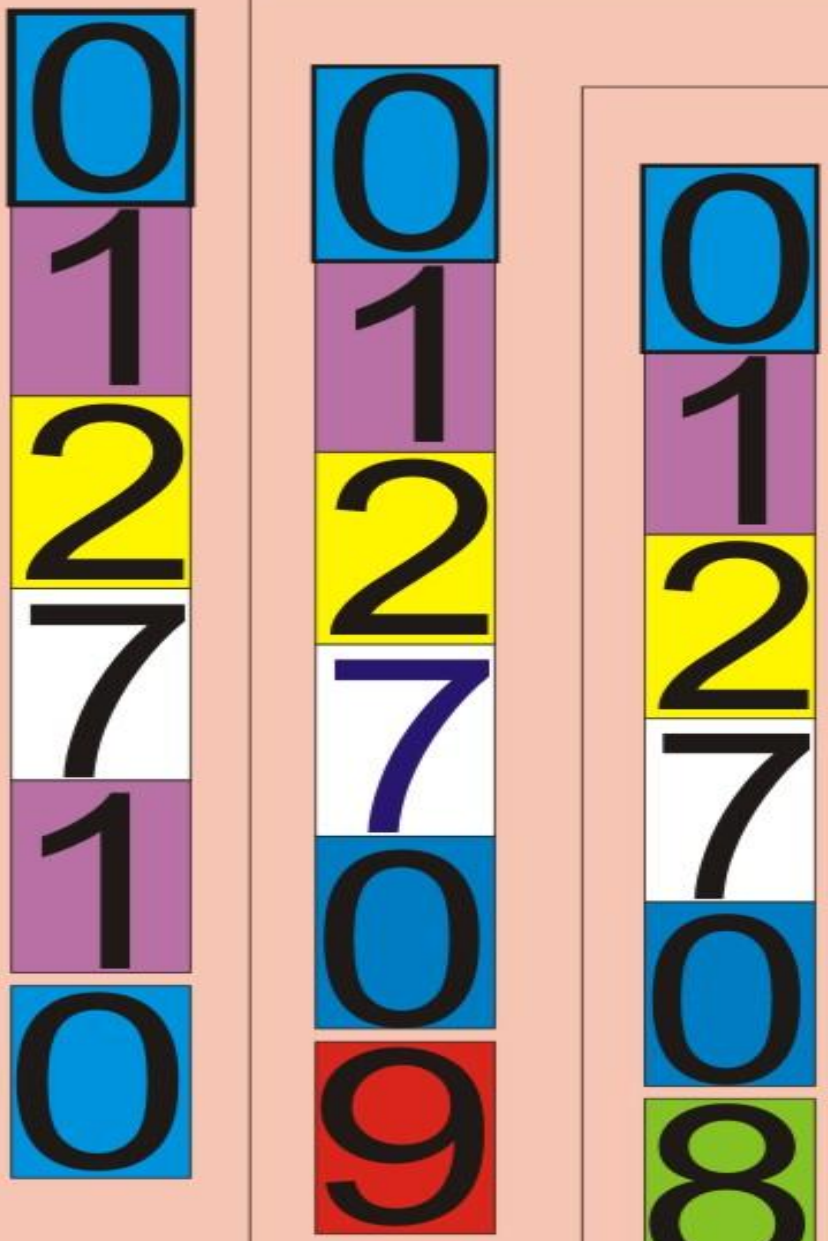


DOKUMENTASI & PELAPORAN

Oleh :
Novi Widyastuti Rahayu.,M.Kep.,Ns.,Sp.Kep.J

Tujuan Pembelajaran

- Mahasiswa mampu memahami tentang teknik dokumentasi dan pelaporan

1. Sejarah perkembangan komputer keperawatan
2. Implementasi sistem informasi keperawatan di RS
3. teknik dan bentuk pelaporan di RS

Dokumentasi

- Dokumentasi merupakan hal penting dalam pemberian pelayanan kesehatan -> Biaya perawatan, bukti yang legal

MPKP DI RUMAH SAKIT

RENCANA ASUHAN KEPERAWATAN
(Standar Renpra MPKP/GJK/Dx. Kep. 2/6)

