

MODUL DOKUMENTASI KEPERAWATAN 1



**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN
STIKES KUSUMA HUSADA SURAKARTA
2018**

Modul Ajar Dokumentasi Keperawatan I ini merupakan Modul Pembelajaran yang memuat naskah konsep pembelajaran di bidang Ilmu Keperawatan, yang disusun oleh dosen Prodi D3 Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta.

Pelindung : Ketua STIKes
Wahyu Rima Agustin, S.Kep.,Ns,M.Kep

Penanggung Jawab : Ketua Lembaga Penjamin Mutu
Tresia Umarianti, SST.,M.Kes

Pemimpin Umum : Meri Oktariani, S.Kep.,Ns,M.Kep

Pemimpin Redaksi : Erlina Windyastuti, S.Kep.,Ns, M.Kep

Sekretaris Redaksi : Mellia Silvy Irdianty, S.Kep.,Ns, MPH

Sidang Redaksi : Endang Zulaicha, S.Kp.,M.Kep
Siti Mardiyah, S.Kep.,Ns, M.Kep
Anissa Cindy, S.Kep.,Ns, M.Kep
Nurul Devi Ardiani, S.Kep.,Ns, M.Kep
Mutiar Dewati Listiyanawati, S.Kep.,M.Si.Med
Agik Priyo Nusantoro, S.Kep.,Ns, M.Kep
Mellia Silvy Irdianty, S.Kep.,Ns,MPH
Titis Sensussiana, S.Kep.,Ns, M.Kep

Penyusun : Titis Sensussiana, S.Kep.,Ns, M.Kep

Penerbit : Prodi D3 Keperawatan STIKes Kusuma Husada Surakarta

Alamat Redaksi : Jl. Jaya Wijaya No. 11 Kadipiro, Bnajarsari, Surakarta, Telp. 0271-857724

KATA PENGANTAR

Segala puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena berkat karuniaNya, Modul Dokumentasi Keperawatan ini dapat disusun. Modul ini disusun untuk membahas tentang konsep dokumentasi, tehnik dokumentasi dan pelaporan, system informasi kesehatan, model pendokumentasian asuhan keperawatan, tehnik pendokumentasian asuhan keperawatan, model dokumentasi NANDA (NIC dan NOC), system dokumentasi (manual dan elektronik), aspek legal pendokumentasian. Modul ini diharapkan dapat menjadi acuan belajar bagi mahasiswa dalam mencapai kompetensi dokumentasi keperawatan.

Modul ini tentunya masih banyak memiliki kekurangan. Oleh karena itu, kami mengharapkan saran dan masukan yang positif demi perbaikan modul ini. Besar harapan kami modul ini dapat memberikan manfaat bagi pembacanya.

Surakarta,2018

Tim Penyusun

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL.....	i
TIM PENGEMBANG MODUL.....	ii
KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
PENDAHULUAN.....	vi
KEGIATAN BELAJAR 1. KONSEP DOKUMENTASI DAN PELAPORAN	
A. Tujuan Kegiatan Belajar.....	1
B. Pokok Materi Kegiatan Belajar.....	1
C. Uraian Materi.....	1
1. Definisi Dokumentasi Keperawatan.....	1
2. Tujuan Dokumentasi Keperawatan.....	2
3. Prinsip Dokumentasi Keperawatan.....	3
4. Pentingnya Dokumentasi.....	4
5. Macam Dokumentasi Keperawatan.....	5
6. Macam-Macam Pencatatan.....	5
KEGIATAN BELAJAR 2. SISTEM INFORMASI KESEHATAN	
A. Tujuan Kegiatan Belajar.....	9
B. Pokok Materi Kegiatan Belajar.....	9
C. Uraian Materi.....	9
1. Definisi Sistem Informasi Kesehatan.....	9
2. Dasar Hukum Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan di Indonesia.....	10
3. Tujuan Sistem Informasi Kesehatan.....	10
4. Sasaran Sistem Informasi Kesehatan.....	11
KEGIATAN BELAJAR 3. MODEL DOKUMENTASI KEPERAWATAN	
A. Tujuan Kegiatan Belajar	12
B. Pokok Materi Kegiatan Belajar.....	12
C. Uraian Materi	12
1. Dokumentasi Keperawatan SOR.....	12

2. Dokumentasi Keperawatan POR.....	13
3. Dokumentasi Keperawatan CBE.....	15
4. Dokumentasi Keperawatan PIE.....	17
5. Dokumentasi Keperawatan POS.....	18
6. Dokumentasi Keperawatan Core.....	19

KEGIATAN BELAJAR 4. ASPEK LEGAL DALAM PENDOKUMENTASIAN

A. Tujuan Kegiatan Belajar	20
B. Pokok Materi Kegiatan Belajar	20
C. Uraian Materi	20
1. Implikasi Hukum dalam Dokumentasi Askep.....	20
2. Komponen Umum Data yang Relevan menurut Hukum.....	22
3. Pedoman untuk Pencatatan Data.....	22
4. Kecenderungan Tidak sesuai Hukum.....	23
5. Implikasi Etik Hukum.....	24

DAFTAR PUSTAKA

PENDAHULUAN

Peran perawat dalam kesembuhan pasien menjadi peran yang sangat penting, karena perawat akan selalu berada 24 jam berada di samping pasien. Maka, kompetensi perawat wajib diperlukan dalam pemberian pelayanan kesehatan pada pasien. Baik buruknya layanan kesehatan di suatu rumahsakit ditentukan oleh baik buruknya pelayanan yang dilakukan oleh tim kesehatan termasuk perawat.

Ruang lingkup, perspektif keperawatan dan proses keperawatan merupakan dasar ilmu yang harus dipegang dan dijadikan prinsip bagi perawat dalam mengaplikasikan ilmunya. Seberapa luas batasan dalam setiap ilmu di bidang keperawatan haruslah jelas sehingga perawat dalam melaksanakan tugas dan perannya tidak tumpang tindih dengan profesi kesehatan lainnya. Proses keperawatan baik dalam aplikasi maupun pendokumentasian juga harus dilaksanakan sesuai dengan standar yang telah ditetapkan agar praktik keperawatan berjalan dengan profesional. Dalam modul Dokumentasi Keperawatan ini akan dibahas tentang beberapa kegiatan belajar. Kegiatan belajar tersebut adalah

1. Konsep, Teknik dan Pelaporan Dokumentasi
2. Sistem Informasi Kesehatan
3. Model Pendokumentasian Asuhan Keperawatan
4. Aspek Legal dalam Pendokumentasian

Setelah mempelajari materi Dokumentasi Keperawatan ini, diharapkan mahasiswa mampu menguasai Konsep, teknik, model pendokumentasian asuhan keperawatan dan konsep sistem informasi kesehatan dalam pemberian askep kepada individu, keluarga, dan kelompok baik sehat, sakit, dan kegawatdaruratan dengan memperhatikan aspek bio, psiko, social kultural, dan spiritual yang menjamin keselamatan klien (*patient safety*), sesuai standar askep dan berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah tersedia. Penguasaan mahasiswa tentang Dokumentasi Keperawatan ini, akan sangat bermanfaat dalam proses asuhan keperawatan secara maksimal.

