



Jurnal Ilmu dan Teknologi Kesehatan

Vol. 2, No. 1

Januari 2011

PENGEMBANGAN SISTEM INFORMASI SUMBER DAYA MANUSIA KEPERAWATAN RUMAH SAKIT

Muhamad Rofii

MENINGKATKAN KUALITAS DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN SISTEM INFORMASI KEPERAWATAN BERBASIS KOMPUTER

Mulyaningsih

PENGEMBANGAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN BERBASIS TEKNOLOGI INFORMASI

Sari Candra Dewi

PERKEMBANGAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN BERBASIS KOMPUTER

Niken Sukesi

PENGGUNAAN PERANGKAT TEKNOLOGI INFORMASI PADA PELAYANAN KESEHATAN ANAK DAN REMAJA

Dian Ramawati

SISTEM TELEMEDIKA BERBASIS ICT DALAM PENGELOLAAN MASALAH KESEHATAN KOMUNITAS

Suhadi

PENGGUNAAN TELE HYPNOBIRTHING PADA PRENATAL CLASS DI RUMAH SAKIT

Nikmatul khayati

Diterbitkan oleh
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan (STIKES) Widya Husada
Semarang

Jurnal Ilmu dan Teknologi Kesehatan

Januari 2011

Vol.2 , No. 1

Susunan Dewan Redaksi

Penanggung Jawab

dr. Anityo Mochtar, Sp.PD.,Sp.JP,KKV

Pembina

Drs. J. Dahjono, D.H.M.E, M.M.

Drs. Muhammad Djajadi

Daniel Manurung, B.Sc.,S.H.,M.Kes.

Ketua Dewan Redaksi

Ambar Dwi Erawati, S.Si.T.,M.Kes.

Anggota Dewan Redaksi

Prof. dr. Wilardjo, Sp.M(K), Nur Utama, S.S.T.,

Ir. Vivi Vira Vidianti, M.Kes., Nana Rohana, S.K.M.,M.Kep.

dr. Endang Ambarwati, Sp.Rm.

Jurnal Ilmu dan Teknologi Kesehatan terbit dua kali dalam setahun (Januari dan Juli)

Administrasi dan Sekretariat

Rachmat Nur Hidayat, S.E

Alamat

Jl. Subali Raya No. 12, Krapyak, Semarang

Telpon (024) 7612988, 7612944, 70773434, Fax (024) 7612988,

e-mail : widya_husada@yahoo.com

Jurnal Ilmu dan Teknologi Kesehatan (JITK) merupakan wadah atau sarana yang menerbitkan tulisan ilmiah hasil-hasil penelitian maupun nonhasil penelitian di bidang ilmu dan teknologi kesehatan yang belum pernah diterbitkan atau sedang dalam proses penerbitan di jurnal-jurnal ilmiah lain. Redaksi berhak mengubah tulisan tanpa mengubah maksud atau substansi dari naskah yang dikirimkan. Naskah yang belum layak diterbitkan dalam Jurnal Ilmu dan Teknologi Kesehatan. tidak dikembalikan kepada pengirimnya, kecuali atas permintaan dari penulis yang bersangkutan.

Jurnal Ilmu dan Teknologi Kesehatan	Vol. 2 No. 1	Hal. 1 - 25	Semarang Januari 2011	ISSN 2086 - 8510
--	--------------	-------------	--------------------------	---------------------

PENGEMBANGAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN BERBASIS TEKNOLOGI INFORMASI

Oleh

Sari Candra Dewi
Mahasiswa S2 Manajemen Keperawatan

ABSTRAK

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. Perkembangan teknologi informasi dan komunikasi telah mempengaruhi aktivitas pengelolaan data dan informasi di bidang keperawatan sehingga mempengaruhi perkembangan dalam pendokumentasian keperawatan. Dokumentasi keperawatan yang sejak awal merupakan pencatatan dalam format kertas (*paper based*) dapat dikembangkan menjadi *electronic based* dengan dukungan teknologi informasi dan sistem komputerisasi. Dokumentasi keperawatan berbasis teknologi informasi 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 teknologi informasi 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.

