

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 KONSEP PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN

2.1.1 Definisi

Menurut Prabowo, (2019), Dokumentasi keperawatan adalah informasi mengenai perawatan dan kesehatan pasien yang disusun oleh perawat. Hal ini berfungsi sebagai tanggung jawab dan bukti atas pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien dalam menjalankan perawatan yang menyeluruh dengan pendekatan proses keperawatan.

Menurut Manurung, (2021) Dokumentasi keperawatan adalah alat komunikasi yang efektif di antara berbagai profesi dalam sebuah tim pelayanan kesehatan. Tujuannya adalah untuk memantau dan menganalisis perkembangan kondisi pasien, merencanakan perawatan pasien sebagai indikator kualitas pelayanan kesehatan, serta menyediakan sumber data untuk penelitian dalam pengembangan profesi keperawatan.

Menurut Risnawati et al., (2023) Dokumentasi keperawatan adalah suatu proses pencatatan dan pelaporan secara tertulis yang dilakukan oleh perawat mengenai seluruh tindakan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien, mulai dari pengkajian, penetapan diagnosis, perencanaan, implementasi hingga evaluasi. Dokumentasi ini memuat informasi tentang apa yang dilakukan, siapa yang melakukan, kapan tindakan dilakukan, serta bagaimana respons atau hasil yang diperoleh pasien. Dokumentasi keperawatan bersifat sistematis, akurat,

berkesinambungan, dan memiliki nilai hukum, sehingga berfungsi sebagai alat komunikasi antar tenaga kesehatan, bukti legal pertanggungjawaban profesional, serta dasar dalam menjamin mutu dan kesinambungan pelayanan keperawatan.

Berdasarkan beberapa pendapat diatas maka dokumentasi keperawatan dapat diartikan sebagai suatu proses profesional dalam pemberian asuhan keperawatan kepada pasien untuk memenuhi kebutuhannya, yang dituangkan dalam bentuk dokumen berisi pencatatan tindakan keperawatan secara lengkap

2.1.2 Prinsip Dokumentasi Keperawatan

Prinsip-prinsip dokumentasi yang baik menurut Marini dan Edelstein (2020) dikutip dari (Gasper et al., 2025) menekankan beberapa aspek penting dalam praktik keperawatan profesional, yaitu :

1. Akuntabilitas, yaitu dokumentasi harus mencerminkan secara nyata setiap tindakan dan keputusan klinis yang diambil oleh perawat, sehingga setiap catatan dapat dipertanggungjawabkan secara profesional maupun hukum.
2. Kejelasan, artinya informasi yang ditulis harus disampaikan dengan bahasa yang baku, jelas, sistematis, dan tidak menimbulkan penafsiran ganda.
3. Kepatuhan terhadap standar, yaitu dokumentasi harus disusun sesuai dengan standar nasional yang berlaku, termasuk regulasi dari Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, serta kebijakan internal institusi pelayanan kesehatan.
4. Kerahasiaan, seluruh informasi pasien harus dilindungi keamanannya dan hanya boleh diakses oleh pihak yang berwenang, karena pelanggaran terhadap prinsip ini dapat menimbulkan dampak hukum.

5. Informatif yakni catatan harus memuat informasi yang lengkap dan relevan mengenai kondisi pasien, intervensi yang diberikan, serta hasil evaluasi untuk menjamin kesinambungan asuhan dan sebagai bukti legal apabila diperlukan.
6. Ketepatan waktu, yang menegaskan bahwa dokumentasi harus dibuat dan diperbarui secara segera dan berkala agar data yang tersedia tetap akurat, mutakhir, dan mendukung pengambilan keputusan klinis yang tepat.

