

LITERATURE REVIEW : SISTEM DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN DALAM UPAYA PENINGKATAN MUTU MANAJEMEN KEPERAWATAN

Deviyanti Arlisa Rahmatin^{1*}, Haninan Salma Dianah², Nur Hashiemah³, Syifa Sulaimah⁴, Heri Ridwan⁵, Ahmad Purnama⁶

Program Studi S1 Keperawatan, UPI Kampus Daerah Sumedang, Universitas Pendidikan Indonesia^{1,2,3,4,5,6}

*Corresponding Author : deviyantiarlisa@upi.edu

ABSTRAK

Sistem informasi dapat meningkatkan kualitas pelayanan, meminimalkan biaya perawatan, meningkatkan efisiensi, efektivitas, profesionalisme, kinerja, akses dan pelayanan rumah sakit. Pendokumentasian yang tidak lengkap atau kesalahan pendokumentasian bisa menurunkan mutu pelayanan keperawatan karena tidak bisa mengidentifikasi sejauh mana tingkat keberhasilan asuhan keperawatan yang telah diberikan. Penerapan sistem informasi manajemen keperawatan haruslah jelas dan terukur dengan memperhatikan kelebihan serta kekurangan sistem informasi tersebut berdasarkan penelitian-penelitian yang sudah dilakukan. Penelitian ini bertujuan untuk memberikan gambaran mengenai pendokumentasian dalam asuhan keperawatan berbasis digital di rumah sakit sebagai upaya meningkatkan atau mempertahankan nilai mutu dalam manajemen keperawatan. *Literature review* ini menggunakan metode *narrative literature review*. Pencarian jurnal pada database Google Scholar, Pubmed, dan Semantic Scholar dengan rentang terbit 2019 hingga 2023. Hasil pencarian dari tiga database ditemukan lima jurnal yang membahas tentang sistem dokumentasi asuhan keperawatan. Penerapan sistem informasi manajemen dalam pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan langkah penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, efisiensi, dan koordinasi lintas sektor dalam rangka mencapai pelayanan kesehatan yang lebih baik.

Kata kunci : perawat, rumah sakit, sistem dokumentasi keperawatan

ABSTRACT

Information systems can improve service quality, minimize treatment costs, increase efficiency, effectiveness, professionalism, performance, access and hospital services. Incomplete documentation or documentation errors can reduce the quality of nursing services because it cannot identify the extent of the success of the nursing care that has been provided. The implementation of a nursing management information system must be clear and measurable by paying attention to the advantages and disadvantages of the information system based on research that has been carried out. This research aims to provide an overview of documentation in digital-based nursing care in hospitals as an effort to improve or maintain quality values in nursing management. This literature review uses the narrative literature review method. A search for journals on the Google Scholar, Pubmed, and Semantic Scholar databases with publication ranges from 2019 to 2023. The results of searches from three databases found five journals that discussed nursing care documentation systems. Implementing a management information system in documenting nursing care is an important step to improve health service quality, efficiency and cross-sector coordination in order to achieve better healthcare services.

Keywords : hospitals, nurses, nursing documentation systems

PENDAHULUAN

Manajemen memiliki peran yang signifikan dalam mendukung pemberian asuhan keperawatan yang bermutu dan aman (Ratanto et al., 2023). Akan tetapi, perkembangan teknologi yang sangat cepat seharusnya diimbangi dengan pemahaman pengguna dalam penggunaan teknologi tersebut. Begitupun dalam dunia keperawatan khususnya dalam

manajemen keperawatan. Sistem informasi dapat meningkatkan kualitas pelayanan, meminimalkan biaya perawatan, efisiensi dan keefektifan yang meningkat, serta meningkatkan kualitas profesi, kemampuan kerja dan pelayanan rumah sakit (Damanik & Rani, 2020). Penerapan sistem informasi manajemen keperawatan haruslah jelas dan terukur dengan memperhatikan kelebihan serta kekurangan sistem informasi tersebut berdasarkan penelitian-penelitian yang sudah dilakukan. Termasuk dalam pendokumentasian keperawatan, pendokumentasian memegang peranan penting dalam manajemen keperawatan. Dokumentasi keperawatan merujuk pada setiap rekaman yang tercatat secara manual ataupun digital, yang mencatat secara detail layanan keperawatan yang dapat dijadikan bukti yang dapat diverifikasi oleh pihak yang berwenang (Dewi, 2017). Selain itu, informasi dalam dokumentasi keperawatan digunakan untuk merencanakan, mengevaluasi, dan memprediksi kualitas asuhan keperawatan pada pasien (Rezeki et al., 2021). Pendokumentasian yang tidak lengkap atau kesalahan pendokumentasian dapat berdampak negatif pada mutu pelayanan keperawatan karena hal tersebut menghambat kemampuan dalam mengidentifikasi sejauh mana tingkat keberhasilan asuhan keperawatan yang telah diberikan (Syah, 2020).