Kata kunci: Dokumentasi Keperawatan, Teknologi Informasi

Latar Belakang

Proses mendokumentasikan perawatan pasien telah dilakukan sejak jaman Florence Nightingale yang menulis tentang pentingnya komunikasi diantara pemberi layanan keperawatan dan merupakan pelopor dalam pengembangan format yang digunakan dalam memfasilitasi proses komunikasi tersebut. Meskipun bentuk pendokumentasian keperawatan telah berkembang dari waktu ke waktu untuk memenuhi kebutuhan perubahan dalam perawatan kesehatan, namun perubahan yang terjadi tidak membawa pengaruh besar dalam proses dokumentasi hingga diperkenalkannya komputer dalam kesehatan di akhir abad 20 (Turpin, 2005).

Perkembangan teknologi di bidang informasi dan komunikasi juga membawa pengaruh di bidang keperawatan. Peluang penerapan kedua teknologi tersebut menjadi semakin luas ditunjang dengan adanya tuntutan masyarakat terhadap pemberian layanan kesehatan dan keperawatan yang berkualitas sehingga mengharuskan perawat untuk lebih banyak menyediakan waktu bagi pelaksanaan asuhan keperawatan langsung. Pemanfaatan teknologi tersebut antara lain digunakan untuk mengembangkan sistem pendokumentasian yang berbasis teknologi informasi dengan dukungan sistem komputerisasi.

Sistem pendokumentasian asuhan keperawatan di Indonesia saat ini masih bervariasi. Sebagian besar rumah sakit masih

menggunakan sistem pendokumentasian dengan melakukan pencatatan pada format kertas yang tersedia (*paper based*), sementara baru sebagian kecil yang sudah mulai mengembangkan sistem pendokumentasian keperawatan dengan dukungan teknologi informasi berbasis sistem komputer (*electronic based*).

Menurut Bates (NANDA, 2009) dokumentasi keperawatan yang dilakukan pada format kertas merupakan catatan yang naratif, panjang dan memerlukan waktu terutama dalam hal penulisan. Pendekatan ini memiliki variasi dalam perumusan diagnosa dan perencanaan tindakan keperawatan disebabkan karena kurangnya kemampuan perawat dalam menganalisa. Selain itu catatan dalam bentuk tertulis kadangkala sulit untuk dibaca, dapat disalahartikan, dan hanya dapat dimanfaatkan untuk satu orang pada satu waktu. Dokumentasi tertulis juga lebih sulit dianalisis untuk keperluan penelitian dan mendukung proses pengambilan keputusan. Sementara pendokumentasian dengan berbasis sistem komputerisasi membantu perawat untuk mengurangi waktu yang diperlukan dalam proses pendokumentasian sehingga waktu untuk melakukan perawatan pada pasien menjadi lebih banyak, mengurangi kesalahan dalam dokumentasi dan evaluasi hasil tindakan keperawatan serta menurunkan efisiensi rumah sakit dalam hal penggunaan kertas sehingga menaikkan efektifitas biaya (Iqbal, 2009).

Kajian Literatur Dokumentasi adalah setiap informasi tertulis atau elektronik tentang klien yang menggambarkan perawatan atau layanan yang diberikan kepada klien. Catatan kesehatan klien dapat berupa kertas dokumen atau dokumen elektronik, seperti rekam medis elektronik, *faks*, *e-mail*, kaset audio atau kaset video dan gambar (CRNBC, 2007). Menurut Potter (2005) dokumentasi adalah segala sesuatu yang tercetak atau tertulis yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang. Sehingga dapat disimpulkan bahwa 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 adalah untuk memfasilitasi proses komunikasi diantara tim kesehatan. Melalui dokumentasi, perawat dapat berkomunikasi dengan perawat lain dan tim kesehatan tentang penilaian terhadap status klien, intervensi keperawatan yang dilakukan dan hasil dari intervensi (WHO, 1996). Dokumentasi dapat menjelaskan dengan akurat tentang apa yang terjadi dan waktu kejadian (CRNBC, 2007). Pendokumentasian meningkatkan kemungkinan klien untuk menerima perawatan yang konsisten. Dokumen yang teliti dan akurat akan mengurangi potensi miskomunikasi dan kesalahan (WHO, 1996).