KEGIATAN BELAJAR 1

Konsep Dokumentasi

A. Tujuan Kegiatan Belajar

Setelah menyelesaikan kegiatan belajar 1 tentang Konsep Dokumentasi yaitu, Anda diharapkan mampu :

1. Menjelaskan Definisi Dokumentasi
2. Menjelaskan Tujuan Dokumentasi Keperawatan
3. Menjelaskan Prinsip Dokumentasi
4. Menjelaskan Pentingnya Dokumentasi Keperawatan
5. Menjelaskan Macam Macam Dokumentasi Keperawatan
6. Menjelaskan Macam-Macam Pencatatan

B. Pokok Materi Kegiatan Belajar

1. Definisi Dokumentasi
2. Tujuan Dokumentasi Keperawatan
3. Prinsip Dokumentasi
4. Pentingnya Dokumentasi Keperawatan
5. Macam Macam Dokumentasi Keperawatan
6. Macam-Macam Pencatatan

C. Uraian Materi

1. Definisi Dokumentasi

Dokumentasi adalah sebagai segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang (Potter dan Perry, 2002) Dokumentasi keperawatan adalah suatu dokumen atau catatan yang berisi data tentang keadaan pasien yang dilihat tidak saja dari tingkat kesakitannya akan tetapi juga dilihat dari jenis, kualitas dan kuantitas dari layanan yang telah diberikan perawat dalam memenuhi kebutuhan (Ali, 2010) Definisi berdasarkan teori yang telah dijabarkan dapat disimpulkan bahwa dokumentasi keperawatan merupakan suatu catatan otentik atau dokumen asli yang dapat dijadikan bukti dalam persoalan hukum berdasarkan komunikasi tertulis yang akurat dan lengkap yang dimiliki oleh perawat dalam melakukan asuhan keperawatan dan berguna untuk kepentingan klien, tim kesehatan serta perawat.

2. Tujuan Dokumentasi Keperawatan

Setiadi (2012), tujuan dari dokumentasi keperawatan yaitu

- a. Sarana komunikasi: dokumentasi yang dikomunikasikan secara akurat dan lengkap dapat berguna untuk membantu koordinasi asuhan keperawatan yang diberikan oleh tim kesehatan, mencegah informasi yang berulang terhadap pasien atau anggota tim kesehatan atau mencegah tumpang tindih, bahkan sama sekali tidak dilakukan untuk mengurangi kesalahan dan meningkatkan ketelitian dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien, membantu tim perawat dalam menggunakan waktu sebaik-baiknya.
- b. Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat : sebagai upaya untuk melindungi klien terhadap kualitas pelayanan keperawatan yang diterima dan perlindungan terhadap keamanan perawat dalam melaksanakan tugasnya maka perawat diharuskan mencatat segala tindakan yang dilakukan terhadap klien.
- c. Sebagai informasi statistik: data statistik dari dokumentasi keperawatan dapat membantu merencanakan kebutuhan di masa mendatang, baik SDM, sarana, prasarana dan teknis.
- d. Sebagai sarana pendidikan: dokumentasi asuhan keperawatan yang dilaksanakan secara baik dan benar akan membantu para siswa keperawatan maupun siswa kesehatan lainnya dalam proses belajar mengajar untuk mendapatkan pengetahuan dan membandingkannya, baik teori maupun praktik lapangan.
- e. Sebagai sumber data penelitian: informasi yang ditulis dalam dokumentasi dapat digunakan sebagai sumber data penelitian. Hal ini sarat kaitannya dengan yang dilakukan terhadap asuhan keperawatan yang diberikan sehingga melalui penelitian dapat diciptakan satu bentuk pelayanan keperawatan yang aman, efektif dan etis.
- f. Sebagai jaminan kualitas pelayanan kesehatan : melalui dokumentasi yang dilakukan dengan baik dan benar, diharapkan asuhan keperawatan yang berkualitas dapat dicapai, karena jaminan kualitas dapat diwujudkan tanpa dokumentasi yang kontinu, akurat dan rutin baik yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga kesehatan lainnya.
- g. Sebagai sumber data perencanaan asuhan keperawatan berkelanjutan: dengan dokumentasi akan didapatkan data yang aktual dan konsisten mencakup

seluruh kegiatan keperawatan yang dilakukan melalui tahapan proses keperawatan.

3. Prinsip Dokumentasi

Dokumentasi bagian integral dari pemberian asuhan, konsisten, berdasarkan format, dilakukan oleh yang melakukan tindakan, segera, dibuat secara kronologis, singkatan baku, waktu, pelaksanaan jelas, inisial dan paraf serta catatan akurat dan bersifat rahasia. Berikut merupakan prinsip dari pendokumentasian, yaitu:

- a. Mengandung nilai administratif, misalnya rangkaian pendokumentasian kegiatan pelayanan keperawatan merupakan alat pembelaan yang sah manakala terjadi gugatan sehingga isi dokumentasi harus mudah dibaca (legality), ringkas (Breafity) dan akurat
- b. Mengandung nilai hukum, misalnya catatan medis kesehatan keperawatan dapat dijadikan sebagai pegangan hukum bagi rumah sakit, petugas kesehatan maupun pasien.
- c. Mengandung nilai keuangan, kegiatan pelayanan keperawatan akan menggambarkan tinggi rendahnya biaya perawatan yang merupakan sumber perencanaan keuangan rumah sakit.
- d. Mengandung nilai riset, seperti pencatatan mengandung data atau informasi atau bahan yang dapat digunakan sebagai onjek penelitian karena dokumentasi merupakan informasi yang terjadi di masa lalu
- e. Mengandung nilai edukasi, seperti pencatatan keperawatan dapat digunakan sebagai referensi atau bahan pengajaran di perawat profesi S1 pemakai.

Prinsip-prinsip Pendokumentasian Keperawatan secara rinci dijelaskan oleh Potter & Perry (2005), seperti :

- a. Dilarang menghapus menggunakan tipe-x atau mencatat tulisan yang salah, ketika mencatat yang benar menggunakan garis pada tulisan yang salah, kata salah lalu di paraf kemudian tulis catatan yang benar.
- b. Dilarang menulis komentar yang bersifat mengkritik klien maupun tenaga kesehatan lain. Karena bisa menunjukkan perilaku yang tidak profesional atau asuhan keperawatan yang tidak bermutu.
- c. Melakukan koreksi kesalahan dengan segera karena kesalahan menulis diikuti kesalahan tindakan.

