



GAMBARAN PENGGUNAAN TEKNOLOGI DALAM PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN (*NURSING RECORD*)

Anggun Janu Harmaji*, Fitria Handayani, Syamsulhuda Budi Musthofa

Departemen Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro, Jl. Prof. Sudarto No.13, Tembalang, Semarang, Jawa Tengah 50275, Indonesia

*anggunjanuharmaji@gmail.com

ABSTRAK

Pendokumentasian menjadi bagian penting dalam asuhan keperawatan, karena merupakan aspek legal serta merupakan tanggung jawab dan tanggung gugat hasil asuhan yang diberikan kepada pasien. Pengembangan dokumentasi keperawatan dengan memerankan teknologi dalam pelayanan asuhan keperawatan akan memberikan dampak bagi perawat dalam melakukan tindakan keperawatan. Tujuan dari penelitian ini adalah mendeskripsikan gambaran penggunaan teknologi dalam pendokumentasian asuhan keperawatan (*nursing record*). Metode yang digunakan adalah scoping review dengan mencari artikel yang relevan menggunakan kata kunci. Kriteria inklusi dalam review ini adalah hasil penelitian mengukur atau menganalisa penggunaan teknologi dalam dokumentasi asuhan keperawatan, partisipan dalam penelitian adalah perawat yang menggunakan teknologi dalam pendokumentasian asuhannya, penelitian menggunakan metode quasi experiment, site study, mixed method, cros sectional, innovation project, tahun terbit penelitian dalam rentang waktu tahun 2018-2023 dan, penelitian dalam Bahasa Inggris. Hasil dalam review terdapat dua artikel yang menunjukkan penelitian tentang persepsi perawat yang baik dalam penggunaan dokumentasi asuhan keperawatan, dan terdapat tiga artikel yang memiliki hasil efektif dalam penggunaan teknologi dalam asuhan keperawatan, yaitu penggunaan Patient Condition Adaptive Path System (PCAPS), Automated Data Entry Process Technology (ADEPT), Omaha system dalam electronic health record. Sistem yang efektif berkaitan dengan proses perawat dalam melakukan tindakan keperawatan, baik secara konsep, memasukkan data, dan keterintegrasian pendokumentasian asuhan keperawatan.

Kata kunci: asuhan keperawatan; dokumentasi asuhan keperawatan; penggunaan teknologi

DESCRIPTION OF THE USE OF TECHNOLOGY IN NURSING CARE DOCUMENTATION (NURSING RECORD)

ABSTRACT

Documentation of nursing care is an important part of quality nursing care because it has a legal aspect and is responsible for and accountable for the care provided to patients. The development of nursing documentation through the use of technology in nursing care services will have an impact on nurses' ability to carry out nursing actions. The purpose of this study is to describe the use of technology in nursing care documentation (the nursing record). The method used is scoping review, which involves searching for relevant articles using keywords. The inclusion criteria in this review are the results of research measuring or analyzing the use of technology in nursing care documentation; participants in the study are nurses who use technology in documenting their care; research using quasi-experimental methods; a site study; mixed methods; a cross-sectional study; an innovation project; research published within the 2018–2023 period; and research in English. The results in the review are two articles that show research on good nurse perceptions in the use of nursing care documentation, and there are three articles that have effective results in the use of technology in nursing care, namely the use of the Patient Condition Adaptive Path System (PCAPS), Automated Data Entry Process Technology (ADEPT), and Omaha system in the electronic health record. An effective system is related to the nurse's process in carrying out nursing actions, both conceptually and in terms of entering data and integrating nursing care documentation.

Keywords: nursing; *nursing record*; *use of technology*

PENDAHULUAN

Asuhan keperawatan pada pelayanan Kesehatan di rumah sakit merupakan bagian dalam pelayanan terintegrasi antar professional pemberi asuhan lainnya, yang tentunya berfokus pada penyelesaian permasalahan pasien (Dinarti & Mulyanti, 2017). Asuhan yang diberikan oleh semua professional pemberi asuhan tersebut tertuang dalam rencana asuhan untuk penyelesaian permasalahan kesehatan pasien serta memandirikan pasien, yang tentunya terdokumentasi (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2022b). Dokumentasi rencana asuhan ada dalam catatan terintegrasi yang wajib dilakukan oleh semua pemberi asuhan selama pelayanan pasien berjalan, termasuk hasil evaluasi tindakan keperawatan yang telah dilakukan (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2022b). Dokumentasi asuhan keperawatan pada pelayanan Kesehatan di rumah sakit, menjadi bagian penting dalam proses peningkatan mutu layanan asuhan pasien secara khusus dan secara umum berkaitan dengan asuhan professional pemberi asuhan lainnya. Dokumentasi asuhan keperawatan menjadi aspek legal sebagai bukti tertulis dimana pencatatan asuhan keperawatan atau *nursing record* merupakan bagian dari tanggung jawab dan tanggung gugat atas tindakan yang dilakukan oleh perawat.

Penelitian dilakukan di beberapa rumah sakit berkaitan dengan dokumentasi asuhan keperawatan mendapatkan hasil bahwa kualitas asuhan keperawatan yang diberikan kurang baik yaitu sebesar 54,7% dokumentasi yang tidak lengkap sebesar 26,8%, hal ini terjadi karena kurangnya pengetahuan dan pemahaman perawat tentang proses pendokumentasian asuhan, perawat lebih memilih melakukan tindakan keperawatan secara langsung kepada pasien karena proses pendokumentasian terlalu lama (Yanti & Warsito, 2013) (Solawati et al., 2014). Aspek dalam dokumentasi asuhan keperawatan di atas tentunya akan mempengaruhi kepuasan pasien dalam menerima pelayanan asuhan keperawatan. Penelitian yang dilakukan di sebuah rumah sakit tentang kepuasan pasien, mendapatkan hasil bahwa ada hubungan antara dokumentasi keperawatan dengan tingkat kepuasan pasien, kepuasan pasien akan tinggi ketika dokumentasi asuhan dilakukan dengan baik (Agung & Wijaya, 2013).