Adapun penelitian terdahulu yang relevan dalam menganalisis masalah ini seperti pada penelitian Nguyen dan Bellucci (2014) dari negara Australia melakukan analisis mengenai EHR (*Electronic health records*). Hasil analisis menunjukkan peningkatan penerimaan EHR (*Electronic health records*), meskipun terdapat kekhawatiran mengenai keakuratan dan kelengkapan catatan, *interoperabilitas* dengan sistem terkait, serta privasi dan keamanan data kesehatan klien. Kemudian penelitian Baumann (2018) masih dari negara yang sama melakukan analisis mengenai efek EHR terhadap waktu pendokumentasian. Hasil analisis menunjukkan ketika staf mulai beradaptasi dengan sistem baru, proporsi waktu yang dihabiskan untuk tugas-tugas dokumentasi tampaknya meningkat untuk dokter, perawat, dan dokter magang. Selanjutnya penelitian Sulastri dan Sari (2018) dari negara Indonesia yang menyatakan bahwa adanya sistem dokumentasi keperawatan secara elektronik dapat menyediakan akses yang cepat dalam memberikan informasi, meminimalkan potensi kehilangan atau informasi yang rusak, menekan anggaran biaya yang dikeluarkan dan mengurangi resiko kesalahan dalam intervensi. Penelitian tersebut selaras dengan penelitian yang dilakukan oleh McCarthy (2019) dari negara Irlandia yang menyatakan bahwa penerapan dokumentasi keperawatan elektronik di rumah sakit mampu menghemat waktu, mengurangi tingkat kesalahan dokumentasi, jatuh dan infeksi. Kemudian penelitian Huter (2020) dari negara Jerman menganalisis mengenai efektivitas teknologi digital dalam keperawatan. Hasil analisis menunjukkan bahwa teknologi memberikan efek positif terhadap perawatan, namun tingkat buktinya sebagian besar rendah dan ukuran penelitian seringkali kecil. Hampir tidak ada teknologi yang diteliti secara intensif untuk menghasilkan hasil yang konklusif (Huter et al., 2020).

Menanggapi penelitian-penelitian sebelumnya, belum terdapat penelitian yang menganalisis secara mendalam bagaimana pendokumentasian keperawatan yang berbasis digitalisasi itu bekerja dan berpengaruh terhadap manajemen keperawatan. Dengan demikian, penelitian ini difokuskan untuk menganalisis pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan yang berbasis digital di Rumah Sakit. Dengan tujuan analisis ini dapat memberikan gambaran dalam menerapkan mengenai pendokumentasian dalam asuhan keperawatan berbasis digital di rumah sakit sebagai upaya meningkatkan atau mempertahankan nilai mutu dalam manajemen keperawatan.

METODE

Literature review ini menggunakan metode *narrative literature review*. Dalam studi *narrative literature review* ini, penulis menggunakan database Google Scholar, Pubmed, dan

Semantic Scholar. Jurnal yang dicari memiliki rentang waktu terbit 5 tahun terakhir (2019-2023) dan menggunakan kata kunci bahasa Indonesia, yaitu: “sistem dokumentasi keperawatan” AND “perawat” AND “rumah sakit”, dan kata kunci bahasa Inggris, yaitu “*nursing documentation systems*” AND “*nurse*” AND “*hospital*”. Tahapan selanjutnya adalah penyaringan judul hingga abstrak, sehingga ditemukan 5 jurnal sesuai topik penelitian. Peneliti melakukan ekstraksi data dengan memasukkan hasil jurnal dalam bentuk tabel.

HASIL

Berdasarkan hasil penelusuran di beberapa database ditemukan beberapa jurnal yang relevan dengan topik *literature narrative review* ini.

