METODE PENDOKUMENTASIAN ELEKTRONIK DALAM MENINGKATKAN KUALITAS PELAYANAN KEPERAWATAN

Dewi Meylinta Sembiring Dewimeylinta7@gmail.com

LATAR BELAKANG

Dokumentasi keperawatan merupakan bagian integral dari asuhan keperawatan, dokumentasi keperawatan merupakan salah satu fungsi yang paling penting dari perawat. Disini ditulis segala informasi tentang klien sehingga dapat memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan kebutuhan klien. Melalui dokumentasi perawat dapat memutuskan tindakan yang tepat untuk klien. Keakuratan suatu data data klien dalam proses keperawatan di era modern saat ini menjadi tuntutan dari berbagai aspek bagi para perawat, bermacam macam bentuk, upaya telah dilakukan selama bertahun-tahun untuk meningkatkan dokumentasi keperawatan, hal ini dilakukan dalam upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan perawatan klien (Paan et al, 2010). Sebuah keprihatinan bersama mengenai dokumentasi keperawatan adalah catatan mengenai pengkajian yang tidak aktual, intervensi, implementasi serta evaluasi keperawatan yang tidak konsisten dan tidak lengkap sehingga tidak memenuhi standar asuhan keperawatan. Dalam hal ini catatan keperawatan tidak mendukung sebagai informasi yang dapat dipertanggungjawabkan dalam hukum (Chand, 2014). Perkembangan saat ini bahwa perawat harus melakukan proses keperawatan berdasarkan standar asuhan keperawatan. (Hickey et al, 2012). Smith et al (2005) mengatkan bahwa Ini tidak berjalan dengan baik dikarenakan dokumentasi keperawatan dilakukan secara manual, data direkam menggunakan tulisan atau direkam dalam bentuk grafik. Dan dokumentasi ini memungkinkan tidak terbaca oleh tim kesehatan lain, meskipun mungkin berisi informasi yang penting. Ini tidak dapat meningkatkan pertukaran informasi dan koordinasi baik antar perawat maupun tim kesehatan lainnya. Banyak data yang dikumpulkan secara berulang ulang dan mungkin tidak tepat. Pada tahun 1988 asuhan keperawatan dilaporkan mencapai lebih dari seperempat dari biaya rumah sakit. Sistem dokumentasi yang berbasis IT ini akan membantu dalam memenuhi standar dokumentasi, dapat meringankan beban kerja perawat dan dapat meningkatkan kualitas dokumentasi dengan laporan yang dihasilkan akan terbaca secara otomatis. Laporan juga dapat memberikan data yang segera

tersedia untuk mengetahui hari rawat klien, mengurangi biaya perawatan, audit, kontrol layanan kesehatan (Nokes et al, 2012). Catatan keperawatan berbasis elektronik diharapkan dapat meningkatkan kualitas perawatan yang diberikan kepada pasien yang dirawat di rumah sakit. Bagi perawat, penggunaan sumber dokumentasi elektronik menjadi sangat relevan karena di sinilah perawat memperoleh dan menuangkan sebanyak mungkin informasi pasien yang sesuai kebutuhan.

METODE

Metode yang digunakan adalah metode kualitatif dan metode literature review , yaitu dengan mengumpulkan data, membaca, mengkaji dan menganalisis data tersebut dari berbagai sumber seperti buku teks, e-book,jurnal,buku referensi yang berhubungan dengan tema yaitu budaya dalam lingkup kerja perawat dalam peningkatan keselamatan. Kata kunci yang dimasukkan adalah kata kunci yang relevan dengan materi yaitu “*Dokumentasi Keperawatan*”. Literature yang digunakan adalah sebanyak 12 dari berbagai sumber dengan ketentuan tahun terbit terakhir adalah tahun 2012 atau paling lama diterbitkan 8 tahun terakhir.