Perawat diharapkan dapat melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan yang komprehensif didukung dengan sarana dan prasaana dokumentasi yang mendukung proses pemberian asuhan. Penelitian yang dilakukan pada rumah sakit di kota Canberra Australia tentang pendokumentasian kertas dan digital mendapatkan hasil bahwa elemen dalam dokumentasi keperawatan lebih baik menggunakan sistem digital terutama pada intervensi keperawatan. Pendokumentasian asuhan keperawatan secara digital memberikan peluang untuk mencapai tujuan pendokumentasian yang komprehensif (Bail et al., 2021). Pemanfaatan teknologi dalam dokumentasi asuhan keperawatan dapat menjadi sarana pendukung penggunaan standar asuhan yang mengacu pada proses keperawatan yang utuh, sehingga proses pelayanan keperawatan yang diberikan komprehensif.

Dampak dari kemajuan teknologi informasi akan juga mempengaruhi kemajuan system pendokumentasian keperawatan baik di Indonesia maupun di dunia. Pemanfaatan teknologi dalam pendokumentasian pelayanan kesehatan sudah ditetapkan oleh pemerintah Indonesia melalui PMK No. 24 tahun 2022, yang menyatakan bahwa fasilitas kesehatan wajib memiliki elektronik rekam medis dalam rangka proses peningkatan mutu layanan kesehatan (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2022a), sedangkan di Amerika sudah menetapkan undang-undang HITECH untuk aplikasi elektronik dalam pendokumentasian pelayanan kesehatan. Pendokumentasian asuhan keperawatan banyak dikembangkan dalam bentuk digital atau elektronik yang tentunya memberikan manfaat bagi kelengkapan dokumentasi pasien,

memberikan keakuratan data, serta mendukung proses perencanaan pelayanan yang tentunya meningkatkan kualitas pemberian asuhan keperawatan. Dokumentasi asuhan keperawatan berbasis elektronik juga dapat mengurangi resiko kesalahan dalam melakukan intervensi keperawatan, melalui keakurasian data pasien sehingga dapat meningkatkan keselamatan pasien. Perubahan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan dari sistem manual menjadi sistem berbasis elektronik, juga merupakan bagian dari proses peningkatan pendidikan dan pelatihan perawat dengan mengikuti perkembangan ilmu dan teknologi keperawatan (Erawantini et al., 2013) (Sulastrri & Sari, 2018) (Amalia et al., 2019).

Penelitian terkait penggunaan teknologi dalam pendokumentasian asuhan keperawatan yang sudah dilakukan mendapatkan hasil yang cukup bervariasi namun bagaimana pendokumentasian asuhan keperawatan dengan penggunaan teknologi tersebut dapat diterapkan secara maksimal dalam tindakan keperawatan, apakah perangkat yang digunakan memadai, dan bagaimana persepsi perawat sebagai penggunanya. Oleh karena itu perlu dilakukan *review* untuk menggambarkan bagaimana penggunaan teknologi dalam pendokumentasian asuhan keperawatan (*nursing record*) Tujuan dari penelitian ini adalah mendeskripsikan gambaran penggunaan teknologi dalam pendokumentasian asuhan keperawatan (*nursing record*).

METODE

Artikel ini menggunakan pendekatan *scoping review* dengan tujuan untuk mengidentifikasi hasil temuan dan kesenjangan dalam literatur yang ada. Panduan yang digunakan dalam penyusunan *scoping review* ini adalah lima tahap dalam kerangka kerja dari Arkey & O'Malley (Westphaln et al., 2021).

Tahap 1: Mengidentifikasi pertanyaan penelitian

Pertanyaan penelitian yang digunakan dalam *scoping review* ini adalah “Bagaimana gambaran penggunaan teknologi dalam pendokumentasian asuhan keperawatan (*Nursing Record*)?”

Tahap 2: Mengidentifikasi penelitian yang relevan

Penelitian yang digunakan sebagai tinjauan memenuhi kriteria inklusi sebagai berikut: a) partisipan dalam penelitian adalah perawat yang menggunakan teknologi dalam pendokumentasian asuhannya, b) hasil penelitian mengukur atau menganalisa persepsi penggunaan teknologi dalam dokumentasi asuhan, c) penelitian menggunakan metode quasi experiment, site study, mixed method, cross sectional, innovation project, d) tahun terbit penelitian dalam rentang waktu tahun 2018-2023 dan, e) penelitian dalam Bahasa Inggris.

Database elektronik menggunakan *Scopus*, *CINAHL*, *MEDLINE* dan *ProQuest*. Penelitian dilakukan pada bulan Januari 2023 dengan kata kunci yang digunakan untuk pencarian yaitu “*Nursing Record*” OR “*Records, Nursing*” OR “*Record, Nursing*” AND “*Technology in Hospital*”.

Tahap 3: Seleksi penelitian

Seleksi yang pertama dilakukan dengan melihat judul yang relevan kemudian mengeluarkan judul yang tidak relevan. Selanjutnya melihat abstrak dari artikel yang telah dipilih dan mengidentifikasi kesesuaian dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan. Teks lengkap dari artikel penelitian dibaca untuk menentukan penelitian mana yang dimasukkan ke dalam tinjauan.