Tabel 1. Hasil Pencarian Artikel

| No | Judul | Penulis | Hasil |
|----|---|---|--|
| 1. | <i>The Usability of IT Systems in Document Management, Using the Example of the ADPIECare Dorothea Documentation and Nurse Support System</i> | Kilanska, D., Ogonowska, A., Librowska, B., Kusiak, M., Marczak, M., & Kozłowski, R. (2022) | Lebih dari 50% perawat yang disurvei menunjukkan kegunaan sistem dalam hal dokumentasi asuhan keperawatan, responden menunjukkan memiliki sikap positif terhadap pasien, perencanaan perawatan dengan menggunakan sistem. Menurut hasil penelitian pendapat para responden memiliki pernyataan yang positif, seperti, sistem dinilai intuitif, sistem dapat memudahkan pekerjaan perawat, waktu yang diperlukan untuk entri data dapat dipersingkat. |
| 2. | Sistem Informasi Dalam Asuhan Keperawatan (SIDAK) Sebagai Upaya Meningkatkan Kepatuhan Perawat Dalam Melaksanakan SOP Asuhan Keperawatan Jiwa | Sulistyaningsih, Sukardi, Dwidiyanti, M., & Islami, R.F. (2020) | Hasil penelitian menunjukkan bahwa penerapan sistem SIDAK berdampak positif pada tingkat kepatuhan perawat terhadap Standar Operasional Prosedur (SOP) dalam asuhan keperawatan jiwa. Penggunaan SIDAK di layanan kesehatan dianggap sangat menguntungkan bagi perawat. |
| 3. | Evaluasi Penggunaan Sistem Informasi Manajemen Keperawatan Di Rs Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta | Kinanti, F.S., & Pertiwi, A.A.P. (2019) | <i>Result Demonstrability</i> (RD) berhubungan dengan <i>Perceived Usefulness</i> (PU) dan berbagai faktor yang memengaruhi <i>Perceived Ease of Use</i> (PEU), termasuk <i>Social Influence</i> (SI), <i>Screen Design</i> (SD), dan <i>Terminology</i> (TM). Namun, faktor-faktor seperti <i>Job Relevance</i> (JR) dan <i>Output Quality</i> (OQ) tidak memiliki pengaruh yang signifikan terhadap <i>Perceived Ease of Use</i> (PU). Selain itu, pelatihan pengguna tidak memiliki dampak yang signifikan terhadap <i>Perceived Ease of Use</i> (PEU). |
| 4. | <i>Implementing Best Practices to Redesign Workflow and Optimize Nursing Documentation in the Electronic Health Record</i> | Lindsay, M.R. & Lytle, K. (2022) | Pendekatan ini mengurangi tekanan yang terkait dengan EHR, meningkatkan efisiensi, dan mengurangi limbah dari dokumentasi duplikasi. 12,27 Revisi kegunaan dan fungsionalitas EHR, dua komponen penting dari desain ulang, menunjukkan peningkatan penting dalam waktu yang dihabiskan dalam dokumentasi di fasilitas, MICU, dan MSDU dan mendukung alur kerja keperawatan logis. Risalah dalam dokumentasi keperawatan, khususnya lembar alur, dan jumlah langkah menurun pasca intervensi mencapai tolok ukur vendor EHR pada peringkat persentil ke-25. |

| No | Judul | Penulis | Hasil |
|----|---|--|--|
| 5. | <i>Development And Evaluation Of An Electronic Nursing Documentation System</i> | Shafiee, M., Shanbehzadeh, M., Nassari, Z. & Arpanahi, H.K. (2022) | <i>Electronic Clinical Nursing Documentation System (ECNDS)</i> dapat meningkatkan komunikasi antar departemen (89% perawat yang menjawab pertanyaan komunikasi setuju bahwa sistem berfungsi dengan baik dan perawat puas dengannya). Sistem ini juga dapat meningkatkan kualitas pelayanan pasien (92%). Dengan menggunakannya, pengambilan dan pemasukan informasi pasien menjadi sederhana dan akurat (80%). Selain itu, sistem ini mudah diakses (91%), dan dapat digunakan oleh perawat di berbagai bangsal (89%). Hal ini juga mengurangi kesalahan dokumentasi (85%), dan masalah hukum (65%). ECNDS yang dikembangkan digunakan di samping tempat tidur (93%), memfasilitasi pertukaran informasi dari shift ke shift (79%), dan meningkatkan produktivitas (87%) |

Literature review ini untuk menganalisis efektivitas dokumentasi asuhan keperawatan berbasis digital di rumah sakit sebagai upaya meningkatkan atau mempertahankan nilai mutu dalam manajemen keperawatan, dan terdapat 5 artikel yang relevan dengan topik literature review ini. 5 studi tersebut dilakukan di Polandia, Indonesia, Amerika Serikat dan Iran. Kelima artikel tersebut menggunakan penelitian kuantitatif, menggunakan sampel perawat dan diterbitkan pada tahun 2019-2022.

PEMBAHASAN.

Penerapan Sistem Informasi Manajemen dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan *Electronic Health Records (HER)*

Sarana kesehatan di seluruh dunia telah beralih ke penggunaan *Electronic Health Records (EHR)*. EHR merupakan bentuk catatan online yang berisikan informasi kesehatan pasien, baik yang bersifat klinis maupun pribadi, yang dibuat dan disimpan oleh penyedia layanan kesehatan. EHR dianggap sebagai elemen kunci dalam transformasi kesehatan digital, EHR berperan sebagai landasan utama untuk mengarsip dan mengakses data pasien (Bani Issa et al., 2020).

Penelitian yang dilakukan oleh Martin (2018) menyimpulkan bahwa perawat yang memanfaatkan EHR memiliki tingkat pencatatan hasil pengkajian yang lebih tinggi dibandingkan dengan mereka yang masih mengandalkan metode tradisional menggunakan kertas. Temuan serupa juga diungkapkan oleh penelitian Heikkila (2018), di mana penelitian tersebut menyoroti manfaat penggunaan EHR dalam dokumentasi keperawatan, terutama dalam mencatat gejala nyeri pasien secara komprehensif, yang pada gilirannya mendukung evaluasi penanganan nyeri.

Namun, implementasi EHR tidak datang tanpa hambatan. Sebuah studi oleh Austin (2016) menunjukkan bahwa penerapan EHR seringkali sulit dan membutuhkan waktu adaptasi yang signifikan bagi layanan kesehatan. Tantangan muncul dari kurangnya dokumentasi yang memadai disebabkan oleh fasilitas yang tidak memadai, kurangnya panduan yang jelas, dan metode pencatatan yang tidak konsisten (Stevenson et al., 2018). Selain itu, penelitian Bei-Lei (2018) menemukan bahwa beban kerja yang tinggi dan pengalaman perawat yang kurang adalah kendala tambahan untuk dokumentasi keperawatan menggunakan EHR.