HASIL

Dokumentasi keperawatan adalah setiap catatan baik tertulis maupun elektronik yang menggambarkan layanan keperawatan yang diberikan kepada klien dan dapat digunakan sebagai bukti bagi tenaga yang berwenang. Tujuan pendokumentasian keperawatan :

- Sebagai media untuk mendefinisikan fokus keperawatan bagi klien
- Membedakan tanggung gugat perawat dengan anggota tim kesehatan yang lain
- Sarana untuk melaksanakan evaluasi tindakan keperawatan terhadap klien
- Sebagai data administratif dan legal formal
- Data yang berguna bagi pendidikan dan penelitian

Dokumentasi keperawatan yang berlaku di rumah sakit saat ini umumnya dilakukan secara tertulis (paper based documentation). Metode ini mempunyai kelemahan yaitu memerlukan waktu yang cukup lama untuk mengisi form yang tersedia, membutuhkan biaya percetakan form yang cukup mahal, sering hilang atau terselip, memerlukan tempat penyimpanan yang luas dan menyulitkan pencarian kembali saat diperlukan. (Hadi, 2011). Disamping itu masih banyak

perawat yang tidak tahu data apa yang harus dimasukkan dan bagaimana dokumentasi keperawatan yang benar, untuk itu perlu adanya inovasi pencatatan dengan menggunakan pencatatan berbasis elektronik. Pencatatan berbasis elektronik telah lebih dahulu dilakukan oleh negara negara maju, namun di Indonesia baru dilakukan pada tahun 2000-an. Dokumentasi keperawatan berbasis elektronik ini memberikan keuntungan bagi perawat dalam hal waktu pendokumentasian yang lebih singkat, keterbacaan data dan kemudahan akses bila dibandingkan dokumentasi dalam format kertas. Pengembangan dokumentasi keperawatan berbasis elektronik tetap harus memperhatikan prinsip kerahasiaan data klien, komprehensif, akurat, tepat waktu, dan jelas mengidentifikasi pemberi perawatan sehingga perlu adanya kebijakan dan pedoman yang jelas bagi tenaga perawat dalam menjalankan sistem ini.

Penggunaan dokumentasi keperawatan secara elektronik dapat selalu berkembang sejalan dengan perkembangan teknologi, sehingga dapat meningkatkan harapan hidup klien dan mengurangi resiko kesalahan dalam melakukan tindakan kepada klien. Dokumentasi keperawatan memudahkan dalam pengambilan keputusan serta menyediakan informasi yang mudah di akses, dapat meminimalkan potensi kehilangan atau kerusakan catatan perkembangan klien, meningkatkan pertukaran informasi dan koordinasi antara perawat atau tim kesehatan lain, dokumentasi dapat mudah diaudit, membantu meningkatkan keakuratan data klien, dapat mengakses kemajuan perkembangan kesehatan klien serta mengurangi biaya perawatan (Kelley et al, 2011). Dokumentasi keperawatan secara elektronik ini menggunakan sistem keamanan, kerahasiaan serta hak akses. Memastikan privasi dan keamanan informasi klien dengan menekankan pada penggunaan akses melalui password, akses informasi diberikan untuk orang yang berwenang saja (Blair & Barbara Smith, 2012). Catatan sistem pendokumentasian elektronik berisi masalah, demografi pasien, obat-obatan, dan catatan kemajuan, simbol vital, riwayat kesehatan masa lalu, data laboratorium, imunisasi, dan laporan radiologi. Beberapa manfaat penting dalam pendokumentasian elektronik termasuk kemampuan untuk dengan mudah mengakses dokumen yang terkomputerisasi dan meninggalkan pencatatan manual yang sangat mungkin sulit untuk dibaca atau adanya kesalahpahaman karena penulisan yang tidak jelas. Hal ini dapat menimbulkan kesalahan dalam rekam medis. Sistem pendokumentasian elektronik diharapkan dapat meningkatkan nilai perawatan dan meminimalkan biaya pada tingkat sistem penyediaan layanan kesehatan. Tiga fungsi utama ini termasuk pertukaran informasi

kesehatan, instrumen penunjang pengambilan keputusan klinis, dan advis dokter yang terkomputerisasi.