Tahap 4: Memetakan data

Pemetaan data dilakukan dengan melakukan ekstraksi menggunakan sebuah table dalam *Microsoft Word* berisi beberapa komponen yaitu peneliti, tahun terbit, tujuan penelitian,

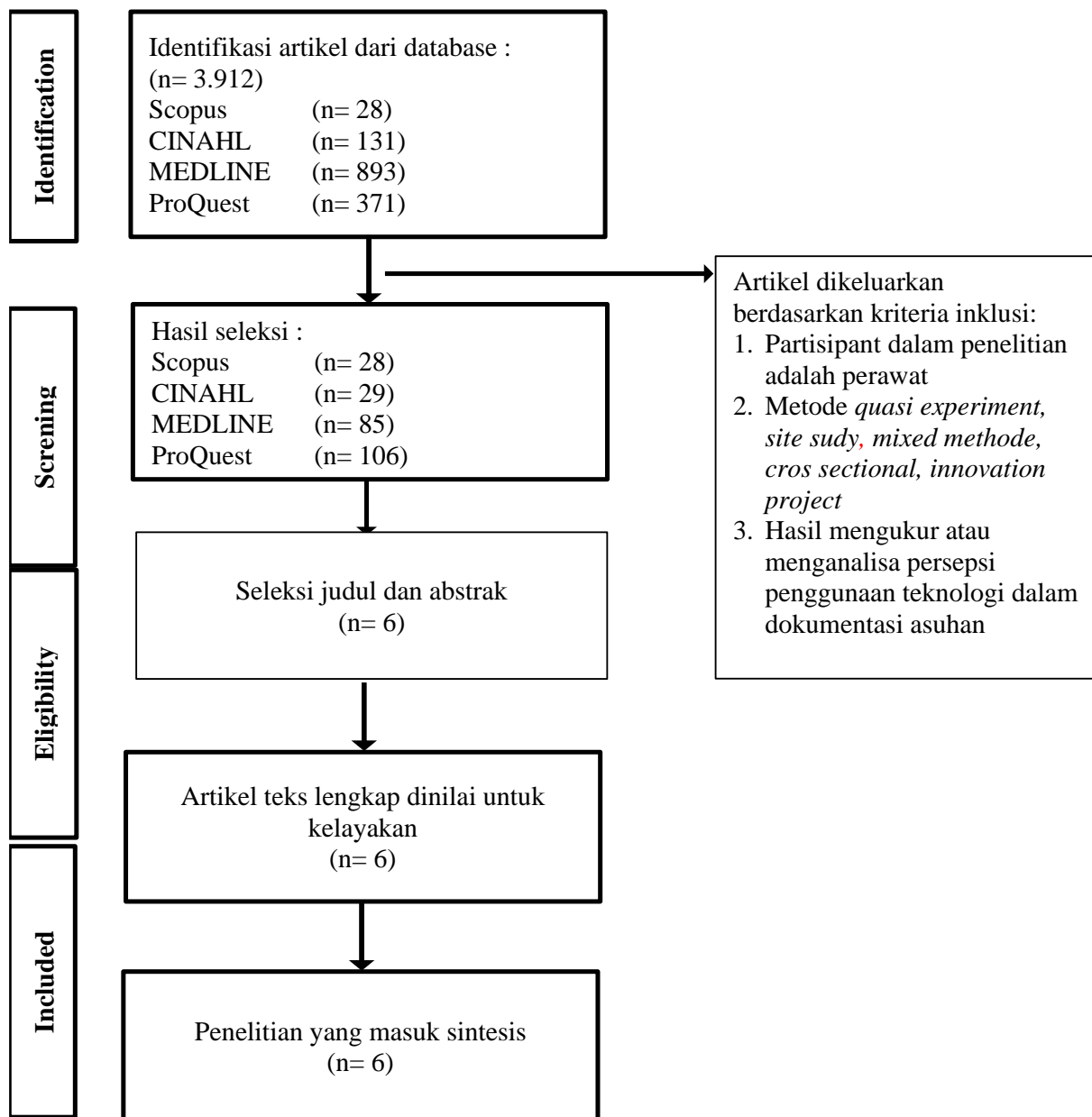
teknologi yang digunakan, karakteristik peserta, metode pengukuran, ukuran hasil dan temuan kunci yang relevan.

Tahap 5: Menyusun, meringkas, dan melaporkan hasil

Penelitian dirangkum secara deskriptif dan dibandingkan dengan artikel yang menjadi tinjauan. Rangkuman yang lebih khusus meliputi hasil yang signifikan dan tidaksignifikan; jenis intervensi (tunggal atau kompleks); metode intervensi dan alat ukur yang digunakan.

Tahap 6: Melakukan konsultasi

Pada penelitian ini dilakukan konsultasi dan diskusi dengan pembimbing terkait dengan proses penyusunan, sitasi, dan pembahasan hasil temuan dalam artikel.



Gambar 1. Flowchart PRISMA pencarian dan inklusi

HASIL

Pencarian yang telah dilakukan dengan menggunakan kata kunci menghasilkan sebanyak 1423 artikel (28 artikel Scopus, 131 artikel CINAHL, 893 artikel MEDLINE, 371 artikel ProQuest). Dari 1.423 dilakukan seleksi berdasarkan kriteria inklusi yaitu dari partisipan, metode dan hasil menjadi 248, yang selanjutnya dilakukan seleksi dengan melihat judul dan abstrak 242 artikel dikeluarkan dan 6 artikel masuk kriteria untuk menjadi tinjauan. Hasil dari proses identifikasi pencarian dan seleksi artikel penelitian, dijelaskan secara detail dalam gambar 1. Flowchart PRISMA pencarian dan inklusi