Dokumentasi keperawatan dapat dijadikan alat untuk mengukur indikator kualitas keperawatan atau kinerja asuhan keperawatan dan merupakan salah satu bentuk upaya membina dan mempertahankan akuntabilitas perawat dan keperawatan (Rykkje, 2009). Perawat dapat menilai kemajuan klien, menentukan intervensi yang efektif dan tidak efektif, mengidentifikasi dan merencanakan perubahan intervensi perawatan sesuai hasil evaluasi dalam dokumentasi keperawatan. Dokumentasi bisa menjadi sumber data yang berharga untuk membuat keputusan tentang pendanaan dan pengelolaan sumber daya serta memfasilitasi penelitian keperawatan, yang semuanya memiliki potensi untuk meningkatkan kualitas praktek keperawatan dan perawatan klien. Perawat dapat menggunakan Informasi berdasar hasil dokumentasi untuk merefleksikan praktek mereka dan membuat perubahan yang diperlukan berdasarkan bukti (Tomvall, 2004).

Dokumentasi juga digunakan untuk memenuhi standar profesional dan hukum. Dokumentasi adalah metode yang berharga untuk menunjukkan bahwa dalam hubungan perawat-klien, perawat telah menerapkan pengetahuan keperawatan, keterampilan dan membuat keputusan menurut standar profesional. Dokumentasi keperawatan dapat digunakan sebagai bukti dalam proses hukum jika ada tuntutan hukum (Tomval & Wilhelmsson, 2008).

Perkembangan teknologi informasi dan komunikasi telah mempengaruhi aktivitas pengelolaan data dan informasi di bidang keperawatan serta memunculkan istilah baru yaitu informatika keperawatan. Informatika keperawatan merupakan

integrasi ilmu keperawatan, ilmu komputer, dan ilmu informasi untuk mengelola dan mengkomunikasikan data, informasi, pengetahuan, dan kebijaksanaan dalam praktek keperawatan. Perawatan informatika memfasilitasi integrasi data, informasi, pengetahuan, dan kebijaksanaan untuk mendukung pasien, perawat, dan penyedia lainnya dalam pengambilan keputusan di semua peran pengaturan. Dukungan ini dicapai melalui penggunaan struktur informasi, proses informasi, dan teknologi informasi (ANA, 2008).

Perkembangan informatika keperawatan di luar negeri telah berkembang pesat pada seluruh aktivitas keperawatan, baik dalam bidang pelayanan, pendidikan maupun riset keperawatan. Sementara penerapannya dalam sistem dokumentasi akan mempengaruhi kontinuitas perawatan pasien dan memungkinkan perawat melakukan perawatan yang lebih aman (Rykkje, 2009).

Hasil penelitian Yu (2005) di Quenland, Australia menunjukkan adanya perbaikan dalam hal waktu yang diperlukan dalam pendokumentasian, keterbacaan data dan kemudahan akses pada dokumentasi yang dilakukan dengan berbasis teknologi informasi atau sistem komputerisasi bila dibandingkan dengan pendokumentasian dengan sistem kertas (*paper based*). Hal ini sejalan dengan penelitian Lee (2006) yang menyatakan bahwa pendokumentasian berbasis teknologi informasi memungkinkan perawat menggunakannya sebagai sarana belajar dan memahami pentingnya mendokumentasikan proses perawatan pasien mereka serta menghemat waktu dalam menyusun rencana perawatan.