- d. Catatan harus akurat, teliti dan reliabel, pastikan apa yang ditulis adalah fakta, jangan berspekulatif atau menulis perkiraan saja.
- e. Jangan biarkan bagian kosong pada akhir catatan perawat, karena dapat menambahkan informasi yang tidak benar pada bagian yang kosong tadi, untuk itu buat garis horizontal sepanjang area yang kosong dan bubuhkan tanda tangan dibawahnya.
- f. Seluruh catatan wajib dapat dibaca dan ditulis dengan tinta dan menggunakan bahasa yang jelas.
- g. Ketika perawat mendapat instruksi, catat ulang untuk mengklarifikasi.
- h. Tulis hanya untuk diri sendiri karena perawat bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas informasi yang ditulisnya
- i. Hindari penggunaan tulisan yang bersifat umum (kurang spesifik), karena informasi yang spesifik tentang kondisi klien atas kasus bisa secara tidak sengaja terhapus jika informasi terlalu umum. Oleh karena itu tulisan harus lengkap, singkat, padat dan obyektif.
- j. Pastikan urutan kejadian dicatat dengan benar dan ditandatangani setiap selesai menulis dokumentasi. Dengan demikian dokumentasi keperawatan harus obyektif, komprehensif, akurat dan menggambarkan keadaan klien serta apa yang terjadi pada dirinya.

4. Pentingnya Dokumentasi

Perawat bertanggung jawab untuk mengumpulkan data dan mengkaji status kesehatan klien, menentukan rencana asuhan keperawatan yang ditunjukkan untuk mencapai tujuan keperawatan dalam mencapai tujuan perawatan dan mengkaji ulang serta merevisi kembali rencana asuhan (American Nurses Association), oleh sebab itu maka pendokumentasian sangat penting bagi perawat karena sebagai dasar hukum tindakan keperawatan yang sudah dilakukan jika suatu saat nanti ada tuntutan dari pasien. Berikut terdapat beberapa manfaat dari pendokumentasian keperawatan:

a. Hukum

Standar dokumentasi memuat aturan atau ketentuan tentang pelaksanaan pendokumentasian. Kualitas kebenaran standar pendokumentasian akan mudah dipertanggungjawabkan dan dapat digunakan sebagai perlindungan atas gugatan karena sudah memiliki standar hukum.

b. Kualitas pelayanan

Dokumentasian data klien yang lengkap dan akurat akan memberikan kemudahan bagi perawat dalam membantu menyelesaikan masalah klien seperti melihat data-data pasien tentang kemajuan atau perkembangan dari pasien secara objektif dan mendekteksi kecenderungan yang mungkin terjadi. Hal tersebut akan membantu meningkatkan kualitas (mutu) pelayanan keperawatan

c. Komunikasi

Dokumentasi keperawatan merupakan alat perekam terhadap masalah yang berkaitan dengan kebutuhan pelayanan keperawatan yang meliputi kebutuhan biologi, psikologi, sosial dan spiritual. Profesi lain juga dapat melihat dokumentasi yang ada dan dapat dijadikan media komunikasi sebagai pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan, selain itu pendokumentasian menghindari dan mencegah informasi yang berulang dan kesalahan dapat diminimalkan sehingga dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.

d. Keuangan

Dokumentasi dapat bernilai keuangan semua asuhan keperawatan yang belum, sedang dan telah diberikan didokumentasikan dengan lengkap dan dapat dipergunakan sebagai acuan atau pertimbangan dalam biaya keperawatan bagi klien

e. Pendidikan

Dokumentasi memiliki nilai pendidikan, karena isi dari dokumentasi menyangkut kronologis dari kegiatan asuhan keperawatan yang dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pembelajaran bagi peserta didik atau profesi keperawatan

f. Penelitian

Dokumentasi keperawatan mempunyai nilai penelitian, data yang terdapat di dalamnya mengandung informasi yang dapat dijadikan sebagai bahan atau objek riset dan pengembangan profesi keperawatan.

g. Akreditasi

Melalui dokumentasi keperawatan akan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Hal ini

selain bermanfaat bagi peningkatan mutu kualitas pelayanan juga bagi individu perawat dalam mencapai tingkat kepangkatan yang lebih tinggi.

5. Macam Dokumentasi Keperawatan Berdasarkan Jenis Format

- a. Catatan Beorientasi pada Sumber (Source Oriented Record/SOR)
- b. Catatan Berorientasi pada Masalah (Problem Oriented Record/POR)
- c. Catatan Berorientasi pada Perkembangan/ Kemajuan
- d. Probem Intervention Evaluation
- e. Process Oriented System
- f. Sistem Pendokumentasian Core dengan Format DAE

6. Macam-macam Pencatatan

Indriono (2011) menerangkan dalam pendokumentasian ada 3 teknik, yaitu : teknik naratif, teknik flow sheet, dan teknik checklist. Teknik tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut :

- a. Naratif Bentuk naratif adalah merupakan pencatatan tradisonal 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.

Keuntungan pendokumentasian catatan naratif :

- 1) Pencatatan secara kronologis memudahkan penafsiran secara berurutan dari kejadian dari asuhan / tindakan yang dilakukan.
- 2) Memberi kebebasan kepada perawat untuk mencatat menurut gaya yang sukainya.
- 3) Format menyederhanakan proses dalam mencatat masalah, kejadian perubahan, intervensi, reaksi pasien dan outcomes.

Kelemahan pendokumentasian catatan naratif :

- 1) Cenderung untuk menjadi kumpulan data yang terputus-putus, tumpang tindih dan sebenarnya catatannya kurang berarti.
- 2) Kadang-kadang sulit mencari informasi tanpa membaca seluruh catatan atau sebagian besar catatan tersebut.