Tabel 1.
Hasil pencarian artikel

Peneliti (tahun)	Tujuan	Desain & lokasi	Teknologi Intervensi	Karakteristik Responden/ Subject	Pengukuran	Temuan kunci, hasil
Nation, Jacqueline; Wangian, Anderso n, Victoria (2019)	Melakukan penilaian efisiensi dan efektivitas, serta kepuasan staf perawat dalam penggunaan <i>electronic healt record</i>	- <i>Study Site</i> - <i>Specialty hospital in south-central Kansas</i>	<i>Electronic Health Record System for Nursing Professionals</i> Dokumentasi keperawatan menggunakan <i>electronic healt record</i>	28 perawat : Perawat profesional dengan gelar sarjana (64%), diikuti oleh gelar associate (29%), dan gelar master (7%). Bekerja penuh waktu (68%), Pengalaman Perawat berkisar antara 1 - 51 tahun, dengan rata-rata 22,32 tahun di pelayanan keperawatan	- <i>System Usabillity Scale</i> (SUS) - Terdiri dari tiga bidang konten: (1) Skala Kegunaan Sistem, (2) Penilaian Kegunaan, dan (3) pertanyaan terbuka terkait dengan aspek positif dan negatif <i>electronic healt record</i> rumah sakit.	- 55% responden setuju bahwa penggunaan <i>Electronic Health Record</i> lebih membantu dari pada menghambat perawatan pasien, - 53% peserta menyetujui pernyataan "penggunaan komputerisasi telah membantu meningkatkan kelengkapan dokumentasi catatan klinis - 60% melaporkan "tidak setuju" dan "sangat tidak setuju" bahwa komputerisasi telah mengurangi beban kerja perawat dan personel lainnya - 48% perawat setuju bahwa catatan kesehatan elektronik akan menghasilkan perawatan pasien yang lebih baik.
Danielle M. Erik CN, Joris EN, Marieke J. (2019)	Menganalisis pengembangan perangkat seluler untuk melakukan input data pada rekam medis	- <i>Mixed methode</i> - The nursing units at the University Medical Center	<i>Mobile input device for electronic medical records</i> (MEMR) Pengembangan perangkat seluler untuk memasukkan	Sebanyak 16 perawat, enam manajer perawat, dan tujuh pihak lain dari Rumah Sakit	<i>Axiomatic design framework</i> Sebagai alat evaluasi ketidaksesuaian antara kebutuhan pelanggan dan desain <i>electronic</i>	Temuan dalam penelitian ini yaitu ketidaksesuaian pada beberapa hal di bawah ini, antara lain : (1) teknologi suportif untuk pengembangan <i>electronic medical record</i> yaitu

Peneliti (tahun)	Tujuan	Desain & lokasi	Teknologi Intervensi	Karakteristik Responden/ Subject	Pengukuran	Temuan kunci, hasil
	elektronik (MEMR).		data pada rekam medis elektronik pasien yang dilakukan oleh perawat ketika melakukan pelayanan langsung kepada pasien	setempat di Belanda.	<i>medical record</i> dengan mengumpulkan informasi mencakup <i>customer domain, fungsional domain, physical domain, proses domain</i>	perangkat selular kurang Optimal, (2) terbatasnya fungsi aplikasi dan perangkat input, dan (3) gangguan alur kerja perawat saat menggunakan perangkat selular.
Ahmad Tubaisyah (2018)	Mengeksplorasi persepsi perawat tentang kegunaan dan kemudahan penggunaan <i>electronic healt record</i>	- <i>Cross-sectional</i> , deskriptif - 15 Rumah Sakit di Yordania	<i>Electronic Health Record</i> Dokumentasi keperawatan menggunakan <i>electronic healt record</i>	Responden berjumlah 1539 dengan usia rata-rata adalah 29,1 (dengan kisaran 22-53 tahun). Lebih dari separuh (56%) adalah perawat wanita dan mayoritas adalah perawat terdaftar (69,1%), bergelar sarjana 72,8%, dengan kisaran pengalaman adalah dari 1 hingga 31 tahun.	Kuesioner yang terdiri dari dua bagian : (1) informasi tentang perawat dan rumah sakit, (2) penerimaan teknologi, yang terdiri dari 28 item yang mengukur kegunaan yang dirasakan dan 14 item mengukur kemudahan	- 65,3% perawat menganggap <i>Electronic Health Record</i> berguna - 63,4% perawat menganggap <i>Electronic Health Record</i> mudah digunakan - 62,3% perawat merasa bahwa <i>Electronic Health Record</i> dapat memenuhi kebutuhan terkait pekerjaan dan meningkatkan kualitas pekerjaan - Perawat Yordania menunjukkan persepsi positif tentang kegunaan dan kemudahan penggunaan - EHRs, dan kemudian menerima teknologi tersebut
Satoko Tsuru, Tetsuro Tamamoto, Hitoshi Furuya, Akihiro Nakao, Mari Fukuyama, Kouichi Tanizaki,	Melakukan analisis peningkatan proses yang pencatatan oleh perawat untuk menyelaraskan pengetahuan klinis terstruktur antara dokter dan perawat melalui	- <i>Inovation project</i> - Tiga Rumah Sakit di Jepang	<i>Patient Condition Adaptive Path System</i> (PCAPS) Sistem ini dibuat untuk dikombinasikan dengan <i>electronic medical record</i> yang berisi informasi mengenai masalah	- Perawat pada 3 rumah sakit di Jepang dengan jumlah pasien 580	- Evaluasi proses implementasi <i>Patient Condition Adaptive Path System</i> (PCAPS)	Hasil dalam <i>innovation project</i> ini adalah - Catatan deskripsi perawat menurun tajam karena catatan terstruktur dapat dilihat pada catatan perkembangan pasien. - Cara kerja perawat berubah, perawat bertanggung