Meskipun menghadapi berbagai tantangan dalam mengimplementasikan *Electronic Health Records* (EHR), penggunaannya membawa sejumlah manfaat, termasuk peningkatan efisiensi dan kualitas perawatan pasien. Sebagai contoh, EHR memfasilitasi komunikasi yang efisien di antara berbagai penyedia layanan kesehatan, meningkatkan koordinasi perawatan, dan mengintegrasikan fitur seperti pengingat, pedoman, dan alat pendukung keputusan. Fungsionalitas ini berkontribusi pada peningkatan pengambilan keputusan oleh penyedia layanan kesehatan, pada akhirnya menghasilkan perawatan yang lebih optimal untuk pasien (Reiner, 2021).

Electronic Medical Record (EMR)

Electronic Medical Record (EMR) adalah suatu sistem dokumentasi yang menyimpan catatan atau riwayat kesehatan pasien, termasuk hasil tes diagnostik, informasi biaya pengobatan, dan data medis lainnya. Penggunaan rekam medis elektronik (RME) memiliki keuntungan, seperti kemudahan dan kecepatan dalam pencarian data, serta penyimpanan data yang lebih terstruktur (Astika, 2020).

RME telah diakui sebagai alat yang sangat penting dalam meningkatkan keselamatan dan kualitas perawatan pasien, terutama melalui penekanan pada penggunaan bukti-bukti dalam pengobatan. Fungsionalitas RME mencakup aspek seperti penagihan pasien, pemesanan investigasi elektronik, penerimaan hasil investigasi, resep elektronik, pencatatan informasi klinis, dan dalam beberapa kasus, perangkat lunak pendukung keputusan. Pentingnya melibatkan tenaga kerja yang terampil dalam sistem informasi kesehatan untuk mendukung penerapan rekam medis elektronik di rumah sakit. Rekam medis digital membawa berbagai manfaat, termasuk potensi peningkatan kualitas perawatan, pengurangan penggunaan kertas, perbaikan dokumentasi pasien, peningkatan komunikasi antara dokter dan staf, akses yang lebih baik ke informasi medis pasien, penurunan kesalahan, optimalisasi penagihan dan penggantian layanan, kemudahan akses data untuk penelitian, serta peningkatan kualitas kesehatan secara keseluruhan (Rubiyanti, 2023).

Sistem Informasi Manajemen Keperawatan (SIMKEP)

Sistem Informasi Manajemen Keperawatan (SIMKEP) adalah sistem untuk mendukung proses pengumpulan dan pengelolaan informasi serta membantu pelaksanaan asuhan keperawatan. Menurut tim pengelola SIMKEP, model terbaik untuk memahami pengalaman pengguna adalah melalui analisis penerimaan sistem yang diimplementasikan. Terdapat juga banyak catatan dari perawat yang mencatat masalah atau keluhan mereka saat menggunakan SIMKEP dalam kolom keluhan yang disediakan di situs web SIMKEP .

Sistem Informasi Dalam Asuhan Keperawatan (SIDAK)

Sistem SIDAK mencakup rincian dan panduan mengenai SOP 7 diagnosa keperawatan. SIDAK terdiri dari video yang menampilkan perawat dan pasien, teks tentang halusinasi dan tahap-tahapnya, petunjuk perawatan keperawatan, pedoman kepatuhan, dan menekankan pentingnya patuh terhadap SOP. Komponen seperti penyebaran informasi, pendidikan, penghargaan, dan pemantauan menjadi bagian integral dari SIDAK. Sistem ini mencakup identitas pasien dan perawat yang dikelola, rincian perawatan keperawatan, informasi kepatuhan, dan evaluasi kepatuhan. Fitur unggulan SIDAK adalah e-evaluasi, yang mana dapat memungkinkan perawat untuk mengisi dua puluh lima kuesioner yang telah disediakan untuk masing-masing diagnosa. Setelah perawat mengisi kuesioner, skor dan format SOAP akan muncul. Ini menunjukkan apakah perawat telah atau tidak patuh terhadap standar operasional prosedur (SOP). Tidak mengganggu waktu perawatan pasien karena mengisi 25 kuesioner membutuhkan waktu dua hingga tiga menit per pasien (Sulistiyangingsih et al., 2020).

Pelaksanaan Pendokumentasian Terintegrasi

Sistem informasi memiliki peran sentral dalam meningkatkan mutu layanan kesehatan secara menyeluruh. Fungsinya melibatkan penyimpanan data mengenai semua aktivitas, dengan tujuan utama mendukung promosi, pemulihan, atau pemeliharaan kesehatan. Dalam bidang keperawatan, sistem informasi menjadi dasar ilmu pengetahuan yang menggabungkan keahlian komputer dalam pengelolaan data, serta pengetahuan dalam praktik keperawatan. Sebagai komponen utama, sistem informasi keperawatan memegang peranan krusial dalam memberikan pelayanan keperawatan modern (Sitepu, 2020).