Penggunaan teknologi informasi dalam dokumentasi keperawatan merupakan cara baru untuk merekam, memberikan dan menerima informasi klien. Hal ini memberikan tantangan bagi perawat, terutama berkaitan dengan kerahasiaan dan keamanan informasi klien. Sehingga perawat perlu didukung dengan kebijakan dan pedoman yang jelas. Pengembangan dokumentasi dengan dukungan teknologi informasi dan sistem komputerisasi harus tetap memperhatikan prinsip-prinsip dokumentasi, akses, penyimpanan, pengambilan dan pengiriman informasi seperti yang berlaku dalam sistem pendokumentasian yang berbasis kertas (*document paper*) (CRNBC, 2007).

Beberapa hal yang harus diperhatikan dalam mengembangkan dokumentasi keperawatan dengan berbasis teknologi informasi sebagai catatan elektronik adalah (CRNBC, 2007):

1. Catatan kesehatan elektronik klien adalah kumpulan informasi kesehatan pribadi satu individu yang diberikan oleh penyedia layanan kesehatan dan disimpan secara elektronik di bawah pengamanan ketat.
2. Dokumentasi dalam catatan keperawatan elektronik harus komprehensif, akurat, tepat waktu, dan jelas mengidentifikasi pemberi perawatan

3. Entri data dilakukan oleh orang yang melaksanakan perawatan dan bukan oleh staf yang lain.
4. Masukan data yang dibuat dan disimpan dalam catatan keperawatan elektronik dianggap sebagai bagian permanen dari rekaman dan tidak dapat dihapus. Jika diperlukan koreksi setelah data dimasukkan dan telah disimpan, maka kebijakan lembaga memberikan arahan tentang bagaimana hal ini harus dilakukan.

Lembaga yang menggunakan dokumentasi elektronik harus memiliki kebijakan untuk mendukung penggunaannya, termasuk kebijakan

untuk: mengoreksi apabila terjadi kesalahan dalam dokumentasi atau jika terlambat memasukkan data; mencegah penghapusan informasi; mengidentifikasi perubahan dan update catatan; melindungi kerahasiaan informasi klien; menjaga keamanan dari sistem (password, perlindungan virus, enkripsi, firewall); pelacakan akses tidak sah ke informasi klien; proses untuk mendokumentasikan di instansi menggunakan campuran metode elektronik dan kertas; back-up informasi klien; dan sarana dokumentasi dalam hal kegagalan sistem (CRNBC, 2007).

Selain hal tersebut diatas rumah sakit harus memiliki kebijakan yang mengatur lama waktu suatu dokumentasi kesehatan klien harus disimpan. Dokumen klien yang disimpan di rumah sakit dapat dianggap sebagai catatan primer, sekunder atau sementara. Pedoman penyimpanan dokumen klien antara lain:

1. Catatan yang berisi referensi darah atau produk darah harus dipertahankan selama-lamanya. Dengan kata lain, catatan tersebut harus disimpan selamanya.
2. Catatan primer klien misalnya, catatan dokter, catatan keperawatan, konsultasi, resume, dan pemberitahuan kematian disimpan selama 10 tahun
3. Sekunder dokumen misalnya hasil pemeriksaan diagnostik, catatan pengobatan disimpan selama enam tahun
4. Catatan sementara misalnya laporan diet, bagan grafik disimpan selama satu tahun

Pedoman yang dapat digunakan oleh perawat dalam menggunakan dokumentasi elektronik adalah sebagai berikut :

1. Tidak pernah mengungkapkan atau mengizinkan orang lain menggunakan nomor identifikasi pribadi (password) dan menginformasikan kepada atasan langsung jika ada kecurigaan bahwa kode identifikasi sedang digunakan oleh orang lain
2. Mengubah password pada interval yang sering dan teratur (sesuai kebijakan lembaga)
3. Memilih password yang tidak mudah diuraikan dan melakukan log off bila tidak menggunakan sistem atau ketika meninggalkan sistem.
4. Menjaga kerahasiaan semua informasi, termasuk semua salinan cetak dari informasi dan melindungi informasi klien yang ditampilkan pada monitor misalnya dengan

penggunaan screen saver, mengatur lokasi monitor, dan menggunakan privasi layar

5. Menggunakan sistem hanya pada layanan akses yang aman untuk membuka ke informasi klien
6. Melakukan akses hanya pada informasi klien yang diperlukan untuk memberikan pelayanan keperawatan pada klien tersebut.
7. Mengakses informasi klien untuk tujuan selain memberikan asuhan keperawatan merupakan pelanggaran kerahasiaan.