2.1.3 Dokumentasi Yang Buruk

Pendokumentasian yang buruk dapat menghambat komunikasi antar tenaga kesehatan, mengganggu kelanjutan pelayanan, serta meningkatkan kemungkinan terjadinya kesalahan dalam tindakan medis. Dokumentasi yang tidak teratur dan tidak mengikuti standar profesional dapat memengaruhi kualitas pelayanan dan mengganggu proses penilaian serta pengambilan keputusan dalam pelayanan klinis. Karena dokumen memiliki nilai hukum sebagai bentuk pertanggungjawaban profesional, maka pengisian yang tidak sesuai dengan aturan bisa menyebabkan masalah administratif atau bahkan hukum bagi perawat dan lembaga layanan kesehatan. Karena itu, mematuhi standar dokumentasi merupakan hal penting untuk memastikan keselamatan pasien dan kualitas pelayanan perawatan (Risnawati et al., 2023).

2.1.4 Tujuan

Dokumentasi keperawatan merupakan bagian integral dari standar kinerja profesional perawat. Tujuan utamanya adalah untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan melalui penerapan sistem pencatatan yang terstruktur dan akurat. Dokumentasi yang baik berperan dalam mendukung penjaminan mutu pelayanan, pengembangan praktik berbasis bukti melalui riset, pemenuhan aspek etika profesi,

serta peningkatan kinerja perawat dalam memberikan pelayanan kesehatan (Strandhagen, 2022) dikutip dari (Gasper et al., 2025). dokumentasi keperawatan memiliki beberapa tujuan sebagai berikut:

1. Mengidentifikasi status kesehatan dan kebutuhan klien secara komprehensif, serta menjadi dasar dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi tindakan keperawatan.
2. Mencegah terjadinya kesalahan, duplikasi tindakan, maupun ketidaklengkapan informasi dalam proses pemberian asuhan keperawatan.
3. Mewujudkan koordinasi yang efektif dan dinamis antar perawat maupun dengan tenaga kesehatan lainnya melalui komunikasi tertulis yang sistematis.
4. Meningkatkan efisiensi dan efektivitas kerja tenaga keperawatan dalam memberikan pelayanan.
5. Menjamin mutu dan kontinuitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien.

2.2 KONSEP DOKUMENTASI ELEKTRONIK

2.2.1 Definisi

Berdasarkan Pasal 1 angka 2 Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, rekam medis elektronik (RME) merupakan rekam medis yang dibuat serta dikelola melalui sistem elektronik untuk mendukung penyelenggaraan dan pengelolaan rekam medis di fasilitas pelayanan kesehatan.

Menurut Mathar & Igayanti, (2022) Rekam medis elektronik adalah catatan kesehatan pasien dalam bentuk digital yang memuat seluruh riwayat kesehatan seseorang. Catatan ini disusun oleh satu atau lebih tenaga kesehatan secara kolaboratif setiap kali terjadi interaksi antara petugas kesehatan dengan pasien..

Informasi yang terdapat dalam rekam medis elektronik mencerminkan kondisi kesehatan pasien secara keseluruhan dan diperbarui sesuai dengan kondisi terkini pasien.

Menurut Rusdi & Suwito, (2021) Rekam medis elektronik adalah versi digital dari rekam medis yang biasanya ditulis secara manual di kertas. Dalam sistem ini, data pasien yang sebelumnya dicatat secara tertulis kini diinput melalui perangkat elektronik.

Berdasarkan beberapa pendapat diatas maka sistem dokumentasi elektronik adalah sistem pencatatan informasi pasien yang dilakukan menggunakan perangkat digital dan disimpan dalam basis data elektronik, Sistem ini menggantikan pencatatan manual dengan platform digital terintegrasi (Gasper et al., 2025).

2.2.2 Manfaat RME

Penerapan rekam medis elektronik (RME) dalam pendokumentasian keperawatan memeberikan manfaat terhadap mutu Selain itu, penggunaan RME membantu perawat dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan secara lebih sistematis, efisien, dan terstandar sehingga dapat mendukung kesinambungan pelayanan serta meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan (Khairunisa & Triharini, 2023; Wahyuni et al., 2024; Zakiyah, 2024). Manfaat tersebut antara lain sebagai berikut

1. Dokumentasi keperawatan berbasis elektronik terbukti meningkatkan kualitas dokumentasi dibandingkan sistem manual.
2. Sistem elektronik meningkatkan ketepatan, kelengkapan, dan keterbacaan pencatatan serta meminimalkan kesalahan dokumentasi.