Sistem informasi memainkan peran krusial dalam menyediakan, mengkoordinasikan, dan mengintegrasikan layanan di lingkungan rumah sakit (Arizal et al., 2019). Sistem-sistem ini mencakup pemahaman ilmiah terhadap perawatan pasien, pemberian asuhan keperawatan, dan kinerja staf klinis. Pimpinan rumah sakit menganggap sistem informasi sebagai sumber daya yang memerlukan manajemen efektif, sebagaimana halnya dengan sumber daya manusia, material, dan keuangan (Nurhayati et al., 2017). Upaya untuk mendapatkan, mengelola, dan memanfaatkan informasi menjadi tujuan umum setiap rumah sakit, dengan tujuan meningkatkan hasil perawatan pasien, kinerja individu, dan efisiensi rumah sakit secara keseluruhan (Koerniawan et al., 2020). Melalui tinjauan jurnal yang telah diulas, terlihat bahwa implementasi sistem dokumentasi berbasis komputer memberikan lebih banyak manfaat daripada kerugiannya. Penggunaan sistem-sistem ini di rumah sakit telah memfasilitasi pergeseran paradigma dalam layanan kesehatan, terutama fokus pada layanan berpusat pada pasien (*Centered Care*) (Dwidiyanti & Islami, R, 2019). Peran manajemen dokumentasi dan sistem informasi sangat penting dalam mendukung administrasi yang teratur, sejalan dengan upaya meningkatkan layanan kesehatan di rumah sakit. Menurut Nuralfya (2023) perlunya sistem manajemen dokumentasi yang cepat, akurat, bermakna, bertanggung jawab, dan mengutamakan pasien serta keseluruhan keselamatan pasien.

Asuhan keperawatan melibatkan serangkaian interaksi antara perawat, klien, dan lingkungan untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan serta kemandirian klien dalam menjaga kesehatannya (Undang-Undang Keperawatan No. 38 tahun 2014). Dokumentasi asuhan keperawatan berbasis komputer merujuk pada pencatatan yang menggunakan perangkat komputer dengan perangkat lunak yang disesuaikan dengan kebutuhan. Pemasukan data dilakukan secara berkala untuk memastikan pencatatan yang berkelanjutan dan terencana terhadap perkembangan pasien (Hussein et al., 2021). Sesuai dengan Permenkes RI No. 26 tahun 2019, pelayanan keperawatan sebagai bagian utama dalam pelayanan kesehatan, merupakan bentuk pelayanan profesional yang berlandaskan pada ilmu dan praktek keperawatan, yang ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sehat maupun sakit.

Kegiatan pendokumentasian keperawatan memiliki dampak positif terhadap peningkatan mutu pelayanan dalam asuhan keperawatan. Pendokumentasian tersebut memberikan manfaat dalam meningkatkan kinerja perawat dan menaikkan kualitas pelayanan keperawatan. Apabila pendokumentasian dilakukan sesuai dengan standar dan format yang berlaku, dampak positifnya akan terasa pada kualitas asuhan keperawatan, termasuk peningkatan mutu pelayanan kepada pasien (Kinanti & Pertiwi, 2021). Selain itu, pendokumentasian yang sesuai juga memungkinkan pengendalian asuhan keperawatan secara moral dan hukum, memberikan pertanggungjawaban kepada perawat yang melakukan dokumentasi (Tarigan & Handiyani, 2019).

Pendokumentasian data pasien secara komprehensif dan akurat memudahkan perawat dalam menangani masalah pasien, mengevaluasi sejauh mana masalah pasien dapat diatasi, dan pada akhirnya meningkatkan kualitas dokumentasi keperawatan. Meskipun sebagian besar perawat menghabiskan waktu yang signifikan untuk dokumentasi, ketergantungan yang terus-menerus pada dokumentasi berbasis kertas dapat berdampak negatif pada kualitas pelayanan

keperawatan (Lindsay & Lytle, 2022). Oleh karena itu, manajemen rumah sakit perlu memperhatikan dan mengatasi faktor-faktor yang memengaruhi lamanya waktu dokumentasi untuk meningkatkan efisiensi kerja perawat, sehingga dapat meningkatkan kualitas keperawatan dan kualitas layanan secara keseluruhan.

Kesiapan Dalam Dokumentasi Berbasis Komputerisasi

Dalam proses dokumentasi, berbagai metode digunakan, termasuk pencatatan langsung ke sistem setelah intervensi, mencatat di lembaran kertas, mencatat di buku catatan, atau bahkan mencatat di tisu toilet sebelum akhirnya dipindahkan ke sistem dokumentasi *Electronic Health Record* (EHR) (Shafiee et al., 2022). Beberapa perawat bahkan menggunakan lebih dari satu metode pencatatan, menyesuaikan dengan preferensi masing-masing. Pada umumnya, perawat lebih memilih menggunakan dokumentasi EHR untuk mencatat informasi terkait pemberian obat, tanda vital, hasil pengkajian, dan evaluasi pasien (Syam, 2019). Kendati demikian, tidak semua perawat dapat mencatat langsung di samping pasien karena keterbatasan ruang perawatan dan kekurangan peralatan komputer yang memadai, seperti komputer yang lambat dan memori yang tidak mencukupi.