Peneliti (tahun)	Tujuan	Desain & lokasi	Teknologi Intervensi	Karakteristik Responden/ Subject	Pengukuran	Temuan kunci, hasil
Naohisa Yahagi (2020)	<i>Patient Condition Adaptive Path System (PCAPS)</i>		pasien, proses klinis, dan pemilihan pengamatan untuk dibagikan dengan dokter.			jawab dan memahami ringkasan perkembangan pasien dari bagan proses kemudian perawat mendapatkan informasi terperinci dari tabel perkembangan pasien. - Catatan terstruktur keperawatan disimpan dalam EMR sebagai file PDF setiap hari
Jeffrey C. Bauer, Eileen John, Christopher L. Wood, Debra Plass, Dale Richards (2020)	Melakukan analisis pengembangan alat teknologi proses entri data otomatis	- <i>Quasi eksperiment</i> - Unit bedah di sebuah Rumah Sakit tersier besar	<i>Automated Data Entry Process Technology (ADEPT)</i> System ini secara otomatis mentransfer data dari tindakan perawat saat melakukan pemeriksaan <i>vital sign</i> dan data pasien penting lainnya (mis. berat badan, diet, input/output cairan, skala nyeri, oksigen tambahan gen) dari perangkat pengukurankhusus ke catatan pasien untuk kemudian ditranfer ke <i>electronic health record</i>	- Sample dalam penelitian ini adalah 1933 tindakan yang dilakukan perawat menggunakan <i>Automated Data Entry Process Technology (ADEPT)</i> Secara berturut-turut	Pengukuran dilakukan dengan menilai (1) perbedaan antara nilai yang diukur oleh perangkat dan nilai terkait di <i>electronic health record</i> ; (2) penundaan antara waktu pengukuran perangkat dan waktu entri data <i>electronic health record</i> ; (3) perbedaan antara data waktu aktual yang dimasukkan dalam EHR dan dilaporkan oleh pengasuh; dan (4) perbedaan kinerja berdasarkan kredensial.	Hasil yang didapatkan adalah : - Dampak ADEPT pada lama waktu pengumpulan data & melaporkan data, 87,5% mengurangi waktu - Dampak ADEPT pada tugas pengumpulan data lainnya, 77% mempermudah tugas - Dampak ADEPT pada kejadian kesalahan, 85% mengurangi kesalahan - Dampak ADEPT pada waktu perawatan pasien/ tugas lainnya, 85% membebaskan waktu - 87,5% perawat memilih menggunakan alat entri data otomatis
Schenk, Elizabeth ; Schleyer, Ruth;	Mengukur perbedaan pekerjaan dan kemampuan	- <i>Mixed methode</i> - Tiga unit di satu Rumah	<i>Omaha system</i> dalam <i>electronic health record</i>	- Perawat pada ruang bedah, ICU dan telemetry	- Observasi terhadap sebelum dan sesudah pemakian	Hasil penelitian ditemukan : - Sebelum menggunakan <i>electronic medical</i>

Peneliti (tahun)	Tujuan	Desain & lokasi	Teknologi Intervensi	Karakteristik Responden/ Subject	Pengukuran	Temuan kunci, hasil
Jones, Cami R.; Fincham, Sarah; Daratha, Kenn B.; Monsen, Karen A (2018)	sebelum dan 1 tahun setelah penerapan EHR yang komprehensif pada tiga unit di satu rumah sakit,	Sakit kota Ohio Amerika Serikat	Sistem Omaha adalah terminologi keperawatan standar, taksonomi, dan ontologi yang dirancang untuk digunakan oleh perawat dan semua disiplin kesehatan. Ini terdiri dari tiga instrumen: Skema klasifikasi Masalah, Skema Intervensi, dan Skala Peringkat Masalah untuk Hasil. Skema Klasifikasi Masalah terdiri dari konsep masalah yang ditetapkan yang diatur dalam empat domain (perilaku yang berhubungan dengan lingkungan, psikososial, fisiologis, dan kesehatan	(tele) di rumah sakit regional dengan 446 tempat tidur, dengan rasio perbandingan : Ruang bedah 1:5 pasien, Ruang tele 1:4 pasien, Ruang ICU 1:1 atau 2 pasien	<i>electronic health record</i> - <i>Caring Efficacy Scale</i> (CES) yaitu mengukur persepsi perawat tentang kemampuan mereka untuk melakukan perilaku caring dan mengembangkan hubungan caring berdasarkan respon terhadap item pada skala.	<i>record</i> perawat menghabiskan waktu 50,5% waktunya untuk mendokumentasikan tindakan keperawatan - Sesudah menggunakan <i>electronic medical record</i> perawat menghabiskan waktu 35% untuk mendokumentasikan tindakan keperawatan - Ada perbedaan waktu yang signifikan dihabiskan perawat di kamar pasien sebelum dan sesudah penggunaan <i>electronic health record</i> , waktu perawat lebih banyak dihabiskan di ruang pasien.

Temuan hasil penelitian bervariasi dimana terdapat 5 (11,13,14,15,16) dari 6 artikel menunjukkan bahwa sistem pendokumentasian dapat memenuhi kebutuhan perawat, salah satunya ditunjukkan dengan persepsi perawat bahwa penggunaan *electronic health record* meningkatkan kelengkapan dokumentasi (Nation & Wangia-Anderson, 2020), perawat menganggap *Electronic Health Record* berguna, mudah digunakan, dapat memenuhi kebutuhan terkait pekerjaan dan meningkatkan kualitas pekerjaan (Tubaishat, 2018). Penggunaan teknologi baru dalam pendokumentasian asuhan keperawatan antara lain *Patient Condition Adaptive Path System (PCAPS)* merupakan sistem berbasis digital yang berisi informasi mengenai masalah pasien, proses klinis, dan pemilihan pengamatan untuk dibagikan dengan dokter sehingga sistem ini dirancang untuk dapat di kombinasikan dengan *electronic health record* (Tsuru et al., 2020).