3. Mendukung keselamatan pasien, mutu asuhan keperawatan, dan pemenuhan aspek legal dalam praktik profesional.
4. Mempermudah monitoring dan evaluasi oleh manajemen serta menyediakan data secara real-time untuk mendukung pengambilan keputusan klinis.
5. Meningkatkan kepatuhan perawat terhadap standar dokumentasi karena alur pencatatan terstruktur sesuai tahapan proses keperawatan.
6. Mendukung koordinasi antar tenaga kesehatan.

2.2.3 Ketepatan Dokumentasi

Ketepatan pendokumentasian asuhan keperawatan salah satu komponen penting dalam menjaga mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien. Ketepatan dokumentasi mengacu pada akurasi informasi yang dicatat oleh perawat dalam dokumen pelayanan pasien. Dokumentasi yang tepat harus mampu menggambarkan kondisi pasien secara nyata, meliputi hasil pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, respons pasien, hingga evaluasi tindakan yang diberikan (Dokuba et al., 2024). Ketepatan pendokumentasian asuhan keperawatan dalam Rekam Medis Elektronik (RME) dipengaruhi oleh berbagai faktor yang berasal dari individu perawat, organisasi, maupun sistem teknologi yang digunakan. Ketepatan dokumentasi menggambarkan kesesuaian data yang dicatat dengan kondisi pasien sebenarnya, sehingga informasi yang dihasilkan dapat digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan klinis yang aman dan efektif (Jia et al., 2025).

1. Data pengkajian yang didokumentasikan meliputi keluhan utama, riwayat keluhan saat ini, pemeriksaan fisik, tanda vital, serta data penunjang lain yang relevan dengan kondisi pasien. Pemeriksaan fisik tidak harus dituliskan seluruh sistem tubuh secara lengkap, tetapi disesuaikan dengan diagnosis atau masalah

keperawatan pasien. Tahap pengkajian merupakan proses pengumpulan data pasien secara sistematis yang menjadi dasar dalam penentuan diagnosis keperawatan.

2. Diagnosis keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai respons pasien terhadap kondisi kesehatan yang dialami. ketepatan diagnosis dinilai berdasarkan kesesuaian diagnosis dengan data hasil pengkajian yang telah didokumentasikan.
3. Perencanaan keperawatan merupakan penyusunan intervensi atau tindakan yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah pasien. ketepatan perencanaan dinilai apakah terapi atau planning yang dibuat sesuai dengan diagnosis pasien.
4. Implementasi merupakan pelaksanaan tindakan keperawatan sesuai rencana yang telah disusun. Pada tahap ini dinilai apakah instruksi atau tindakan PPA terdokumentasi dengan jelas dan disertai waktu pelaksanaan tindakan.
5. Evaluasi dilakukan untuk menilai perkembangan kondisi pasien setelah diberikan tindakan keperawatan yang berisi data SOAP yaitu data subjektif berisi keluhan atau informasi yang disampaikan oleh pasien, data objektif berisi hasil observasi dan pemeriksaan sesuai data pengkajian , assessment berisi diagnosis berdasarkan data subjektif dan objektif dan planning berisi rencana tindak lanjut sesuai dengan diagnosis pasien.

2.2.4 Faktor yang mempengaruhi

Ketepatan dokumentasi keperawatan dipengaruhi oleh beberapa faktor yang berasal dari individu perawat, organisasi, dan sumber daya pendukung. Faktor-faktor tersebut dapat memengaruhi kualitas serta ketepatan pengisian dokumentasi keperawatan, terutama pada penggunaan Rekam Medis Elektronik (RME).

