blok C. No.18**

**(Yogyakarta/Makassar)**

**Telp/Wa:085242065812**

**Email: rizmediapustaka@gmail.com**

**Website: rizmediapustakaindonesia.com**



**035/SSL/2022**