Nama pasien : . . . . . . **No. Rekam Medik : . . . . . .**
Usia pasien : . . . . . . **Diagnosis Medik : . . . . . .**

Tgl.	Diagnosis	Tujuan	Tindakan Keperawatan	Ket.
	Intoleransi aktivitas bd: ☐ Ketidakseimbangan antara O_2 yang dipakai dan yang membutuhkan ☐ Kelemahan ☐ Bredrest yang lama ☐ Imobilitas **Data penunjang :** ☐ Kesadaran…… ☐ Aktivitas…… ☐ Mobilitas minimal/maksimal ☐ TD …../…..mmHg ☐ N……..x/mnt ☐ P……..x/mnt ☐ Kelemahan umum ☐ Kekuatan otot	Klien mampu beraktivitas **Kriteria evaluasi:** ☐Kesadaran hingga CM ☐Aktivitas meningkat hingga minimal ☐Mobilitas mandiri ☐Kekuatan otot maksimal ☐TTV: TD, N, P stabil pra- dan pasca-aktivitas	☐ Monitor tanda-tanda vital sebelum dan setelah melakukan aktivitas, terutama pada klien yang mendapat terapi vasodilator, diuretik, dan beta bloker ☐ Catat respons jantung dan paru terhadap aktivitas. Catat adanya takikardia, dispnea, diaporesis, disritmia, dan palor ☐ Monitor faktor penyebab kelelahan seperti nyeri, karena tindakan prosedur ☐ Evaluasi adanya perkembangan aktivitas yang tidak toleran terhadap klien ☐ Bantu klien melakukan aktivitas sesuai dengan toleransi klien. Dekatkan meja sehingga mudah dijangkau ☐ Pertahankan keseimbangan antara aktivitas dan istirahat ☐ Lakukan program rehabilitasi atau aktivitas secara bertahap sesuai kemampuan. ☐ Libatkan keluarga dalam intervensi ☐ Berikan O_2 sesuai program	

GJK : *Gagal Jantung Kongestif*

TTD Perawat Primer

( )

Resume Keperawatan

- Kolom nasihat diisi waktu klien akan pulang,dan identifikasi secara spesifik hal-hal yang perlu dilakukan klien di rumah.

LAMPIRAN 20

RSUP NASIONAL DR. CIPTO MANGUNKUSUMO
BIDANG PERAWATAN

RESUME PERAWATAN

NAMA : .....
UMUR : .....
JENIS : .....
PEKERJAAN : .....
AGAMA : .....
ALAMAT : .....
.....
.....

NO. REKAM. MEDIK : .....
RUANG RAWAT : .....
TGL. MASUK DIRAWAT : .....
TGL. KELUAR RS : .....

1. Masalah Perawatan pada saat pasien dirawat :
   .....
   .....
   .....

2. Tindakan Perawatan selama dirawat :
   .....
   .....
   .....

3. E v a l u a s i :
   .....
   .....
   .....

4. Nasehat pada waktu pasien pulang :
   .....
   .....
   .....

Kepala Ruang Rawat/PP
.....

NIP :

SEJARAH PERKEMBANGAN KOMPUTER KEPERAWATAN

Komputer keperawatan adalah aplikasi teknologi informasi dalam bidang keperawatan, yang meliputi pengumpulan, penyimpanan, pengolahan, dan penyajian data kesehatan pasien dan tenaga kesehatan

Sejarah Perkembangan Komputer Keperawatan

1. Akhir tahun 1960-an sampai 1970-an : digunakan untuk :
   a. menjelaskan status dan perawatan pasien
   b. menyimpan hasil sensus dan gambaran keperawatan ke depan
2. Pertengahan tahun 1970-an : perawat mulai menerapkan sistem informasi manajemen keperawatan
3. akhir tahun 1980-an : sistem mikro komputer yang semakin mendukung pengembangan sistem informasi keperawatan (SIK)

- Bagaimana dengan sekarang ??? khususnya di Indonesia....