1. Faktor individu meliputi pengetahuan, sikap, pengalaman kerja, usia, dan tingkat pendidikan perawat. Semakin baik pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki, maka semakin baik pula kemampuan perawat dalam melakukan dokumentasi sesuai standar.
2. faktor organisasi juga berpengaruh terhadap ketepatan dokumentasi keperawatan, seperti beban kerja yang tinggi dan kurang memadainya pelatihan. Beban kerja yang berlebihan dapat menyebabkan dokumentasi tidak dilakukan secara optimal.
3. sumber daya pendukung, meliputi pelatihan penggunaan RME serta ketersediaan panduan atau SOP penggunaan RME yang dapat membantu perawat dalam melakukan dokumentasi secara tepat dan sesuai standar (Istianah et al., 2025).

Beberapa penelitian terdahulu mendukung ketiga faktor tersebut. Pada faktor individu, tingkat pendidikan dan pengetahuan perawat terbukti berkontribusi signifikan terhadap kelengkapan dan kesesuaian dokumentasi. Perawat dengan latar belakang pendidikan yang lebih tinggi serta pemahaman yang baik tentang prinsip-prinsip pendokumentasian cenderung menghasilkan dokumentasi yang lebih berkualitas. Selain itu, masa kerja atau pengalaman kerja memberikan dampak positif, di mana perawat yang memiliki pengalaman lebih lama menunjukkan dokumentasi yang lebih maksimal

(Yulianti & Wulandari, 2025). Hal ini sejalan dengan temuan bahwa usia dan tingkat pendidikan berhubungan secara signifikan dengan praktik pendokumentasian asuhan keperawatan, di mana perawat yang berusia lebih tua dan berpendidikan lebih tinggi cenderung memiliki praktik pendokumentasian yang lebih baik dibandingkan perawat yang lebih muda dan berpendidikan lebih rendah (Bolado et al., 2023).

Pada faktor organisasi, beban kerja mengacu pada seluruh kegiatan yang dilakukan perawat selama melayani di unit keperawatan. Semakin banyak jumlah pasien yang dirawat, semakin tinggi pula beban kerja yang ditanggung, sehingga menuntut perawat untuk mampu memaksimalkan pendokumentasian di tengah keterbatasan waktu dan tenaga (Washilah et al., 2023). Beban kerja yang tinggi tanpa diimbangi dengan pengelolaan waktu yang baik dapat menyebabkan dokumentasi dilakukan secara terburu-buru sehingga menurunkan ketepatan dan kelengkapannya. Selain itu, tingkat rumah sakit tempat bekerja turut berperan, di mana perawat yang bekerja di rumah sakit rujukan komprehensif cenderung memiliki praktik pendokumentasian yang lebih baik dibandingkan perawat yang bekerja di rumah sakit primer, yang kemungkinan berkaitan dengan ketersediaan sumber daya dan sistem pendukung yang lebih memadai (Bolado et al., 2023).

Pada faktor sumber daya pendukung, kurangnya pemahaman terhadap standar operasional prosedur (SOP) pendokumentasian keperawatan merupakan faktor yang berhubungan erat dengan praktik pendokumentasian asuhan keperawatan (Ngozi et al., 2024). Hal ini diperkuat oleh temuan bahwa keikutsertaan dalam pelatihan (in-service training) berhubungan secara signifikan dengan praktik pendokumentasian, di mana perawat yang pernah mengikuti pelatihan tentang pendokumentasian cenderung memiliki praktik pendokumentasian yang lebih baik dibandingkan perawat yang belum pernah mengikuti pelatihan (Bolado et al., 2023). Dengan demikian, ketersediaan pelatihan penggunaan RME serta panduan atau SOP yang jelas menjadi elemen penting yang tidak

dapat dipisahkan dari upaya peningkatan ketepatan dokumentasi keperawatan berbasis elektronik