Dalam pelaksanaan dokumentasi, terdapat berbagai metode yang digunakan, seperti mencatat informasi segera setelah intervensi, membuat catatan awal pada lembaran kertas atau buku catatan kecil, atau mencatat catatan awal pada kertas toilet sebelum dipindahkan ke dokumentasi EHR (Shafiee et al., 2022). Beberapa perawat menggunakan beberapa metode pencatatan karena preferensi yang beragam. Dokumentasi EHR disukai oleh perawat untuk mencatat detail terkait pemberian obat, tanda-tanda vital, penilaian data, dan kemajuan pasien (Syam, 2019). Karena keterbatasan seperti ruang perawatan yang kecil dan peralatan komputer yang tidak memadai, seperti komputer yang lambat dan memori yang tidak mencukupi, tidak semua perawat dapat melakukan dokumentasi langsung di dekat pasien. Perawat umumnya memberikan respons positif terhadap EHR karena dapat mengurangi beban kerja dibandingkan dengan pencatatan kertas, sehingga memberikan lebih banyak waktu untuk dicurahkan pada aktivitas perawatan (Baumann et al., 2018).

Pencatatan dokumentasi asuhan keperawatan pada kertas pada umumnya memiliki kelebihan dan kekurangan. Manfaat dan keterbatasan dari dokumentasi keperawatan pada kertas dapat diidentifikasi dari fakta bahwa proses pencatatan memerlukan waktu yang cukup lama. Sebagaimana dijelaskan oleh Kinanti (2021) langkah-langkah seperti diagnosis keperawatan, penentuan intervensi, dan tindakan keperawatan membutuhkan waktu yang signifikan, terutama karena kelemahan dalam kemampuan perawat untuk melakukan analisis. Selain itu, dokumentasi pada kertas sulit untuk dianalisis dalam konteks penelitian dan kurang mendukung proses pengambilan keputusan klinis. Namun, penggunaan dokumentasi berbasis komputer dapat membantu mengurangi waktu yang diperlukan untuk pencatatan, memberikan perawat lebih banyak waktu untuk berinteraksi dengan pasien, serta mengurangi risiko kesalahan dalam pencatatan dan evaluasi hasil tindakan keperawatan (Syam, 2019). Perubahan ini dianggap positif oleh perawat, terutama karena mereka merupakan tenaga terbanyak dalam sistem pemberian layanan kesehatan, memungkinkan mereka untuk terus memberikan asuhan kepada pasien dan tetap berada di samping klien secara aktif (McCarthy et al., 2019).

Manfaat lainnya mencakup peningkatan keamanan dalam penyelenggaraan perawatan, memfasilitasi pertukaran informasi yang lebih dapat diandalkan antara praktisi kesehatan dan pasien, serta perbaikan yang signifikan dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan (Kilańska et al., 2022). Hal tersebut juga dapat meningkatkan inisiatif perawat, memungkinkan pencatatan dan implementasi keperawatan yang lebih cepat, dan menciptakan pelayanan yang lebih terfokus pada pasien (McCarthy et al., 2019). Meskipun demikian, terdapat beberapa kekurangan, seperti kebutuhan anggaran yang besar pada tahap awal, ketergantungan tinggi pada teknologi, kebutuhan akan penyimpanan data yang besar, dan risiko pelanggaran privasi

data pasien, sebagaimana diatur oleh Permenkes RI No. 82 tahun 2013. Kekurangan lainnya mencakup risiko kurangnya pengembangan kemampuan berpikir kritis perawat dengan penggunaan teknologi dalam merawat pasien, serta waktu yang terpisah dari interaksi langsung dengan pasien (McCarthy et al., 2019). Sistem informasi manajemen berbasis komputer telah semakin umum digunakan di lingkungan kesehatan, khususnya dalam bidang keperawatan (Arizal et al., 2019).

KESIMPULAN

Penerapan Sistem Informasi Manajemen dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan, khususnya melalui *Electronic Health Records (EHR)*, *Electronic Medical Record (EMR)*, Sistem Informasi Manajemen Keperawatan (SIMKEP), dan SIDA, memberikan sejumlah manfaat signifikan dalam bidang kesehatan. Meskipun terdapat beberapa kendala dan tantangan, manfaat yang diperoleh melibatkan peningkatan efisiensi, kualitas perawatan, koordinasi layanan, dan kemampuan pengambilan keputusan. Pendokumentasian terintegrasi dalam sistem informasi memiliki peran sentral dalam meningkatkan mutu layanan kesehatan secara menyeluruh. Sistem ini mendukung promosi, pemulihan, dan pemeliharaan kesehatan, dengan fokus pada pelayanan berbasis bukti dan keselamatan pasien. Manajemen dokumentasi dan sistem informasi memainkan peran penting dalam mendukung administrasi yang teratur dan meningkatkan layanan kesehatan berfokus pada pasien. Kegiatan pendokumentasian keperawatan, meskipun memerlukan waktu, memberikan dampak positif terhadap peningkatan mutu pelayanan. Pendokumentasian yang sesuai dengan standar dan format yang berlaku memberikan manfaat dalam meningkatkan kinerja perawat, kualitas asuhan keperawatan, serta memberikan pertanggungjawaban moral dan hukum. Dengan demikian, penerapan sistem informasi manajemen dalam pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan langkah penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan, efisiensi, dan koordinasi lintas sektor dalam rangka mencapai pelayanan kesehatan yang lebih baik.