Pengembangan Teknologi Informasi sudah diatur dalam UU RI No. 32 tahun 2009
pasal 42 tentang sistem informasi kesehatan

Implementasi sistem informasi RS (SIMRS)

- Di Indonesia implementasi SIMRS masih minimal, banyak RS dan Puskesmas yang masih menggunakan manual

Implementasi Sistem Informasi Keperawatan di Rumah Sakit

Proses asuhan keperawatan sudah dilakukan mulai dari zaman Florence Nightingale

Dokumentasi keperawatan menggunakan berstandar komputer baru dilakukan akhir abad ke 20

- Aplikasi sistem informasi keperawatan mulai tahun 2002 dikembangkan dan dilakukan oleh RS Fatmawati Jakarta pada tahun 2004 dan sebatas menentukan rencana keperawatan

- RSUD Banyumas : menerapkan sistem pendokumentasian NOC-NIC

Pelaporan

- Adalah salah satu komponen dari dokumentasi keperawatan.
- Memberikan ringkasan aktivitas atas pengamatan yang dilihat, dilakukan atau didengar.
- Informasi tentang klien dapat diketahui semua anggota tim

Tujuan Pelaporan

- Menyampaikan informasi spesifik pada seseorang ataupun sekolompok orang.
- Jenis Pelaporan bisa dilakukan secara:
  a. laporan lisan
  b. laporan tertulis
  c. laporan perekaman audiotape

Macam-macam Pelaporan

- laporan pergantian shif/timbang terima/operan
- laporan lewat telepon
- laporan intruksi telepon
- laporan pemindahan klien
- laporan kecelakaan
- laporan konferensi rencana asuhan

Laporan pergantian tugas/shif

- Adalah laporan yang diberikan kepada semua perawat pada shif berikutnya.
- Tujuan:

  Memberikan kontinuitas asuhan kepada klien dengan memberikan informasi perkembangan klien yang baru

Contoh singkat

1. Ny. Tholhah (42 thn) (5870049)

   Ca.Mammae post mastektomi / Dr.Nindi KU: baik, komposmentis. TD: 110/80, N: 100 x/mnt, RR: 20 x/mnt, T: 37 C. Keluhan: nyeri pada luka lengan atas sebelah kanan dengan skala 7. Masalah keperawatan: Nyeri, Resti infeksi dan gangguan integritas kulit. Rencana yg sudah dilakukan: monitor TTV, Relaksasi & distraksi, ganti balut, Injeksi Tramadol 1 ampul, Injeksi Cefotaxim 500 mg. Rencana yg belum dilakukan: Kaji tanda-tanda infeksi, Kaji luka dan kaji nyeri. Terapi: Tramadol 3x1 amp, Cefotaxim 2 x 500 mg, Infus NaCl 20 tts/mnt. Persiapan lain tidak ada.

ketika operan di depan klien:

- Perawat jangan menggunakan label seperti tidak kooperatif, sulit, atau buruk ketika menggambarkan perilaku tersebut.laporan yang baik adalah objektif dan tidak memberikan penilaian atas dasar prasangka.

Laporan lewat telepon

- Tenaga kesehatan sering melaporkan tentang perubahan kondisi klien melalui telepon. Misalnya :
  a. Perawat menginformasikan kepada dokter tentang kondisi klien
  b. Hasil pemeriksaan laboratorium

Ruang Senggigi RSUD PROV NTB

Perawat yang menerima laporan telepon harus mendokumentasikan :

a. Waktu (tanggal dan jam)
b. siapa yang menghubungi
c. Nama pemberi informasi
d. Informasi yang diterima
e. tanda tangan

Instruksi lewat Telepon

- Biasanya dilakukan di malam hari atau kondisi kedaruratan
- Instruksi telepon hanya digunakan ketika benar-benar diperlukan. Dokter memberikan instruksi tentang terapi kepada klien. Ex: Obat

Hal yang harus dicatat saat menerima instruksi telepon:

- Perawat menuliskan tanggal dan waktu
- Nama klien, nama perawat, dan dokter
- Catat instruksi dokter secara lengkap

Jika dokter terburu-buru:

- Gunakan pertanyaan klarifikasi ulang untuk menghindari kesalahpahaman
- Ulangi setiap instruksi yang disampaikan untuk didengar oleh dokter yang bersangkutan
- Laporan per telpon di perkuat dengan tanda tangan dokter dalam rentang waktu yang ditentukan (24 jam)

Ketika dokter memberikan instruksi :

- Tulis dan ulangi kembali instruksi kepada dokter untuk memastikan akurasi
- Tanyakan kepada dokter setiap instruksi yang ambigu, tidak lazim atau kontraindikasi dengan kondisi klien.