PEMBAHASAN

Dokumentasi adalah rekaman tertulis dan hukum dari intervensi yang menyangkut pasien dan itu mencakup serangkaian proses. Dokumentasi dibuat dengan catatan pribadi pasien, yang merupakan basis informasi tentang situasi kesehatannya. Sistem informasi keperawatan merupakan kombinasi dari ilmu komputer, informasi dan keperawatan yang disusun untuk mempermudah manajemen ,proses pengambilan keputusan, dan pelaksanaan asuhan keperawatan. Sedangkan menurut ANA (Vestal, Khaterine, 1995) sistem informasi keperawatan berkaitan dengan legalitas untuk memperoleh dan menggunakan data, informasi dan pengetahuan tentang standar dokumentasi, komunikasi, mendukung proses pengambilan keputusan, mengembangkan dan mendesiminasikan pengetahuan baru, meningkatkan kualitas, efektifitas dan efisiensi asuhan keperawatan dan memberdayakan pasien untuk memilih asuhan kesehatan yang diinginkan. Adapun keuntungan menggunakan sistem informasi keperawatan adalah :

- Penghematan biaya dari penggunaan kertas untuk pencatatan
- Penghematan ruang karena tidak dibutuhkan tempat yang besar dalam penyimpanan arsip.
- Penyimpanan data pasien menjadi lebih lama.
- Pendokumentasian keperawatan berbasis komputer yang dirancang dengan baik akan mendukung otonomi yang dapat dipertanggung jawabkan.
- Membantu dalam mencari informasi yang cepat sehingga dapat membantu pengambilan keputusan secara cepat
- Meningkatkan produktivitas kerja.
- Mengurangi kesalahan dalam menginterpretasikan pencatatan (Gurley L, Advantages and Disadvantages of Electronic Medical Record, diakses dari <http://www.aameda.org/member>)

Sedangkan menurut Holmes (2003,dalam Sitorus 2006), terdapat keuntungan utama dari dokumentasi berbasis komputer yaitu:

- Standarisasi: terdapat pelaporan data klinik yang standar, mudah dan cepat diketahui.
- Kualitas: meningkatkan kualitas informasi klinik dan sekaligus meningkatkan waktu perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.
- Accessibility, legibility, mudah membaca dan mendapat informasi klinik dari pasien dalam satu lokasi.

Metode dokumentasi sangatlah banyak dan di antara yang paling mendasar adalah metode yang diarahkan pada sumber atau masalah, sistem masalah-intervensi-evaluasi, registrasi terfokus, diagram fokus, registrasi dengan pengecualian, file elektronik dan rumah dokumentasi. File pasien harus menggambarkan situasinya saat ini dan mencerminkan keseluruhan proses keperawatan. Terlepas dari sistem dokumentasi yang digunakan oleh suatu institusi, perawat mendaftarkan secara terus-menerus berbagai bukti aktivitas keperawatan, selama durasi manfaat perawatan. Pendokumentasian elektronik merupakan sistem pencatatan berbasis komputer yang merekam aktifitas yang dilakukan oleh perawat dalam aktivitas keperawatan, yaitu pendokumentasian asuhan keperawatan. Catatan yang ditulis menginformasikan semua kunjungan perawat dalam bentuk catatan ringkasan singkat dari kebutuhan perawatan pasien dan intervensi yang telah diterapkan. Diperkirakan bahwa pada tahun 2000, sebagian besar fasilitas kesehatan akan menerapkan beberapa jenis pendokumentasian elektronik dan sistem dokumentasi elektronik. Pada tahun 2003, Tommy G. Thompson, Sekretaris Departemen Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan, meminta dua organisasi bergengsi, Institut Kedokteran dan Kesehatan Level 7, untuk membentuk gugus tugas nasional untuk merancang standar untuk pendokumentasian elektronik. Gugus tugas telah mengusulkan model dengan standar untuk digunakan dalam beberapa proyek percontohan pendokumentasian elektronik. Sampai saat ini, model pendokumentasian elektronik telah berdampak luas pada seluruh komunitas layanan kesehatan, mulai dari perusahaan besar hingga praktik individu, dengan banyak negara membentuk dewan penasihat untuk menyusun strategi bagaimana pendokumentasian elektronik dapat diterapkan di seluruh negara bagian. Melalui Sistem Informasi dan Manajemen Kesehatan telah dikembangkan model definisi yang merinci delapan atribut dan persyaratan penting untuk pendokumentasian elektronik, dari kebutuhan untuk catatan aman yang dapat diakses secara waktu nyata hingga catatan yang dapat membantu mendukung uji klinis. Semua agen layanan kesehatan diharapkan memiliki pendokumentasian elektronik dalam waktu dekat untuk memastikan keamanan dan dokumentasi perawatan yang lebih baik.