2.2.5 Dampak Ketidaktepatan RME

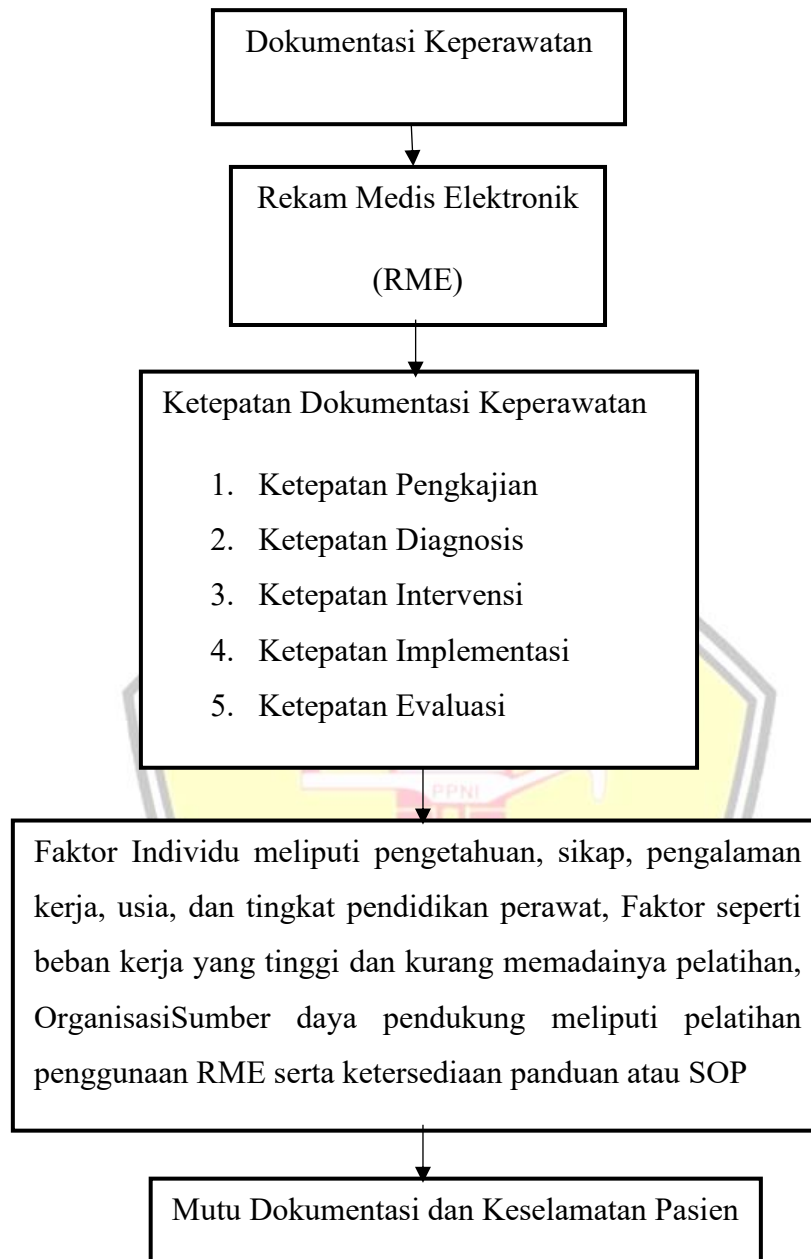
Rekam Medis Elektronik (RME) memberikan dampak terhadap ketepatan dan keakuratan dokumentasi keperawatan dalam pelayanan kesehatan. Sistem RME membantu tenaga kesehatan memperoleh informasi pasien secara lebih cepat, lengkap, dan terstruktur sehingga dapat mendukung pengambilan keputusan klinis yang lebih tepat. Dokumentasi elektronik juga mampu meningkatkan integritas dan ketepatan data pasien karena pencatatan dilakukan secara digital dan tersimpan secara sistematis. Selain itu, penerapan RME dapat mengurangi risiko kesalahan medis, meningkatkan komunikasi antar tenaga kesehatan, serta mendukung keselamatan pasien.

