

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Perkembangan teknologi informasi dan komunikasi (TIK) memberi peluang besar terhadap perubahan semua bidang, termasuk bidang kesehatan. Perkembangan tersebut berpengaruh terhadap peningkatan dalam pelayanan rumah sakit melalui sistem informasi rumah sakit (*Hospital Information System* atau *HIS*). Sistem informasi rumah sakit menjadi salah satu komponen penting dalam pengelolaan data di rumah sakit. Pengelolaan data secara manual, mempunyai banyak kelemahan, selain membutuhkan waktu yang lama, keakuratannya juga kurang dapat diterima, karena kemungkinan kesalahan sangat besar. Dengan dukungan teknologi informasi yang ada sekarang ini, pekerjaan pengelolaan data dengan cara manual dapat digantikan dengan suatu sistem informasi dengan menggunakan komputer. Selain lebih cepat dan mudah, pengelolaan data juga menjadi lebih akurat (Yusuf, 2013).

Sistem informasi rumah sakit (*SIRS*) terdiri dari subsistem seperti area pendaftaran, catatan medis, laboratorium klinis, farmasi, dan keuangan, sehingga membentuk pusat penyimpanan dan analisis catatan layanan kesehatan interdisiplin (Kozier, 2011). Kesemua subsistem tersebut akan saling berintegrasi dalam catatan medis atau lebih dikenal rekam medis elektronik. Rekam medis elektronik saat ini menjadi trend dan isu. Rekam medis elektronik termasuk salah satu kemajuan dibidang teknologi informasi yang bermanfaat bagi pelayanan kesehatan, baik rumah sakit maupun klinik kesehatan.

Pada PERMENKES NO. 269 tahun 2008 tentang Rekam Medis, pada bab II pasal 2 ayat 1 yang berisi bahwa “Rekam medik harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik”. Di peraturan menteri tersebut tidak membahas secara jelas tentang rekam medis elektronik, hanya saja perlu diperhatikan regulasi yang terkait dengan pelaksanaan rekam medis elektronik tersebut mengingat rekam medis elektronik memiliki kekuatan hukum dan akibat hukum yang sah. Sebelum diterbitkannya PERMENKES No. 269 tahun 2008, sudah ada Undang-undang tentang Informasi dan Transaksi Elektronik (ITE). Undang-undang ini telah mengakomodir bagaimana pelaksanaan teknis dan akibat-akibat dan kekuatan hukumnya, sehingga rekam medis elektronik sudah memiliki dasar hukum yang kuat (Yusuf, 2013).

Prinsipnya penggunaan rekam medis elektronik tidak berbeda jauh dengan rekam medis biasa atau manual. Letak perbedaannya terdapat pada penuangan isi rekam medis tersebut. Rekam medis manual dalam bentuk berkas, sedangkan rekam medis elektronik tersimpan dalam komputer dalam bentuk data, meskipun ada beberapa yang harus tetap dalam bentuk berkas yaitu data identitas, *informed consent*, ceklist informasi, form pemesanan darah PMI, surat persetujuan biaya, surat keterangan lahir.

Penggunaan rekam medis elektronik atau lebih dikenal *electronic record* selain untuk urusan administrasi pasien, juga layanan klinis dan layanan medis termasuk penunjang medis. Di unit perawatan *electronic record* banyak dimanfaatkan untuk pendokumentasian data klien yang digunakan dalam asuhan keperawatan. Pendokumentasian asuhan keperawatan yang lengkap dapat dijadikan acuan dalam menilai keberhasilan suatu proses keperawatan.

Pendokumentasian memiliki aspek penting terutama dalam meningkatkan mutu rumah sakit pada akreditasi. Pendokumentasian dapat dijadikan bukti tertulis yang diperlukan dikemudian hari. Karena itu dokumentasi yang lengkap menjadi tanggung jawab bersama seluruh tim pemberi pelayanan kesehatan dalam meningkatkan mutu rumah sakit.

Sejak tahun 2014 lalu RS X menerapkan sistem informasi digital untuk rekam medis pasien (disebut rekam medis elektronik). Dengan rekam medis elektronik, pendokumentasian beralih menggunakan komputer termasuk dokumentasi asuhan keperawatan. Penerapan rekam medis elektronik dengan sistem informasi digital memberi manfaat semua informasi terintegrasi secara *online* dan tercatat secara *real time*.

Hasil survey tim standar mutu akreditasi RS X tahun 2015 tentang kelengkapan dokumentasi keperawatan diperoleh data kelengkapan pengkajian awal pasien baru sudah diperoleh data 100% lengkap. Namun belum ada survey lanjutan yang berkenaan dengan proses keperawatan. Selanjutnya peneliti mengamati di unit perawatan 5B RS X. Unit perawatan 5B merupakan unit perawatan medikal bedah dengan kapasitas 36 tempat tidur. Model praktik keperawatan yang diterapkan adalah kerjasama tim, terdiri dari 3 tim (tim A, tim B1 dan tim B2), masing-masing tim terdiri dari ketua tim dan beranggotakan 1 atau 2 orang.