Artikel lain menunjukkan teknologi pendokumentasian asuhan keperawatan adalah *Automated Data Entry Process Technology (ADEPT)* dimana Sistem ini secara otomatis mentransfer data

dari tindakan perawat saat melakukan pemeriksaan vital sign dan data pasien penting lainnya (mis. berat badan, diet, input/output cairan, skala nyeri, oksigen tambahan) dari perangkat pengukuran khusus ke catatan pasien untuk kemudian ditransfer ke electronic health record (Bauer et al., 2020). Penelitian lainnya menggunakan sistem terstandarisasi dalam pendokumentasian asuhan keperawatan adalah Omaha system dalam electronic health record (Schenk et al., 2018). Omaha system adalah terminologi keperawatan standar, taksonomi, dan ontologi yang dirancang untuk digunakan oleh perawat dan semua disiplin kesehatan. Ini terdiri dari tiga instrument yaitu Skema klasifikasi masalah, skema intervensi, dan skala peringkat masalah. Skema Klasifikasi masalah terdiri dari konsep masalah yang ditetapkan dan diatur dalam empat domain yaitu perilaku yang berhubungan dengan lingkungan, psikososial, fisiologis, dan Kesehatan. Penggunaan teknologi suportif untuk pengembangan electronic medical record menggunakan perangkat selular adalah Sistem yang digunakan adalah Mobile input device for electronic medical records (MEMR), dimana sistem ini mengembangkan perangkat selular untuk memasukkan data pada rekam medis elektronik pasien yang dilakukan oleh perawat ketika melakukan pelayanan langsung kepada pasien (Vossebeld et al., 2019).

Pada 6 artikel yang dipilih menunjukkan pengembangan dan penelitian penggunaan electronic health record yang merupakan bagian dari pendokumentasian terintegrasi antara perawat dan tenaga kesehatan lainnya. Electronic health record dalam artikel yang dipilih tidak menunjukkan tenaga kesehatan apa saja yang ikut melakukan dokumentasi dalam sistemnya, tetapi electronic health record dalam artikel merupakan sarana pendokumentasian yang dilakukan oleh semua profesional pemberi asuhan termasuk salah satunya adalah perawat. Salah satu artikel menunjukkan keintegrasian pelayanan perawat dengan dokter yaitu pada Patient Condition Adaptive Path System (PCAPS), dimana sistem ini memberikan perubahan cara kerja perawat. Tindakan perawat yang didokumentasikan menjadi lebih tampak dalam tabel perkembangan pasien, sehingga dokter dapat melihat perkembangan pasien dalam tabel tersebut (Tsuru et al., 2020).

Pada dua artikel yang ditemukan menunjukkan pengembangan electronic medical record pada proses penginputan data saat melakukan tindakan keperawatan yaitu Mobile input device for electronic medical records (MEMR) (Vossebeld et al., 2019), Automated Data Entry Process Technology (ADEPT) (Bauer et al., 2020). Dua artikel menunjukkan persepsi penggunaan electronic health record oleh perawat, yaitu penelitian yang dilakukan Nation, et.al dan Ahmad Tubaisyah, kemudian Satu artikel menunjukkan penggunaan data dari tindakan yang dilakukan perawat untuk menselaraskan pengetahuan klinis terstruktur antara perawat dengan dokter yaitu Patient Condition Adaptive Path System (PCAPS) (Tsuru et al., 2020).

Penelitian yang dilakukan Schenk, et.al dalam pemanfaatan teknologi untuk dokumentasi asuhan keperawatan menggunakan standar asuhan keperawatan Omaha system yang dimasukkan dalam electronic health record. Omaha system dirancang berdasarkan terminologi keperawatan standar, taksonomi, dan ontologi dengan skema klasifikasi masalah, skema intervensi, dan skala peringkat masalah. Skema Klasifikasi masalah terdiri dari konsep masalah yang ditetapkan yang diatur dalam empat domain (perilaku yang berhubungan dengan lingkungan, psikososial, fisiologis, dan kesehatan).

PEMBAHASAN

Tujuan dari *scoping review* ini adalah untuk memberikan gambaran penggunaan teknologi dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. Penelitian di atas menunjukkan penggunaan dokumentasi asuhan keperawatan berbasis digital, baik di dalam *electronic health record*

maupun pengembangan sistem baru yang akan diintegrasikan dengan *electronic health record*. Penelitian berfokus pada digitalisasi dokumentasi dari tindakan yang dilakukan oleh perawat, baik tindakan observasi, tindakan mandiri, tindakan edukasi, maupun tindakan kolaborasi dalam memberikan asuhan. Artikel penelitian di atas memberikan gambaran persepsi perawat dalam menggunakan teknologi dalam dokumentasi keperawatan. Perawat merasa penggunaan teknologi dalam pendokumentasian asuhan keperawatan sangat berguna dan mendukung proses asuhan yang diberikan (Nation & Wangia-Anderson, 2020)(Tubaishat, 2018). Beberapa kelebihan penggunaan teknologi dalam dokumentasi asuhan keperawatan antara lain memberikan manfaat bagi kelengkapan dokumentasi pasien, memberikan keakuratan data, serta mendukung proses perencanaan pelayanan yang tentunya meningkatkan kualitas pemberian asuhan keperawatan dan dapat meningkatkan keselamatan pasien (Erawantini et al., 2013)(Sulastri & Sari, 2018)(Amalia et al., 2019).