- 3) Perlu meninjau catatan dari seluruh sumber untuk mengetahui gambaran klinis pasien secara menyeluruh.
 - 4) Dapat membuang banyak waktu karena format yang polos menuntut pertimbangan hati-hati untuk menentukan informasi yang perlu dicatat setiap pasien.
 - 5) Kronologis urutan peristiwa dapat mempersulit interpretasi karena informasi yang bersangkutan mungkin tidak tercatat pada tempat yang sama.
 - 6) Mengikuti perkembangan pasien bisa menyita banyak waktu
- b. Flowsheet (bentuk grafik)

Flowsheet 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 masukan dan keluaran cairan dalam 24 jam dan pemberian obat. Flowsheet 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 flowsheet. Oleh karena itu flowsheet lebih sering digunakan di unit gawat darurat, terutama data fisiologis. Beragam format mungkin digunakan dalam pencatatan walau demikian daftar masalah, flowsheet dan catatan perkembangan adalah syarat minimal untuk dokumentasi pasien yang adekuat/memadai.

c. Checklist

Checklist adalah suatu format 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 pada data vital sign

Keuntungan penggunaan format dokumentasi checklist (Yulistiani, Sodikin, Suprihatiningsih, dan Asiandi, 2003) :

- 1) Bagi Perawat
 - a) Waktu pengkajian efisien
 - b) Lebih banyak waktu dengan klien dalam melakukan tindakan keperawatan sehingga perawatan yang paripurna dan komprehensif dapat direalisasikan.
 - c) Dapat mengantisipasi masalah resiko ataupun potensial yang berhubungan dengan komplikasi yang mungkin timbul.
 - d) Keilmuan keperawatan dapat dipertanggungjawabkan secara legalitas dan akuntabilitas keperawatan dapat ditegakkan
- 2) Untuk Klien dan Keluarga
 - a) Biaya perawatan dapat diperkirakan sebelum klien memutuskan untuk rawat inap/rawat jalan.
 - b) Klien dan keluarga dapat merasakan kepuasan akan makna asuhan keperawatan yang diberikan selama dilakukan tindakan keperawatan.
 - c) Kemandirian klien dan keluarganya dapat dijalin dalam setiap tindakan keperawatan dengan proses pembelajaran selama asuhan keperawatan diberikan.
 - d) Perlindungan secara hukum bagi klien dapat dilakukan kapan saja bila terjadi malpraktek selama perawatan berlangsung.

KEGIATAN BELAJAR 2

Sistem Informasi Kesehatan

A. Tujuan Kegiatan Belajar

Setelah menyelesaikan kegiatan belajar 2 tentang Sistem Informasi Kesehatan yaitu, Anda diharapkan mampu :

1. Menjelaskan Definisi Sistem Informasi Kesehatan
2. Menjelaskan Dasar Hukum Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan di Indonesia
3. Menjelaskan Tujuan Sistem Informasi Kesehatan
4. Menjelaskan Sasaran Sistem Informasi Kesehatan

B. Pokok Materi Kegiatan Belajar

1. Definisi Sistem Informasi Kesehatan
2. Dasar Hukum Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan di Indonesia
3. Tujuan Sistem Informasi Kesehatan
4. Sasaran Sistem Informasi Kesehatan

C. Uraian Materi

1. Definisi Sistem Informasi Kesehatan

Sistem Informasi Kesehatan merupakan sekumpulan komponen yang bekerja bersama untuk mencapai suatu tujuan, sedangkan sistem informasi itu sendiri adalah sekumpulan komponen yang bekerja sama untuk menghasilkan suatu informasi fakta (data) untuk mencapai tujuan yaitu meningkatkan manajemen pelayanan kesehatan. SIK merupakan salah satu bagian penting yang tidak dapat dipisahkan dari Sistem Kesehatan di suatu negara. Kemajuan atau kemunduran Sistem Informasi Kesehatan selalu berkorelasi dan mengikuti perkembangan Sistem Kesehatan, kemajuan Teknologi Informasi dan Komunikasi (TIK) bahkan mempengaruhi Sistem Pemerintah yang berlaku di suatu negara. Sistem Informasi Kesehatan merupakan salah satu bentuk pokok Sistem Kesehatan Nasional (SKN) yang dipergunakan sebagai dasar dan acuan dalam penyusunan berbagai kebijakan, pedoman dan arahan penyelenggaraan pembangunan kesehatan serta pembangunan berwawasan kesehatan.

2. Dasar Hukum Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan di Indonesia
 - a. 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.
 - b. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
 - c. Peraturan Pemerintah RI Nomor 46 Tahun 2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan
 - d. 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 perawatg data dan informasi kesehatan
 - e. Kepmenkes RI Nomor 511 tahun 2002 tentang Kebijakan Strategi Pengembangan Sistem Informasi Kesehatan Nasional (SIKNAS)
 - f. Kepmenkes RI Nomor : 932/Menkes/SK/VIII/2002 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pengembangan Sistem Laporan Informasi Kesehatan Kabupaten / Kota
 - g. Kepmenkes RI Nomor : 004/Menkes/SK/I/2003 tentang Kebijakan dan Strategi 8. 8 8. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 128 tahun 2004 tentang Kebijakan Dasar Pusat Kesehatan Masyarakat
 - h. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 837 Tahun 2007 tentang Pengembangan Jaringan Komputer (SIKNAS) Online Sistem Informasi Kesehatan Nasional
 - i. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 837 Tahun 2007 tentang Pengembangan Jaringan Komputer (SIKNAS) Online Sistem Informasi Kesehatan Nasional
3. Tujuan Sistem Informasi Kesehatan
 - a) Meningkatkan manajemen pelayanan kesehatan melalui isyarat dini dan upaya penanggulangan masalah.
 - b) Meningkatkan peran serta masyarakat dan meningkatkan kemampuan masyarakat untuk menolong dirinya sendiri

- c) Sebagai dasar evidence based bagi penggunaan dan penyebarluasan ilmu pengetahuan dan teknologi perawatg kesehatan
 - d) Sebagai dasar dalam proses pengambilan keputusan dalam rangka perencanaan, penggerakan pelaksanaan, pengawasan, pengendalian dan penilaian manajemen kesehatan
4. Sasaran Sistem Informasi Kesehatan
- a. Terciptanya pengorganisasian dan tata kerja pengelolaan data/informasi dan atau tersedianya tenaga fungsional pengelola data/informasi yang terampil di seluruh tingkat adminstrasi
 - b. Ditetapkannya kebutuhan esensial data/informasi di tiap tingkat dan pengembang instrumen pengumpulan dan pelaporan data.
 - c. Dihasilkannya berbagai informasi kesehatan di seluruh tingkat administrasi secara teratur, tepat waktu dan sesuai dengan kebutuhna dan atau permintaan dari pengguna data/ informasi
 - d. Tersedia dukungan teknis dan sumber daya yang memadai dalam rangka pemantapan dan pengembangan ototmatis pengelolaan data di seluruh tingkat administrasi.
 - e. Pengembangan bank data kesehatan, pengembangan jaringan komunikasi komputer dan informasi

KEGIATAN BELAJAR 3

Model Dokumentasi Keperawatan

A. Tujuan Kegiatan Belajar

Setelah menyelesaikan kegiatan belajar 3 tentang Model Dokumentasi Keperawatan yaitu, Anda diharapkan mampu :

1. Menjelaskan Model Dokumentasi Keperawatan SOR
2. Menjelaskan Model Dokumentasi Keperawatan POR
3. Menjelaskan Model Keperawatan CBE
4. Menjelaskan Model Keperawatan PIE
5. Menjelaskan Model Keperawatan POS
6. Menjelaskan Model Keperawatan CORE