Berdasarkan pengamatan peneliti mengenai pendokumentasian asuhan keperawatan dengan menggunakan *elektronik record* di unit perawatan 5B ditemukan 2 dari 25 record klien dirawat lebih 24 jam belum ada diagnosa perawatan dan ditemukan 5 dari 25 record *Nursing Care Plan (NCP)* belum lengkap. Pada catatan keperawatan belum banyak didokumentasikan tindakan

keperawatan seperti tindakan mandiri, observasi, dan penyuluhan. Pencatatan lebih banyak tentang tindakan kolaborasi kepada tim kesehatan lain. Dokumentasi evaluasi (*Subjektif, Objektif, Assesmen dan Planning* disingkat S O A P) terkait masalah keperawatan masih sangat minim dan hampir 90% catatan perkembangan tak terdokumentasi dengan lengkap.

Berdasarkan wawancara dengan perawat pelaksana di unit perawatan 5B RS X mengenai kelengkapan pendokumentasian didapatkan data belum mencantumkan diagnosa keperawatan, catatan perawat atas tindakan keperawatan dengan alasan lupa karena sibuk dan repot, banyak pasien baru. Untuk pengisian dokumentasi *Nursing Care Plan (NCP)*, dokumentasi perkembangan yang tidak lengkap karena tidak tahu dan mengerti cara pengisiannya. Mengingat masih kurangnya tingkat kelengkapan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan pada rekam medis di unit perawatan lantai 5B dengan menggunakan *electronic record* yang sudah berjalan selama kurang 2 tahun. Maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Gambaran penerapan dokumentasi asuhan keperawatan dengan menggunakan *electronic health record (TrakCare)* di unit perawatan 5B RS X”.

B. Rumusan masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas maka permasalahan pada penelitian ini adalah “Bagaimana penerapan dokumentasi asuhan keperawatan dengan penggunaan *electronic health record (TrakCare)* di unit perawatan 5B Rumah Sakit X.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian diperoleh gambaran penerapan dokumentasi asuhan keperawatan dengan menggunakan *electronic health record (TrakCare)* di unit perawatan 5B RS X.

2. Tujuan khusus

Tujuan khusus penelitian ini diketahui :

- a. Gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan tahap pengkajian dengan menggunakan *electronic health record (TrakCare)* di unit perawatan 5B RS X.
- b. Gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan tahap diagnosa keperawatan dengan menggunakan *electronic health record (TrakCare)* di unit perawatan 5B RS X.
- c. Gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan tahap intervensi dengan menggunakan *electronic health record (TrakCare)* di unit perawatan 5B RS X.
- d. Gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan tahap implementasi dengan menggunakan *electronic health record (TrakCare)* di unit perawatan 5B RS X.
- e. Gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan tahap evaluasi dengan menggunakan *electronic health record (TrakCare)* di unit perawatan 5B RS X.

D. Manfaat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi manfaat bagi :

1. Rumah Sakit X

Sebagai masukan dalam mengevaluasi hasil pendokumentasian asuhan keperawatan sesuai standar dengan menggunakan *electronic record* yang merupakan indikator pelayanan keperawatan profesional dalam upaya meningkatkan mutu rumah sakit.

2. Penelitian

Dapat dimanfaatkan sebagai data dasar untuk melakukan penelitian lebih lanjut tentang dokumentasi asuhan keperawatan dengan *electronic record*.

3. Instansi pendidikan.

Bagi instansi pendidikan masukan dalam upaya meningkatkan mutu pendidikan yang berbasis praktek pelayanan asuhan keperawatan yang dikombinasikan dengan kemajuan teknologi.

E. Ruang lingkup

Penelitian ini diketahui lebih dalam tentang gambaran penerapan dokumentasi asuhan keperawatan dengan menggunakan *electronic health record (TrakCare)* di unit perawatan 5B Rumah Sakit X. Persiapan penelitian ini dilaksanakan sejak bulan Mei 2015 dan penelitian dilaksanakan pada bulan Oktober 2015- Januari 2016. Dengan peneliti sebagai subjek dan *record* klien sebagai objek penelitian. Pengumpulan data dilakukan dengan cara survey sesuai lembaran ceklist pada *record* klien melalui media komputer yang menggunakan sistem *TrakCare* di unit perawatan 5B Rumah Sakit X. Penelitian ini menggunakan metode kuantitatif dengan desain penelitian deskriptif