UCAPAN TERIMA KASIH

Ucapan terima kasih penulis ucapkan kepada dosen pengampu mata kuliah manajemen keperawatan yang telah membimbing penulis dalam memahami ilmu manajemen keperawatan. Ucapan terima kasih juga penulis ucapkan kepada rekan-rekan kelompok yang sudah berusaha keras dalam menyelesaikan artikel ini serta pihak-pihak yang terlibat dalam mendukung proses pembuatan artikel hingga selesainya artikel ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Amalia, Malini, H., & Yulia, S. (2018). Kepuasan Perawat Terhadap Kualitas Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berbasis Komputer. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 21(3), 169–179. <https://doi.org/10.7454/jki.v21i3.680>
- Arizal, A., Budiharto, I., & Nurfianti, A. (2019). Analisis Rencana Penerapan Sistem Informasi dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Universitas Tanjungpura. *Berkala Ilmiah Mahasiswa Ilmu Keperawatan Indonesia*, 7(2), 19–29.
- Astika, F. (2020). Penerapan Elektronik Medical Record (EMR) Di Rumah Sakit “X” Pekanbaru Tahun 2019. *Journal of Hospital Management and Health Sciences*, 1(1), 43–53. <https://doi.org/https://doi.org/10.55583/jhmhs.v1i1.26>
- Bani Issa, W., Al Akour, I., Ibrahim, A., Almarzouqi, A., Abbas, S., Hisham, F., & Griffiths, J. (2020). Privacy, Confidentiality, Security and Patient Safety Concerns About Electronic Health Records. *International Nursing Review*, 67(2), 218–230.

<https://doi.org/10.1111/inr.12585>

- Baumann, L. A., Baker, J., & Elshaug, A. G. (2018). The Impact of Electronic Health Record Systems on Clinical Documentation Times: A Systematic Review. *Health Policy*, 122(8), 827–836. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.05.014>
- Damanik, Rani, K. (2020). *Pengembangan Desain Sistem Informasi Manajemen Keperawatan*. Ahlimedia Press.
- Demiris, G., Oliver, D. P., & Washington, K. T. (2019). Defining and Analyzing the Problem. In *Behavioral Intervention Research in Hospice and Palliative Care* (pp. 27–39). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-814449-7.00003-X>
- Dewi, C. S. (2017). Pengembangan Dokumentasi Keperawatan Berbasis Teknologi Informasi. *Jurnal Ilmu Dan Teknologi Kesehatan*, 2(1).
- Dwidiyanti, M., & Islami, R. F. (2019). *Sistem Informasi Dalam Asuhan Keperawatan (SIDAK) Sebagai Upaya Meningkatkan Kepatuhan Perawat Dalam Melaksanakan SOP Asuhan Perawatan*.
- Fattah, Ilmiah, T., & Hariyati, R, Tutik, S. (2022). Efektivitas Implementasi Electronic Health Records (EHR) Terhadap Peningkatan Kualitas Dokumentasi Asuhan Keperawatan: A Literature Review. *Journal of Innovation Research and Knowledge*, 1(8), 629–652. <https://doi.org/10.53625/jirk.v1i8.1093>
- Hussein, S. Z., Khalip, N., Hashim, R., Harun, R., Fazilah, N. F., & MatShah, N. (2021). Patient Care Delivery: Electronic Nursing Documentation in Malaysia. *Makara Journal of Health Research*, 25(2), 101–106. <https://doi.org/10.7454/msk.v25i2.1288>
- Huter, K., Krick, T., Domhoff, D., Seibert, K., Wolf-Ostermann, K., & Rothgang, H. (2020). Effectiveness of Digital Technologies to Support Nursing Care: Results of a Scoping Review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 13, 1905–1926. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S286193>
- Kilańska, D., Ogonowska, A., Librowska, B., Kusiak, M., Marczak, M., & Kozłowski, R. (2022). The Usability of IT Systems in Document Management, Using the Example of the ADPIECare Dorothea Documentation and Nurse Support System. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(14), 8805. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148805>
- Kinanti, F. S., & Pertiwi, A. A. P. (2021). Evaluasi Penggunaan Sistem Informasi Manajemen Keperawatan di RS Jiwa Grhasia Daerah Istimewa Yogyakarta. *Journal of Information Systems for Public Health*, 5(3), 16–27. <https://doi.org/10.22146/jisph.43831>
- Koerniawan, D., Daeli, N. E., & Srimiyati, S. (2020). Aplikasi Standar Proses Keperawatan: Diagnosis, Outcome, dan Intervensi pada Asuhan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 3(2), 739–751. <https://doi.org/10.31539/jks.v3i2.1198>
- Lindsay, M. R., & Lytle, K. (2022). Implementing Best Practices to Redesign Workflow and Optimize Nursing Documentation in the Electronic Health Record. *Applied Clinical Informatics*, 13(03), 711–719. <https://doi.org/10.1055/a-1868-6431>
- McBride, S., Delaney, J. M., & Tietze, M. (2012). Health Information Technology and Nursing. *AJN, American Journal of Nursing*, 112(8), 36–42. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000418095.31317.1b>
- McCarthy, B., Fitzgerald, S., O’Shea, M., Condon, C., Hartnett-Collins, G., Clancy, M., Sheehy, A., Denieffe, S., Bergin, M., & Savage, E. (2019). Electronic Nursing Documentation Interventions to Promote or Improve Patient Safety and Quality Care: A Systematic review. *Journal of Nursing Management*, 27(3), 491–501. <https://doi.org/10.1111/jonm.12727>
- Nguyen, L., Bellucci, E., & Nguyen, L. T. (2014). Electronic Health Records Implementation: An Evaluation of Information System Impact and Contingency Factors. *International Journal of Medical Informatics*, 83(11), 779–796.