Untuk banyak alasan, perpindahan ke catatan layanan kesehatan tanpa kertas adalah usaha yang menakutkan dan mahal bagi lembaga layanan kesehatan, dan tidak semua orang antusias dengan penggunaan pendokumentasian elektronik. Dengan demikian, tingkat adopsi sangat bervariasi dari satu daerah ke daerah lain. Banyak masalah yang dihadapi dalam implementasi pendokumentasian elektronik bersifat organisasi dan perilaku, dan dapat dikaitkan dengan sikap terhadap penggunaan teknologi elektronik atau kegagalan pelaksana untuk mencari masukan dari pengguna potensial (Moody, Elaine Slocumb, Bruce Berg, & Donna Jackson, 2004). Dokumentasi ini melaporkan kondisi aktual pasien sehingga mempercepat tim kesehatan dalam mengambil keputusan yang tepat dalam memberikan perawatan pasien dan menetapkan prioritas serta memutuskan perawatan yang sesuai dengan intervensi. Selanjutnya data yang terkumpul disimpan dalam database sebagai bukti tertulis tentang kemajuan pasien. Komite Praktik Keperawatan merekomendasikan konsistensi dalam prosedur perawatan berbasis bukti, yang terdiri dari data pasien dan data-data rencana strategi, di dalam dan pada akhirnya di seluruh situasi perawatan. Penilaian kualitas perawatan yang sesuai hanya dapat disiapkan ketika proses dan komoditas yang konsisten berlaku (Lavin, et al 2015, dalam Kamau, Nancy, 2015). Jika perawat atau ahli perawat menggunakan sumber daya mereka dan tidak mampu memanfaatkan secara maksimal, seperti tidak mampu menerapkan sesuai dengan kemampuan yang seharusnya dimiliki oleh perawat yang mampu menggunakan pendokumentasian elektronik. Dengan demikian perawat akan merasa nyaman menjalankan pekerjaannya. Sebagian besar lembaga kesehatan sekarang memperkirakan staf perawat mempertimbangkan rata-rata kebutuhan pasien. Namun, lambang permintaan menimbulkan stres bagi perawat dan berdampak pada kualitas perawatan. Demikian pula, pernyataan American Nurses Association (ANA) menyatakan bahwa meningkatkan pengaturan kerja pada akhirnya tergantung pada fase kemampuan perawat.

Pendokumentasian elektronik yang menggunakan instrumen dukungan pengambilan keputusan medis secara empiris dikaitkan dengan peningkatan kepatuhan terhadap strategi klinis berbasis bukti dan perawatan yang efisien. Terlepas dari tujuan ideal penyedia layanan kesehatan, beberapa faktor dapat memberikan hasil dalam pengalaman pasien yang tidak berpegang pada prinsip panduan praktik terbaik. Namun, perawat berada dalam posisi yang lebih baik dengan menggunakan sistem ini sehingga dapat menawarkan layanan yang efektif (Menachemi & Taleah 2011, dalam Kamau, Nancy, 2015). Setiap perawat membawa tablet komputer untuk melakukan dokumentasi keperawatan pada klien, dengan perawatan yang tepat

dan konfirmasi intervensi keperawatan, pemeriksaan obat-obatan, memberikan keseragaman dalam pendokumentasian dan berbagi informasi dengan tim medis lainya dengan dukungan dokumentasi elektronik keperawatan. Data yang terkumpul direstrukturisasi untuk menghasilkan print-out dalam bentuk situasi, baground, pengkajian, rekomendasi (SBAR). Dokumen dapat dibaca pada satu halaman dan menghasilkan laporan secara otomatis dan dapat di access secara bersama semua tim kesehatan. Termasuk diagnosa pasien, obat-obatan , prognosis, aktivitas yang diizinkan, alergi, keterbatasan fungsional, status mental, persyaratan gizi, keamanan langkah-langkah, frekwensi dan durasi kunjungan untuk layanan keperawatan yang tepat.