Lanjutan ....

- tuliskan instruksi pada lembar instruksi dokter, yang menunjukkan instruksi sebagai instruksi verbal (VO) atau instruksi telepon (TO)
- setelah instruksi dituliskan pada lembar dokter, instruksi harus ditanda tangani oleh dokter dalam periode waktu yang diatur oleh kebijakan instansi

Laporan Pemindahan Klien

- Laporan pemindahan klien mencakup komunikasi tentang informasi mengenai klien dari perawat pengirim ke perawat unit penerima
- Ketika pasien dipindahkan dari unit satu ke unit yang lainnya
- Laporan pemindahan klien dapat melalui telepon atau langsung pada orang yang bersangkutan.

Laporan pemindahan klien antara lain:

- Nama klien, usia, dokter primer, dan diagnosis medis.
- Ringkasan kemajuan medis sampai waktu pemindahan.
- Status kesehatan terakhir (fisik dan psikologis).
- Diagnose keperawatan terakhir atau masalah dan rencana keperawatan.
- Segala pengkajian atau intervensi penting yang harus segera dilakukan setelah pemindahan (membantu perawat penerima untuk menetapkan prioritas asuhan).
- Segala pertimbangan spesifik, seperti status isolasi atau status resusitasi.
- Kebutuhan peralatan khusus.

Laporan Kecelakaan

- Ketika terjadi kecelakaan, perawat yang terlibat dalam kecelakaan atau perawat yang menyaksikan kecelakaan harus mengisi laporan kecelakaan. Laporan harus dilengkapi meskipun cedera tidak terjadi atau tidak tampak.
- Tujuan : laporan kecelakaan dapat membantu mengidentifikasi kecenderungan resiko tinggi dalam asuhan keperawatan atau aktivitas keseharian unti yang membutuhkan perbaikan.

Contoh laporan kecelakaan

- Catatan akurat : klien ditemukan tergeletak di lantai, mengeluh nyeri pada panggul kirinya. Tampak rotasi eksternal dan pemendekan tungkai kiri. Diangkat kembali keatas tempat tidur dengan bantuan perawat. Tanda vital : TD, 142/88; Nadi, 90; Pernapasan, 22. Pagar tempat tidur dinaikkan, lampu pemanggil dalam jangkauan, diinstruksikan untuk tetap berada ditempat tidur. Dr. Smith dihubungi, diinstruksikan pemeriksaan rongent STAT.
- Catatan tidak akurat : klien terjatuh dari tempat tidur, mengeluhkan nyeri pada panggul kiri. Tampak rotasi eksternal dan pemendekan tungkai kiri. Dr.Smith dihubungi.

Laporan Konferensi Rencana Asuhan (Case Conference)

- Adalah pertemuan sekelompok perawat untuk mendiskusikan kemungkinan solusi terhadap masalah klien. Misalnya kemujuan klien kurang untuk mencapai tujuan.

Ronde Keperawatan

- Ronde Keperawatan : kasus baru/langka, belum teratasi
- Merupakan proses yang memberikan kesempatan kepada perawat untuk bertukar pikiran atau mengungkapkan ide antar perawat satu dengan yang lain, perawat dapat mengungkapkan kondisi pasien dan karakteristik keluarga pasien
- Tujuan: untuk meningkatkan dan mengembangkan ilmu kep. Dan mengatasi masalah keperawatan klien

Komunikasi efektif

- SBAR

  Saat melaporkan keadaan pasien, melaporkan hasil kritis, serah terima pasien, dengan prinsip SBAR (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*)

- Menerima instruksi verbal dengan prinsip TBAK (Tulis, Baca Kembali)

Terima Kasih

Wassalamu'alaikum….