- <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2014.06.011>
- Nurhayati, S., Wahyuningsih, E., Octaviana, D., Sistiarani, C., & Jasun, J. (2017). Evaluasi Sistem Informasi Manajemen Keperawatan Berdasarkan Penerimaan Pengguna di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Banyumas. *Kesmas Indonesia*, 2(2), 11–29. <http://jos.unsoed.ac.id/index.php/kesmasindo/article/view/98>
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 82. (2021). *Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit*.
- Ratanto, Rahmah, N. M., Wati, N. M. N., Martyastuti, E., Soliha, Prameswari, R. D., Susilawati, Wahyuningsih, luh G. N. S., & Sastamidhyani, N. P. A. J. (2023). *Manajemen Keperawatan*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Reiner, G. (2021). Documenting Nursing Assessments in the Age of EHRs. *Nurses Service Organization*.
- Rezeki, N., Rachmawaty, R., & Kadar, Semarwati, K. (2021). Efektivitas Penerapan Dokumentasi Keperawatan Elektronik dalam Meningkatkan Kualitas Dokumentasi Keperawatan: Literatur Review. *Jurnal Keperawatan*, 13(1), 101–112. <https://doi.org/10.32583/keperawatan.v13i1.1398>
- Rubiyanti, N. S. (2023). Penerapan Rekam Medis Elektronik di Rumah Sakit di Indonesia: Kajian Yuridis. *Jurnal Politik, Sosial, Hukum Dan Humaniora*, 1(1), 179–187. <https://doi.org/10.59246/aladalah.v1i1.163>
- Shafiee, M., Shanbehzadeh, M., Nassari, Z., & Kazemi-Arpanahi, H. (2022). Development and Evaluation of an Electronic Nursing Documentation System. *BMC Nursing*, 21(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00790-1>
- Sitepu, N. A. (2020). *Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berbasis Komputer*. <https://doi.org/10.31219/osf.io/jr289>
- Stevenson, J. E., Israelsson, J., Petersson, G., & Bath, P. A. (2018). Factors influencing the quality of vital sign data in electronic health records: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5–6), 1276–1286. <https://doi.org/10.1111/jocn.14174>
- Sulastrri, & Sari, N. Y. (2018). Metode Pendokumentasian Elektronik dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan Keperawatan. *Jurnal Kesehatan*, 9(3), 497–502.
- Sulistyaningsih, Sukardi, Dwidiyanti, M., & Islami, R. F. (2020). *Sistem Informasi dalam Asuhan Keperawatan (SIDAK) Sebagai Upaya Meningkatkan Kepatuhan Perawat dalam Melaksanakan SOP Asuhan Keperawatan Jiwa*. 82–93.
- Sutoto. (2018). Digital Healthcare Innovation in Hospital Accreditation In The Era Of Industrial Revolution 4.0. *Pekan Ilmiah Tahunan Semiloka Nasional*.
- Syah, M. (2020). *Pentingnya Perawat Mengetahui Tentang Kelengkapan Pendokumentasian Dalam Keperawatan*.
- Syam, A. D. (2019). Manfaat dan Hambatan dalam Pelaksanaan Sistem Informasi Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah, Edisi Khusus*, 156–164. <https://doi.org/10.30651/jkm.v4i2.2203>
- Tarigan, R., & Handiyani, H. (2019). Manfaat Implementasi Dokumentasi Asuhan Keperawatan Berbasis Komputerisasi Dalam Meningkatkan Mutu Asuhan Keperawatan. *Jurnal Ilmiah Kesehatan Pencerah*, 08(2), 110–116. <https://doi.org/10.12345/jikp.v8i02.126>