PENUTUP

Kesimpulan

Dari berbagai artikel penelitian yang dalam pembahasan maka dapat disimpulkan bahwa Dokumentasi keperawatan yang berbasis teknologi IT sangat diperlukan di era modern saat ini disamping dapat memberikan keakuratan data kepada klien serta perencanaan untuk meghasilkan kualitas dan kinerja perawat dalam melakukan asuhan keperawatan yang baik. Sebagai pelaksana pelayanan kesehatan, rumah sakit juga sangat terbantu dengan adanya sistem dokumentasi keperawatan secara elektronik karena dapat menyediakan akses yang cepat dalam memberikan informasi, meminimalkan potensi kehilangan atau informasi yang rusak, menekan anggaran biaya yang dikeluarkan. Dapat mengurangi resiko kesalahan dalam melakukan intervensi, membantu dalam memenuhi pertanggungjawaban dokumentasi melalui akurasi informasi dan data pasien, memudahkan data epidemiologi, meningkatkan komunikasi dalam pertukaran informasi serta koordinasi diantara perawat dan anggota tim kesehatan lainya, meningkatkan keselamatan pasien dengan mengurangi kesalahan medis.

DAFTAR PUSTAKA

Chand S. (2014). Electronic nursing documentation. *International Journal of Information Dissemination and Technology*, 4(4), 328.

Fitri Dyah Wulandari ,Hanny Handiyani. (2019). Pengembangan Dokumentasi Keperawatan Berbasis Elektronik Di Rs X Kota Depok Dengan Menggunakan Teori Perubahan Lewins. *Jurnal Keperawatan Global*, 4(1),55-64.

Kuntoro, Agus. (2017). *Buku Ajar Manajemen Keperawatan*.Yogayakarta: Nuha Medika.

Laitinen, H., Kaunonen, M., & Åstedt-Kurki, P.(2014). The Impact of Using Electronic Patient Records On Practices Of Reading And Writing. *Health Informatics Journal*, 20(4), 235-249.

Muryani, Endang Pertiwiwati, Herry Setiawan. (2019). Kualitas Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap (Studi di RSUD Kalimantan Tengah). *Jurnal Nerspedia*, 2(1), 27-32.

Nokes, Kathleen M., Aponte, Dornbaum, dkk . (2012). Teaching Home Care Electronic Documentation Skills to Undergraduate Nursing Students. *Jurnal of Nursing Education Perspectives*, 33(2), 111-115

Prakosa. (2016). Kualitas Dokumentasi Keperawatan dan BebanKerja Objektif Perawat Berdasarkan Time And Motion Study (Tms). *Jurnal INJEC I*(2), 173-177.

Simamora, R. (2009). Dokumentasi Proses Keperawatan.

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.

Suganda T, dan R.T.S Hariyati. (2020). Perbandingan Kualitas Dokumentasi Keperawatan Berbasis Elektronik Dan Berbasis Kertas: Study Literature. *Jurnal Kesehatan*, 14(1),17-28

Sugiarti Yuni. Nuryasin dan Nur Fitriani. (2015). Analisis dan Perancangan Sistem Informasi Rawat Inap (Studi Kasus : Rumah Sakit Ibu dan Anak Buah Hati Ciputat). *Jurnal Sistem Informasi*, 8(2), 1-11.

Tarigan. R,dan H. Handayani. 2019. Manfaat Implementasi Dokumentasi Asuhan Keperawatan Berbasis Komputerisasi Dalam Meningkatkan Mutu Asuhan Keperawatan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Pencerah*, 8 (2),110-116.