B. Pokok Materi Kegiatan Belajar

1. Model Dokumentasi Keperawatan SOR
2. Model Dokumentasi Keperawatan POR
3. Model Keperawatan CBE
4. Model Keperawatan PIE
5. Model Keperawatan POS
6. Model Keperawatan CORE

C. Uraian Materi

1. Dokumentasi Keperawatan SOR

a) Definisi

Suatu model pendokumentasian sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi pada sumber informasi. Model ini menempatkan catatan atas dasar disiplin orang atau sumber yang mengelola pencatatan. Dokumentasi dibuat dengan cara setiap anggota tim kesehatan membuat catatan sendiri dari hasil observasi. Kemudian, semua hasil dokumentasi dikumpulkan jadi satu. Sehingga masing-masing anggota tim kesehatan melaksanakan kegiatan sendiri tanpa tergantung anggota tim kesehatan yang lain. Misalnya, kumpulan dokumentasi yang bersumber dari dokter, perawat, perawat, fisioterapi, ahli gizi, dan lain-lain. Dokter menggunakan lembar untuk mencatat instruksi, lembaran riwayat penyakit dan perkembangan penyakit. Perawat menggunakan catatan keperawatan, begitu pula disiplin lain mempunyai catatan masing-masing

- b) Komponen Pencatatan
 - 1) Lembar penerimaan berisi biodata
 - 2) Lembar order dokter
 - 3) Lembar riwayat medik atau penyakit
 - 4) catatan perawat
 - 5) catatan dan laporan khusus
 - c) Keuntungan Penggunaan SOP
 - 1) Menyajikan data yang secara berurutan dan mudah diidentifikasi
 - 2) Memudahkan perawat untuk cesara bebas bagaimana informasi akan dicatat.
 - 3) Format Dapat menyederhanakan proses pencatatan masalah, kejadian, perubahan intervensi dan respon klien atau hasil.
 - d) Kerugian Penggunaan SOR
 - 1) Potensial terjadinya pengumpulan data yang terfragmentasi, karena tidak berdasarkan urutan waktu.
 - 2) Kadang-kadang mengalami kesulitan untuk mencari data sebelumnya, tanpa harus mengulang pada awal.
 - 3) Superficial pencatatan tanpa data yang jelas. Memerlukan pengkajian data dari beberapa sumber untuk menentukan masalah dan tindakan kepada klien.
 - 4) Memerlukan pengkajian data dari beberapa sumber untuk menentukan masalah dan tindakan kepada klien.
 - 5) Waktu pemberian asuhan memerlukan waktu yang banyak.
 - 6) Data yang berurutan mungkin menyulitkan dalam interpretasi/analisa.
 - 7) Perkembangan klien sulit di monitor
2. Model Dokumentasi Asuhan Keperawatan POR

a) Definisi

Suatu model pendokumentasian sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi pada masalah klien, dapat menggunakan multi-disiplin dengan mengaplikasikan pendekatan pemecahan masalah, mengarahkan ide-ide dan pikiran anggota tim. Pendekatan ini pertama kali dikenalkan oleh dr. Lawrence Weed dari Amerika Serikat. Format dibuat untuk memudahkan pendokumentasian dengan catatan perkembangan yang terintegrasi, sistem ini

membuat semua petugas kesehatan mencatat observasinya dari suatu daftar masalah.

Model ini memusatkan data tentang klien dan didokumentasikan dan 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.

b) Komponen

- 1) Data Dasar
- 2) Daftar Masalah
- 3) Daftar Rencana awal Asuhan Keperawatan
- 4) Catatan perkembangan

c) Keuntungan Penggunaan POR

- 1) Pencatatan sistem ini berfokus atau lebih menekankan pada masalah klien dan proses penyelesaian masalah dari pada tugas dokumentasi.
- 2) Pencatatan tentang kontinuitas atau kesinambungan dari asuhan keperawatan
- 3) Evaluasi masalah dan pemecahan masalah didokumentasikan dengan jelas, susunan data mencerminkan masalah khusus. Data disusun berdasarkan masalah yang spesifik. Keduanya ini memperlihatkan penggunaan logika untuk pengkajian dan proses yang digunakan dalam pengobatan pasien.
- 4) Daftar masalah, setiap judul dan nomor merupakan “checklist“ untuk diagnosa keperawatan dan untuk masalah klien. Daftar masalah tersebut membantu mengingatkan perawat untuk masalah-masalah yang meminta perhatian khusus .
- 5) Daftar masalah bertindak sebagai daftar isi dan mempermudah pencarian data dalam proses asuhan

d) Kerugian Penggunaan POR

- 1) Penekanan pada hanya berdasarkan masalah, penyakit, ketidakmampuan dan ketidakstabilan dapat mengakibatkan pada pendekatan pengobatan dan tindakan yang negatif.
- 2) Sistem ini sulit digunakan apabila daftar tidak dimulai atau tidak secara terus menerus diperbaharui dan konsensus mengenai masalah belum disetujui, atau tidak ada batas waktu untuk evaluasi dan strategi untuk follow up belum disepakati atau terpelihara.

- 3) Kemungkinan adanya kesulitan jika daftar masalah dilakukan tindakan atau timbulnya masalah yang baru.
- 4) Dapat menimbulkan kebingungan jika setiap hal harus masuk dalam daftar masalah.
- 5) SOAPIER dapat menimbulkan pengulangan yang tidak perlu, jika sering adanya target evaluasi dan tujuan perkembangan klien sangat lambat.
- 6) Perawatan yang rutin mungkin diabaikan dalam pencatatan jika flowsheet untuk pencatatan tidak tersedia.
- 7) P (dalam SOAP) mungkin terjadi duplikasi dengan rencana tindakan.
- 8) Tidak ada kepastian mengenai perubahan pencatatan distatus pasien, kejadian yang tidak diharapkan misalnya pasien jatuh, ketidakpuasan mungkin tidak lengkap pencatatannya. Dalam praktek catatan serupa mungkin tidak tertulis, bila tidak hubungannya dengan catatan sebelumnya.
- 9) Kadang-kadang membingungkan kapan pencatatan dan tanggung jawab untuk follow up.