Pendokumentasian yang dilakukan pada saat melakukan tindakan keperawatan di ruang pasien menggunakan perangkat selular dengan *mobile input device for electronic medical records* (MEMR) (Vosseveld et al., 2019). Sistem ini tidak efektif digunakan karena merubah pola kerja perawat ketika ada di pasien. Perawat harus mengurangi waktu untuk melakukan tindakan keperawatan dan meluangkan waktu untuk menggunakan perangkat selular untuk mendokumentasikan asuhan yang dilakukan pada pasien. Tindakan keperawatan seharusnya memiliki porsi yang cukup agar asuhan yang diberikan utuh sehingga pemenuhan kebutuhan pasien dan target untuk memandirikan pasien dapat tercapai, karena hal tersebut yang menjadi kewenangan dan tanggung jawab pasien (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2019)(Kusnan, 2019). Berbeda dengan penggunaan sistem *Automated Data Entry Process Technology* (ADEPT), dimana sistem ini sangat membantu perawat dalam melakukan tindakan keperawatan. Tindakan keperawatan dalam melakukan pemeriksaan fisik baik pada saat pengkajian, pemantauan kondisi pasien, dan evaluasi dapat secara otomatis masuk dalam *electronic health record* menggunakan sistem ini (Bauer et al., 2020). Sistem ini memungkinkan perawat untuk dapat memiliki dokumentasi asuhan yang lengkap, cepat, tepat, dan seragam sehingga perawat dapat memiliki waktu lebih banyak di ruang rawat pasien untuk memberikan tindakan keperawatan lebih fokus pada pasien (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2022b). Pendokumentasian tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat juga menjadi bagian dari pelayanan terintegrasi dengan profesional pemberi asuhan pasien. Salah satunya ditunjukkan pada artikel penelitian yang menggunakan sistem *Patient Condition Adaptive Path System* (PCAPS), dimana sistem ini mengintegrasikan dokumentasi catatan keperawatan dalam *electronic medical record*. Segala tindakan keperawatan yang di dokumentasikan dalam catatan keperawatan, dapat dilihat langsung oleh dokter dalam *electronic medical record*. Sistem tersebut membuat perawat lebih bertanggung jawab dalam melakukan pencatatan asuhan keperawatan dan catatan keperawatan yang didokumentasikan menjadi lebih terstruktur di dalam *electronic medical record* (Tsuru et al., 2020).

Artikel penelitian dengan hasil paling efektif pada penggunaan *system Omaha*, dimana sistem ini dirancang berdasarkan terminologi keperawatan standar, taksonomi, dan ontologi dengan skema klasifikasi masalah, skema intervensi, dan skala peringkat masalah (Schenk et al., 2018). Rancangan sistem tersebut menunjukkan tahapan asuhan keperawatan pada tahap perumusan diagnosa, penentuan tujuan, dan perumusan intervensi dalam penyelesaian masalah keperawatan pasien. Beberapa hal diatas merupakan acuan dalam melakukan tindakan keperawatan secara lebih terstruktur dan terarah dalam menyelesaikan masalah dan memandirikan pasien (Indonesia, 2014). Kemampuan perawat dalam melakukan tindakan keperawatan mengacu pada standar asuhan keperawatan yang menghasilkan pendokumentasian asuhan keperawatan yang sesuai. Kemampuan perawat tersebut tentunya harus didukung

dengan pelatihan tentang penerapan standar asuhan keperawatan untuk meningkatkan pengetahuan perawat tentang standar asuhan, sehingga mempengaruhi proses pendokumentasian asuhan (Fatmawati et al., 2019) (Abdelkader & Othman, 2017). Pemberian asuhan keperawatan wajib didokumentasikan sebagai bentuk pertanggungjawaban tindakan yang dilakukan oleh perawat (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2019), yang didukung dengan proses yang efektif menggunakan sarana yang mendukung. Penggunaan teknologi dalam pendokumentasian asuhan keperawatan perlu didukung dengan standar asuhan yang memadai dan menjamin asuhan keperawatan yang diberikan bermutu. Standar asuhan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan menjadi kunci keefektifan pemanfaatan teknologi dalam dokumentasi asuhan keperawatan, karena standar asuhan keperawatan dapat menjadi tolok ukur dalam penegakan diagnosa keperawatan, perumusan tujuan dan penentuan rencana tindakan keperawatan. Penerapan standar asuhan keperawatan asuhan keperawatan di Indonesia ditetapkan dalam Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) sebagai tolok ukur penegakkan diagnosa keperawatan, Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) sebagai tolok ukur perumusan tujuan dan kriteria hasil, dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) sebagai tolok ukur penentuan rencana tindakan keperawatan Penelitian yang dilakukan pada penggunaan SDKI, SLKI, dan SLKI di rumah sakit mendapatkan hasil bahwa penggunaan SDKI, SLKI, dan SIKI mempengaruhi pengetahuan perawat dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan, sehingga ada hubungan penggunaan SDKI, SLKI, dan SIKI dengan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan (Awaliyani et al., 2021) (Sulistiyawati & Susmiati, 2020).

SIMPULAN

Penggunaan teknologi dalam pendokumentasian asuhan keperawatan dirancang sebagai pendukung bagi perawat dalam melakukan tindakan keperawatan, sehingga tindakan keperawatan yang dilakukan dapat terdokumentasi secara sistematis. Teknologi pendokumentasian asuhan keperawatan dirancang berdasarkan electronic medical record, dan mengacu pada proses penegakkan diagnosa keperawatan, perumusan luaran keperawatan dan penetapan intervensi keperawatan, sehingga dapat menjadi keputusan klinis bagi perawat dalam melakukan tindakan mandiri.