ASPEK LEGAL PENDOKUMENTASIAN

Oleh :

Novi Widyastuti R, M.Kep., Ns.,Sp. Kep. J

Tujuan Pembelajaran:

- Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan tentang Pengertian legal dan dokumentasi
- Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan Aspek legal pendokumentasian keperawatan
- Mahasiswa mampu memahami dan menjelaskan tentang Standar akuntabilitas dalam pendokumentasian keperawatan

Defisini Dokumentasi

- Dokumentasi adalah suatu catatan atau rekaman yang dapat dibuktikan keabsahannya atau dapat dijadikan bukti dalam persoalan hukum.
- Proses pendokumentasian adalah rangkaian proses "action" dari mencatat atau merekam peristiwa dari suatu objek atau aktivitas pemberian jasa atau pelayanan yang dianggap berharga dan penting.

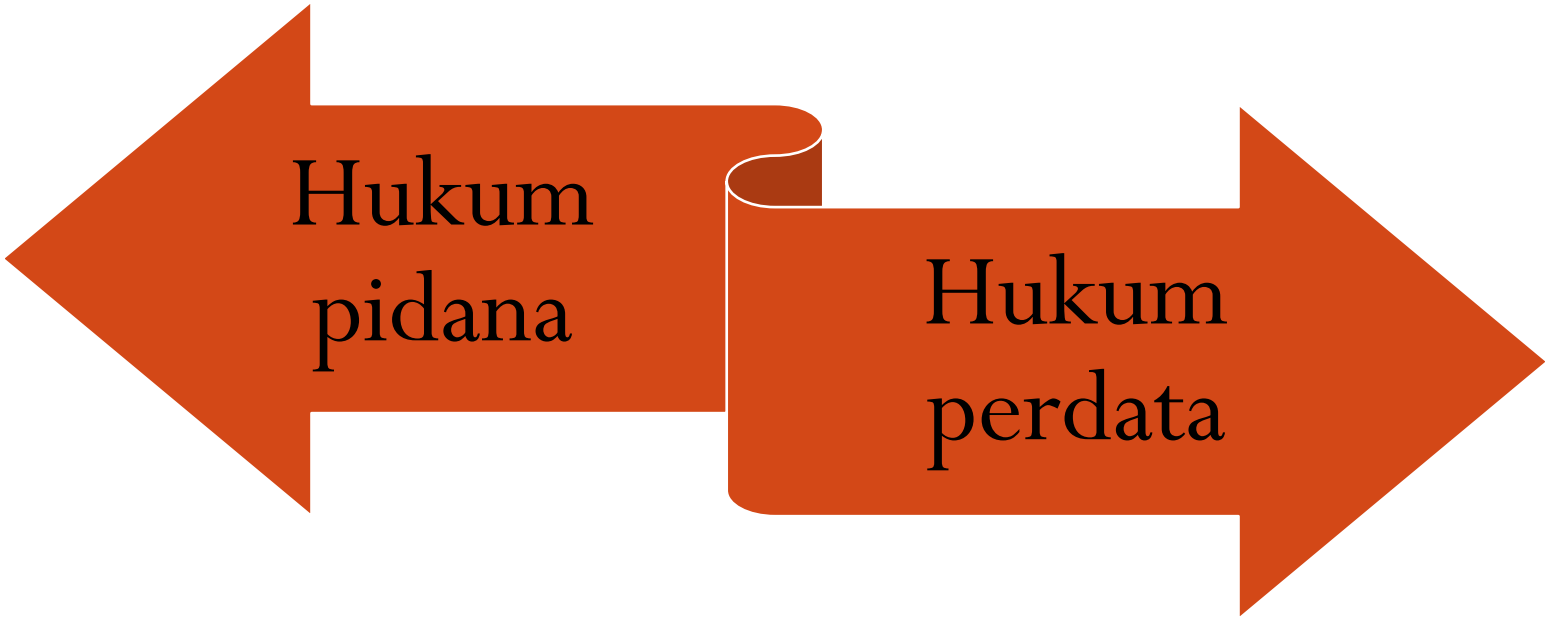
Dokumentasi keperawatan

- Bukti dari kegiatan pencatatan atau pelaporan yang mencakup kegiatan asuhan keperawatan
- Berkaitan dengan aktivitas pelaksanaan proses keperawatan kepada pasien/klien
- Berguna bagi kepentingan pasien, perawat dan mitra kerja