3. Model Dokumentasi Asuhan Keperawatan CBE

a. Definisi

CBE(Chartering by exception)dimulaisejak tahun1983 diSt LukeMedikalCenter In Milkwankeeyang memilikiartisistemdokumentasiyang hanyamencatatsecara naratifdarihasilatau penemuanyang menyimpang darikeadaannormalatau standar.

b. Komponen

CBE mengintegrasikan tiga komponen kunci yaitu:

- 1) Flowsheet yang berupakan kesimpulan penemuanyang penting dan menjabarkan indikator pengkajiandan penemuan termasuk instruksi dokter dan 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 cukup spesifik dan menguraikan praktik keperawatan yang sebenarnya sertaharus dilakukan oleh perawat dibangsal, walaupun adajuga standar khusus yang disusun sesuai unit masing- masing.
- 3) Formulir dokumentasi yang diletakkan ditempat tidur pasien

c. Format CBE

- 1) Data dasar (riwayat dan pemeriksaan fisik)
- 2) Intervensi flowsheet
- 3) Grafik record
- 4) Catatan bimbingan pasien
- 5) Catatan pasien pulang
- 6) Format catatan perawatan (menggunakan format SOAPIER)
- 7) Daftar diagnose
- 8) Diagnosa dengan standar rencana tindakan perawatan dasar
- 9) Profil perawatan pasien dengan sistem kardex

d. Keuntungan Penggunaan CBE

- 1) Tersusunnya standar minimal untuk pengkajian dan intervensi
- 2) Data yang tidak normal nampak jelas.
- 3) Data yang tidak normal secara mudah ditandaikan dan dipahami.
- 4) Data normal atau respon yang diharapkan tidak mengganggu informasi lain.
- 5) Menghemat waktu karena catatan rutin dan observasi tidak perlu dituliskan.
- 6) Pencatatan dan duplikasi dapat dikurangi.
- 7) Data klien dapat dicatat pada format klien secepatnya.
- 8) Informasi terbaru dapat diletakkan pada tempat tidur klien.
- 9) Jumlah halaman lebih sedikit digunakan dalam dokumentasi.
- 10) Rencana tindakan keperawatan disimpan sebagai catatan yang permanen.

e. Kerugian Penggunaan CBE

- 1) Pencatatan secara narasi sangat singkat. Sangat tergantung pada checklist.
- 2) Kemungkinan ada pencatatan yang masih kosong atau tidak ada.
- 3) Pencatatan rutin sering diabaikan.
- 4) Adanya pencatatan kejadian yang tidak semuanya didokumentasikan.
- 5) Tidak mengakomodasikan pencatatan disiplin ilmu lain.
- 6) Dokumentasi proses keperawatan tidak selalubehubungan dengan adanya suatu kejadian.

4. Model Dokumentasi Asuhan Keperawatan PIE

a. Definisi

PIE(Problem Intervention Evaluation)adalah suatu singkatandariidentifikasi masalah,intervensidanevaluasi.System pendokumentasianPIEadalah suatu pendekatanorientasiprosespadadokumentasidenganpenekanan padaproses keperawatan dan diagnosis keperawatan.

b. Penggunaan PIE

FormatPIEtepatdigunakanuntuk system pemberianasuhankeperawatan primer.Padakeadaanklienyang akut,perawatdapatmelaksanakan dan mendokumentasikan pengkajian ketika pertama kali klien masuk dan pengkajian system tubuh yang diberitandaPIEsetiaphari.Setelahitu perawat *associate(PA)* akanmelaksanakanintervensisesuaiyang telahdirencanakan,karenaPIE didasarkan padaproses keperawatan,maka akan membantumemfasilitasi perbedaan antara pembelajaran di kelas dan di keadaan nyata pada tatanan praktikpendokumentasian yangsesungguhnya.

DokumentasiPIEtidakmemasukkanpengkajiandidalamnya,tetapikegiataniniditu lis terpisah (flowsheet).Ini mencegah terjadinya duplikasi informasi atau tindakan.Masalahklien padacatatanPIEdapatdiberinomor sesuaidengan masalahklien.Masalahyangtelahteratasidihilangkandaridokumentasiharian dan masalah yangberkelanjutan di dokumentasikan setiaphari.

P:masalahyangdihadapikliendanditulisdalam bentukdiagnosekeperawatan(tidak efektif bersihan jalan nafas b/dpenumpukan secret).

I:intervensi yangharus dilaksanakan untukmengatasi masalah. Berikan posisi semi fowler.Lakukan postural drainase dan fisioterapi dada

E :evaluasi terhadap tindakan yang diberikan(klien dapat bernafas dengan norma, RR=18x/m,auskultasi terdengar ronchi).Tanda tangan .namaperawat.Catatansumber,catatanimikhasuntuksetiapprofesiataudisiplin.Catatan ini mempunyaibagianatau kolomyang terpisahuntuk memasaukkandata,informasi yang dicatat berdasarkan namaklien.

c. Keuntungan Penggunaan PIE

- 1) Memungkinkan penggunaan proses keperawatan
- 2) Rencana intervensi dan catatan perkembangan dapatdihubungkan.
- 3) Memungkinkan pemberian asuhan keperawatan secara kontinyu karena secara jelas mengidentifikasi masalah klien dan intervensi keperawatan.
- 4) Perkembangan klien mulai dari klien masuk sampai pulang dapat

dengan mudah digambarkan.

- 5) Dapat diadaptasi sebagai pendokumentasian yang otomatis.

d. Kerugian Penggunaan PIE

- 1) Tidak dapat digunakan sebagai pendokumentasian semua disiplin ilmu.
- 2) Pembatasan rencana intervensi tidak aplikatif untuk beberapa situasi perawatan.

5. Model Dokumentasi Asuhan Keperawatan POS

a. Definisi

Model dokumentasi POS (*process-oriented-system*) yang disebut juga dengan model dokumentasi fokus adalah suatu model dokumentasi yang berorientasi pada proses keperawatan mulai dari pengumpulan data klien, diagnosis keperawatan (masalah yang muncul), penyebab masalah, atau definisi karakteristik yang dinyatakan sesuai dengan keadaan klien. Catatan perkembangan pada model dokumentasi Fokus ditulis dengan menggunakan format DAR, yaitu:

- 1) Datum (D), yaitu : data subjektif dan data objektif.
- 2) *Action* (A), yaitu: tindakan keperawatan yang segera atau yang akan dilakukan.
- 3) *Response* (R), yaitu respon klien terhadap tindakan medis dan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien.

b. Keuntungan Penggunaan POS

- 1) Model dokumentasi *Process-Oriented-System* ini lebih luas dan lebih positif.
- 2) Sifatnya fleksibel
- 3) Catatan rencana asuhan keperawatan model dokumentasi *process-oriented-system* ini memudahkan data untuk dikenali.
- 4) Waktu pendokumentasian lebih singkat.
- 5) Mudah dipergunakan dan dimengerti.

c. Kerugian Penggunaan POS

Dapat membingungkan, khususnya antara intervensi yang belum dan sudah dilakukan.