Kesimpulan

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. Pengembangan dokumentasi keperawatan elektronik dengan berbasis teknologi informasi memberikan keuntungan bagi perawat antara lain: waktu pendokumentasian lebih singkat, kemudahan dalam pembacaan dan akses dokumen dan memungkinkan sebagai sarana belajar. Dokumentasi keperawatan elektronik tetap harus memperhatikan prinsip kerahasiaan data klien, komprehensif, akurat, tepat waktu, dan jelas mengidentifikasi pemberi perawatan.

Rekomendasi:

Perlu dirumuskan kebijakan yang mengatur dokumentasi keperawatan dengan berbasis teknologi informasi atau elektronik dokumentasi keperawatan sehingga kerahasiaan dan keamanan informasi klien tetap terjaga.

Daftar Pustaka

American Nurses Association. (2008). *Nursing informatics: Scope and standards of practice*. Silver Springs: American Nurses Association.

CRNBC. (2007). *Nursing Documentation*. <https://www.crNBC.ca/downloads/151.pdf>

Iqbal, M. (2009). *Teknologi Informasi dalam Pelayanan Ruang Rawat*. <http://www.detik.com/read/2009/09/04/175250/1197017/471/teknologi-informasi-dalam-pelayanan-di-ruang-rawat>

Lee, T. (2005). *Nurses' perceptions of their documentation experiences in a computerized nursing care system*. <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer>

Rykkje, L. (2009). *Implementing Electronic Patient Record and VIPS in medical hospital wards: Evaluating change in quantity and quality of nursing documentation by using the audit instrument Cat-ch-Ing*.

NANDA. (2009). *Nursing Diagnoses: Definition & Classification*. United Kingdom: Wiley-Blackwell.

Potter (2005). *Fundamentals Of Nursing: Concepts Process And Practice*. California: Addison Wesley.

omval, E. & Wilhelmsson, S. (2008). *Nursing Documentation For Communicating And Evaluating Care*. <http://content.ebscohost.com/pdf9/pdf/2008/6PW/15Aug08/33133877.pdf?T=P&P=AN&K=2010006314&S=R&D=rzh&EbscoContent=dGJyMMTo50SeqLo4zdnyOLCmr0ieprFsq24SrOWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGnrkqurrJJuePfgexy4YHs1%2BaE>

omvall, E. Dkk (2004). *Electronic Nursing Documentation In Primary Health Care*. http://content.ebscohost.com/pdf14_16/pdf/2004/BD4/01Sep04/14359340.pdf?T=P&P=AN&K=2005019038&S=R&D=rzh&EbscoContent=dGJyMMTo50SeqLo4zdnyOLCmr0ieprFsq24SrOWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGnrkqurrJJuePfgexy4YHs1%2BaE

urpin. (2005). *Transitioning From Paper to Computerized Documentation*. *Gastroenterology Nursing*. Volume 28. <http://journal.lww.com/gastroenterologynursing>.

WHO. (1996). *The Nursing Process and Documentation*. http://whqfibdoc.who.int/hq/1996/EUR_ICP_DLVR02_96_1-4.pdf

Yu, P. (2006). *Electronic Versus Paper-Based Nursing Documentation Systems: The Caregivers Weigh In*. *JAGS VOL. 54* (10) <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&hid=9&sid=f621f766-0ac2-4b4d-a756-7d290644cd66%40sessionmgr13>.