DAFTAR PUSTAKA

- Abdelkader, F. A., & Othman, W. N. E. (2017). Factors affecting implementation of Nursing Process : Nurses' Perspective. *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 06(03), 76–82. <https://doi.org/10.9790/1959-0603017682>.
- Agung, S., & Wijaya, A. (2013). Hubungan dokumentasi keperawatan dengan kepuasan Pasien di RS di Jawa Timur. *Prosiding Konferensi Nasional PPNI Jawa Tengah*, 13–16.
- Amalia, F., Musnansyah, A., & Ambarsari, N. (2019). Implementasi rekam medis elektronik berbasis FHIR untuk Rawat Inap (studi kasus pada dua Rumah Sakit di Indonesia). 7(1), 2101–2110.
- Awaliyani, V. A., Pranatha, A., & Wulan, N. (2021). Pengaruh Penggunaan Buku Sdki, Sliki Dan Siki Terhadap Peningkatan Pengetahuan Perawat Dalam Membuat Dokumentasi Keperawatan Berbasis Sdki, Sliki Dan Siki Di Rumah Sakit Kmc Kuningan Tahun 2021. *Journal of Nursing Practice and Education*, 2(1), 22–32. <https://doi.org/10.34305/jnpe.v2i1.334>

- Bail, K., Merrick, E., Bridge, C., & Redley, B. (2021). Documenting patient risk and nursing interventions: Record audit. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 38(1), 36–44. <https://doi.org/10.37464/2020.381.167>.
- Bauer, J. C., John, E., Wood, C. L., Plass, D., & Richardson, D. (2020). Data Entry Automation Improves Cost, Quality, Performance, and Job Satisfaction in a Hospital Nursing Unit. *Journal of Nursing Administration*, 50(1), 34–39. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000836>.
- Dinarti, & Mulyanti, Y. (2017). Dokumentasi Keperawatan. In Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/11/PRAKTIKA-DOKUMEN-KEPERAWATAN-DAFIS.pdf>.
- Erawantini, F., Nugroho, E., Sanjaya, G., & Hariyanto, S. (2013). Rekam medis elektronik : telaah manfaat dalam konteks pelayanan kesehatan dasar. *Fiki*, 1(1), 1–10.
- Fatmawati, D., Ismawati, & Suriawanto, N. (2019). Faktor-faktor yang mempengaruhi dokumentasi terhadap kelengkapan asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana di Ruang IGD RSUD Anutapura Palu. 1(2), 35–42.
- Indonesia, N. R. (2014). Undang-undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 Tentang Keperawatan.
- Kusnan, A. dkk. (2019). Physical assesment dan dokumentasi keperawatan. cv sagung seto.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2019). Peraturan Pelaksanaan Undang-undang Nomor 38 Tahun 2014. In Keputusan Menteri Kesehatan. <https://doi.org/1037//0033-2909.I26.1.78>.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2020). Standar Profesi Perawat. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 21(1), 1–9. <https://doi.org/NNomor HK.01.07/MENKES/425/2020>.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2022a). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 24 Tahun 2022 Tentang Rekam Medis. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders>.
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2022b). Standar Akreditasi Rumah Sakit. Keputusan Menteri Kesehatan, 1–342. <https://doi.org/Nomor HK.01.07/MENKES/1128/2022>.
- Nation, J., & Wangia-Anderson, V. (2020). Applying the Data-Knowledge-Information-Wisdom framework to a Usability evaluation of Electronic Health Record System for Nursing Professionals. *Sustainability (Switzerland)*, 4(1), 1–9.
- Schenk, E., Schleyer, R., Jones, C. R., Fincham, S., Daratha, K. B., & Monsen, K. A. (2018). Impact of Adoption of a Comprehensive Electronic Health Record on Nursing Work and Caring Efficacy. *CIN - Computers Informatics Nursing*, 36(7), 331–338. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000441>.
- Solawati, T., Aeni, Q., & Sulistiyowati, D. (2014). Gambaran kinerja perawat dalam dokumentasi asuhan keperawatan. *Ilmiah, Jurnal Ilmiah, Jurnal Volume, Kendal Tinggi, Sekolah Ilmukesehatan, Tinggi Kesehatan, Ilmu*, 4, 16–21.

- Sulastri, S., & Sari, N. Y. (2018). Metode pendokumentasian elektronik dalam meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan. *Jurnal Kesehatan*, 9(3), 497. <https://doi.org/10.26630/jk.v9i3.987>.
- Sulistiyawati, W., & Susmiati, S. (2020). The Implementation Of 3S (SDKI, SIKI, SLKI) to The Quality Of Nursing Care Documentation In Hospital's Inpatient Rooms. *STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan*, 9(2), 1323–1328. <https://doi.org/10.30994/sjik.v9i2.468>.
- Tsuru, S., Tamamoto, T., Furuya, H., Nakao, A., Fukuyama, M., Tanizaki, K., & Yahagi, N. (2020). Nursing record innovations aimed at harmonizing structured clinical knowledge among doctors and nurses. *Studies in Health Technology and Informatics*, 270, 638–642. <https://doi.org/10.3233/SHTI200238>.
- Tubaishat, A. (2018). Perceived usefulness and perceived ease of use of electronic health records among nurses: Application of Technology Acceptance Model. *Informatics for Health and Social Care*, 43(4), 379–389. <https://doi.org/10.1080/17538157.2017.1363761>.
- Vossebeld, D. M., Puik, E. C. N., Jaspers, J. E. N., & Schuurmans, M. J. (2019). Development process of a mobile electronic medical record for nurses: A single case study. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 19(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/s12911-018-0726-3>.
- Westphaln, K. K., Regoeczi, W., Masotya, M., Vazquez-Westphaln, B., Lounsbury, K., McDavid, L., Lee, H. N., Johnson, J., & Ronis, S. D. (2021). From Arksey and O'Malley and Beyond: Customizations to enhance a team-based, mixed approach to scoping review methodology. *MethodsX*, 8, 101375. <https://doi.org/10.1016/j.mex.2021.101375>.
- Yanti, R. I., & Warsito, B. E. (2013). Hubungan karakteristik perawat, motivasi, dan supervisi dengan kualitas dokumentasi proses asuhan keperawatan. *Jurnal Manajemen Keperawatan*, 1(2), 107–114.