6. Model Dokumentasi Asuhan Keperawatan Core

a. Definisi

Sistem dokumentasi core merupakan sistem dokumentasi pusat yang merupakan bagian terpenting dari sistem dokumentasi dalam proses keperawatan. Catatan

perkembangan pada Model Dokumentasi Core, ditulis dengan menggunakan Format DAE, yaitu:

Datum (D), yaitu : data subjektif dan data objektif.

Action (A), yaitu: tindakan keperawatan yang segera atau yang akan dilakukan.

Evaluation (E): evaluasi untuk melihat respon klien terhadap tindakan medis dan tindakan keperawatan yang telah diberikan kepada klien.

b. Komponen Sistem Dokumentasi Core

Pengkajian (data awal klien)

Flowsheet.

Masalah keperawatan

Catatan keperawatan atau catatan perkembangan (DAE: *datum*, *action*, *evaluation*)

Ringkasan (informasi mengenai diagnosis, konseling, kebutuhan untuk *followup*).

c. Keuntungan

Memfasilitasi dokumentasi untuk seluruh komponen proses keperawatan.

Format DAE membentuk suatu pemecahan masalah.

DAE mengembangkan dokumentasi yang lebih efisien.

d. Kerugian

1. Dibutuhkan pemantauan yang diteliti untuk jaminan mutu layanan keperawatan.

2. Pengembangan dari format membutuhkan banyak waktu.

KEGIATAN BELAJAR 4

Aspek Legal dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

A. Tujuan Kegiatan Belajar

Setelah menyelesaikan kegiatan belajar 4 tentang Aspek Legal dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan yaitu, Anda diharapkan mampu :

1. Menjelaskan Implikasi-Implikasi Hukum dalam Dokumentasi
2. Menjelaskan Komponen-Komponen Umum Data yang Relevan menurut Hukum
3. Menjelaskan Pedoman untuk Pencatatan Data yang Relevan menurut Hukum
4. Menjelaskan Kecenderungan Tidak sesuai Hukum
5. Menjelaskan Implikasi Etik Hukum

B. Pokok Materi Kegiatan Belajar

1. Implikasi-Implikasi Hukum dalam Dokumentasi Model Dokumentasi Keperawatan
2. Komponen-Komponen Umum Data yang Relevan menurut Hukum
3. Pedoman untuk Pencatatan Data yang Relevan menurut Hukum
4. Kecenderungan Tidak sesuai Hukum
5. Implikasi Etik Hukum

C. Uraian Materi

1. Implikasi-Implikasi Hukum dalam Dokumentasi Model Dokumentasi Keperawatan

Dalam Undang-Undang RI No.23 Tahun 1992, Tentang Kesehatan, tercantum bahwa penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan dilakukan dengan pengobatan atau perawatan. Bertolak dari dasar tersebut maka dapat ditarik kesimpulan bahwa pelayanan keperawatan memegang peranan penting didalam penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. Dalam pelaksanaan tugas profesi keperawatan diperlukan berbagai data kesehatan klien sebagai dasar dari penentuan keputusan model asuhan keperawatan yang akan diberikan, oleh karenanya sangat diperlukan suatu proses pendokumentasian yang berisikan data dasar keperawatan, hasil pemeriksaan atau assesment keperawatan, analisa keperawatan, perencanaan tindakan lanjut keperawatan. Harus diyakini bahwa keberhasilan tujuan keperawatan akan sangat bergantung pada keberhasilan mekanisme pendokumentasian. Disamping itu keberhasilan juga dengan

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia nomor 32 tahun 1996, tentang tenaga kesehatan Bab I pasal 11: yang menyatakan bahwa tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam perawat kesehatan serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan melalui pendidikan di perawat kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Makna yang dapat diambil dan dipahami dari Peraturan Pemerintah di atas adalah bahwa dalam melakukan tugas dan kewangannya seorang perawat harus dapat membuat keputusan model asuhan keperawatan yang akan dilakukan, proses tersebut dilakukan berdasarkan ilmu pengetahuan keperawatan yang dimiliki oleh perawat, kemampuan tata kelola masalah yang dimiliki oleh perawat dan kewenangan yang melekat pada profesi keperawatan.

Rangkaian proses tatalaksana masalah keperawatan tersebut digambarkan dalam suatu lingkaran tidak terputus memproses data yang terdiri dari mengumpulkan data (data collecting) umpan balik (feedback), tentunya untuk luaran (output) (process) dapat menunjang terlaksananya seluruh kegiatan di atas diperlukan upaya pencatatan dan pendokumentasian yang baik.

Berdasarkan Permenkes No. 269/Menkes/Per III/2008, dinyatakan bahwa rekam medik adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Jelas sekali dinyatakan bahwa rekam medik berisikan berkas catatan baik catatan medik (dokter) maupun catatan paramedik (perawat) dan atau catatan petugas kesehatan lain yang berkolaborasi melakukan upaya pelayanan kesehatan dimaksud. Selain itu rekam medik juga berisikan dokumen yang dapat terdiri dari lembar expertise pemeriksaan radiologi, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan EKG dll. Berdasarkan hal di atas serta melihat pada tanggung jawab tugas profesi dengan segala risiko tanggung gugatny di hadapan hukum, maka dokumentasi keperawatan memang benar diakuinya eksistensinya dan keabsahannya serta mempunyai kedudukan yang setara dengan dokumen medik lain. Dengan demikian dapat dipahami bahwa Undang-undang, Peraturan Pemerintah dan Permenkes yang berisikan tentang kewajiban tenaga kesehatan untuk mendokumentasikan hasil kerjanya di dalam rekam kesehatan juga berlaku untuk profesi keperawatan.

2. Komponen-Komponen Umum Data yang Relevan menurut Hukum

- a. Beberapa aturan pencatatan yang perlu diikuti agar dokumentasi keperawatan yang dibuat sesuai dengan standar hukum diantaranya.
 - b. Dokumentasi keperawatan yang dibuat memenuhi dan memahami dasar hukum terhadap kemungkinan tuntutan malpraktek keperawatan.
 - c. Catatan keperawatan memberikan informasi kondisi pasien secara tepat meliputi proses keperawatan yang diberikan, evaluasi berkala dan mencerminkan kewaspadaan terhadap perubahan keadaan klien.
 - d. Memiliki catatan singkat komunikasi perawat dengan dokter dan intervensi perawatan yang telah dilakukan.
 - e. Memperhatikan fakta-fakta secara tepat dan akurat mengenai penerapan proses keperawatan. Data tersebut mencakup anamnesis kesehatan, pengkajian data, diagnosis keperawatan, menentukan tujuan dan kriteria hasil, membuat rencana tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan, mengevaluasi hasil tindakan keperawatan, membubuhkan tanda tangan dan nama terang perawat yang melaksanakan, membuat catatan keperawatan, membuat resume keperawatan sertacatatan pulang atau meninggal dunia.
 - f. Selalu memperhatikan situasi perawatan pasien dan mencatat secara rinci masalah kesehatan pasien terutama pada pasien yang memiliki masalah yang kompleks atau penyakit yang serius.
3. Pedoman untuk Pencatatan Data Yang Relevan menurut Hukum
- Agar mempunyai nilai hukum maka penulis suatu dokumentasi keperawatan sangat dianjurkan untuk memenuhi standar profesi, kelengkapan dan kejelasan mutlak disyaratkan dalam penulisan dokumen keperawatan, bila salah satu kriteria belum terpenuhi maka dokumentasi tersebut belum bisa dianggap sempurna secara hukum, beberapa upaya yang dapat dilakukan agar dokumentasi keperawatan yang dibuat dapat memenuhi persyaratan di atas yaitu:
- a. Segera mencatat sesaat setelah selesai melaksanakan suatu asuhan keperawatan.
 - b. Mulai mencatat dokumentasi dengan waktu (tanggal, bulan, tahun) pada keadaan tertentu diperlukan pula penulisan yang lebih detail (jam dan menit) serta diakhiri dengan tanda tangan dan nama yang jelas
 - c. Catat fakta yang aktual dan berkaitan