Penggunaan RME juga dapat menimbulkan dampak negatif apabila tidak didukung oleh kompetensi pengguna dan kualitas sistem yang baik. Kesalahan input data, ketidaklengkapan pengisian, gangguan sistem, serta kurangnya kemampuan tenaga kesehatan dalam menggunakan sistem elektronik dapat menyebabkan informasi yang dihasilkan menjadi tidak akurat. Kondisi tersebut berpotensi menurunkan kualitas dokumentasi, menghambat komunikasi pelayanan, dan meningkatkan risiko kesalahan dalam pemberian asuhan keperawatan. Oleh karena itu, ketepatan dokumentasi berbasis RME sangat dipengaruhi oleh kualitas sistem informasi, ketersediaan sarana prasarana, serta kemampuan tenaga kesehatan dalam melakukan pencatatan secara benar dan real time (Argentina et al., 2025).

Hal ini didukung oleh hasil tinjauan sistematis Firmansyah et al., (2025) yang menunjukkan bahwa penggunaan sistem dokumentasi keperawatan digital mampu meningkatkan akurasi pencatatan hingga 40% dan menghemat waktu dokumentasi hingga 30% dibandingkan metode manual, sekaligus menurunkan risiko kehilangan data pasien serta memperkuat koordinasi antar tenaga kesehatan melalui akses informasi secara real time



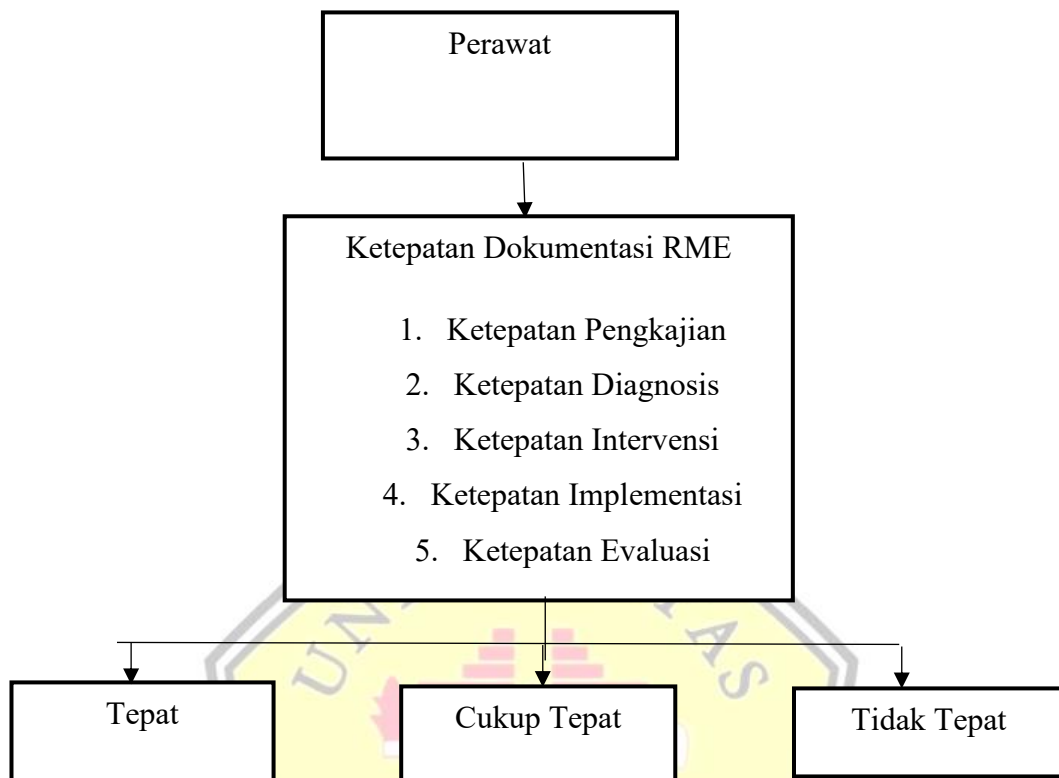
2.3 KERANGKA TEORI



Gambar 2.1 Kerangka Teori

(Istianah et al., 2025)

2.4 KERANGKA KONSEPTUAL



Keterangan :

1. Tepat **76% - 100%**
2. Cukup Tepat **50% - 75%**
3. Tidak Tepat **< 50%**

Gambar 2. 2 Kerangka Konseptual

(Dokuba et al., 2024)