- d. Catatan harus jelas ditulis dengan tinta dalam bahasa yang lugas dan dapat dibaca dengan mudah
 - e. Memeriksa kembali catatan dan koreksi kembali jika ada kesalahan sesegera mungkin
 - f. Membuat salinan untuk diri sendiri karena perawat harus bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas informasi yang ditulis
 - g. Tidak menghapus atau menutup tulisan yang salah dengan cairan tipe ex atau apapun, akan tetapi buat satu garis mendatar pada bagian yang salah, tulis kata “salah” lalu paraf, kemudian tulis catatan yang benar disebelahnya atau diatasnya agar terlihat sebagai pengganti tulisan yang salah.
 - h. Tidak menuliskan komentar yang bersifat mengkritik klien atau tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan
 - i. Hindari penulisan yang bersifat umum, diplomatis dan tidak terarah, akan tetapi tulislah dengan lengkap, singkat, padat dan objektif
 - j. Bila terdapat pesanan atau intruksi yang meragukan maka berikan catatan/tuliskan : “perlu klarifikasi”
 - k. Tidak membiarkan catatan akhir perawat kosong, dapat ditutup dengan kalimat dengan suatu tanda baca atau titik yang jelas yang menandakan bahwa kalimat tersebut berakhir
4. Kecenderungan Tidak Sesuai Hukum
- Secara statistic terdapat beberapa situasi yang memiliki kecenderungan untuk munculnya proses tuntutan hukum dalam pemberian asuhan keperawatan yaitu :
- a. Kelemahan dalam supervisi diagnosis
 - b. Sebagai asisten dalam tindakan bedah lalai dalam mengevaluasi peralatan operasi maupun bahan habis pakai yang digunakan, misal\nya adalah kasa steril
 - c. Akibat kelalaian menyebabkan klien terancam perlukaan
 - d. Penghentian obat oleh perawat
 - e. Tidak memperhatikan teknik aseptik dan antiseptic yang semestinya
 - f. Tidak mengikuti standar operasional prosedur yang seharusnya
 - g. Lalai tugas (wanprestasi) yang terjadi karena keterbatasan tingkat keilmuan (lack of knowledge) dan atau ketidak terampilan (Lack of skill)
 - h. Bekerja tidak berdasarkan pada standart operasional prosedur yang seharusnya

- i. Terdapat hubungan langsung yang menyebabkan perlukaan yang fatal dalam arti akibat kedua hal diatas menyebabkan klien terancam dengan perlukaan atau dapat berakibat fatal bagi jiwa klien
 - j. Menimbulkan kerugian baik materiil maupun moril
5. Implikasi Etik Hukum
- Pandanganetik dokumentasikeperawatanProsesdokumentasiiniakanmenjawab pernyataansecara jelas.Informasiyangakuratakanmembantudalam pemecahan masalahyang membutuhkandokumentasiyang objektif dalam situasiapapun.Menjaga kerahasiaan (privasi pasien). Hal inidilakukan dalam praktik keperawatan.Pencatatantentang pelayanankesehatanmerupakansuatujaminan kerahasiaan dan keakuratan dalam asuhan keperawatan.Perawat berperan penting dalam menjagakerahasiaandankeamanan pencatatankesehatan pasien.Dalam penyiapan pencatatan harus berhati-hati karena kegiatan tersebut dijadikan jaminan kepercayaan.Kegiatan-kegiatan tersebut antara lain: mengeluarkaninformasidatapatient,namapatient,alamat,tanggalmasuk,data rahasiasepertidata klinisterdiridaripemeriksaan,observasi, pengobatan, percakapanpatient denganperawat.Moralperjanjian merupakansuatu pertimbanganetik yang digunakandalammelaksanakan dokumentasikeperawatan.Yang termasukdalam moralperjanjianadalahetik perizinan,mencangkup: Perizinanyang tak langsung; saat pengambilandarah untuk tes,patientlangsung memberikantangan.Perizinanlangsung; pasiendengan kemauannyasendiridatang kerumahsakit.Perizinanyang perlu pemberitahuan; patient perlu membuat keputusan rasional sebelum menentukan keputusan;patient perlu tindakan operasi,maka dokterharus memberikan penjelasan lebih dahulu.

DAFTAR PUSTAKA

- Jenice, L.H. dan Kerry, H. (2013). Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing 13th Ed.
- Patricia, A.P. dan Perry, A.G. 2005. Buku Ajar Fundamental Keperawatan; Konsep, Proses, dan Praktik. Edisi 4. Jakarta: EGC
- Videback, S.L., 2008. Buku Ajar Keperawatan Jiwa. Jakarta: EGC.
- Altman, Gaylene Bouscha. (2003). *Fundamental and advance Nursing Skills*. New York Thompson
- Asmadi. (2008). Konsep Dasar Keperawatan. Jakarta : EGC.
- Evelyn C, Pearce. (2009). *Anatomi dan Fisiologi untuk Paramedis*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama
- Hidayat, Aziz Alimul, A. (2008). Pengantar Konsep Dasar Keperawatan, Edisi ke 2. Jakarta : Salemba Medika
- Mubarak dan Chayatin. (2011). *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia*. Jakarta: EGC.
- Potter dan Perry. (2005). Buku Ajar Fundamental Keperawatan, Edisi ke 4, Volume 1. Jakarta: EGC.
- Potter dan Perry. (2005). Buku Ajar Fundamental Keperawatan, Edisi ke 4, Volume 2. Jakarta: EGC.
- Smith, Sandra F. (2005). *Clinical Nursing Skill : Basic Advanced Skill*. New Jersey : prentice Hall.