Aspek Legal Dokumentasi Keperawatan

- Aspek legal sering disebut dasar hukum praktik keperawatan yang mengacu pada hukum nasional yang berlaku di suatu negara yaitu dalam Undang undang RI No 23 tahun 1992 tentang kesehatan tercantum bahwa penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan dilakukan dengan pengobatan dan atau perawatan.
- Hukum adalah aturan tingkah laku yang ditetapkan dan diberlakukan oleh pemerintahan suatu masyarakat.

Aspek Legal dan Etik Dokumentasi Keperawatan



Aspek Legal dan Etik Dokumentasi Keperawatan

- Hukum pidana atau hukum publik adalah produk hukum yang mengatur hubungan individu dengan pemerintah, yang menggambarkan kekuasaan pemerintah yang berwenang (pemerintah terlibat langsung didalamnya).

- Hukum perdata atau hukum sipil/individu adalah produk hukum yang mengatur hubungan antar manusia/hak dan kewajiaban. Misalnya: kontrak, pemilikan harta, praktik keperawatan, pengobatan dll.

Dokumentasi keperawatan harus dapat diparcaya secara legal artinya:

Harus memberikan laporan yang akurat mengenai perawatan yang diterima klien.

Tappen,weiss,dan whitehead (2001) manyatakan bahwa dokumen dapat dipercaya apabila hal-hal sbb:

1. Dilakukan pada periode yang sama. Perawatan dilakukan pada waktu perawatan diberikan.
2. Akurat. Laporan yang akurat ditulis mengenai apa yang dilakukan oleh perawat dan bagian klien berespon.
3. Jujur.
4. Tepat.

Komponen-komponen yang termasuk dalam data yang legal

- Kondisi fisik, mental dan emosional.
- Pengkajian, observasi, status kesehatan, dan hasil laboratorium.
- Perilaku.
- Respon terhadap stimulus, perubahan visual dan pendengaran, respon verbal terhadap pertanyaan, respons terhadap lingkungan, dan perubahan perilaku.
- Asuhan keperawatan terapeutik.
- Perawatan yang rutin, kontrol nyeri, terapi darah, dan penggantian cairan intravena.
- Pengawasan asuhan keperawatan.
- Memonitor aktivitas motorik, tanda-tanda vital, status neurologi, kardiovaskuler, cairan dan nutrisi.
- Respon klien terhadap terapi.
- Keseimbangan cairan, konsumsi makanan, intake dan output, status sirkulasi dan pernapasan, serta edukasi dan nyeri.

Ada di asuhan keperawatan

STANDAR

- **Standar:** ukuran atau model thd suatu yg hampir sama. Model tsb mencakup kualitas, karakteristik, sarana dan kinerja yg diharapkan dlm suatau intervensi, pelayanan dan seluruh komponen yg terlibat.

Standar Akuntabilitas

- Standar akuntabilitas dalam pendokumentasian keperawatan adalah tanggung jawab perawat dalam mencatat asuhan keperawatan sesuai dengan standar profesional dan etika.

Standar akuntabilitas dalam pendokumentasian keperawatan

- **Komunikasi**: Perawat mendokumentasikan informasi klien secara akurat, relevan, dan komprehensif.
- **Akuntabilitas dan kewajiban**: Perawat mendokumentasikan asuhan keperawatan sesuai dengan standar profesional, etika, peraturan, dan kebijakan rumah sakit.
- **Keakuratan**: Perawat menulis laporan yang akurat mengenai apa yang dilakukannya dan bagaimana klien merespons.
- **Kelengkapan**: Perawat mencatat informasi tentang perawatan pasien secara lengkap.
- **Kesederhanaan**: Perawat menggunakan kata-kata yang sederhana, mudah dibaca, dan mudah dimengerti.
- **Jujur**: Perawat bertanggung jawab terhadap tindakan yang dilakukan.
- **Tepat**: perawat mencatat dan mendokumentasikan semua informasi yang relevan terkait perawatan pasien dengan akurat, jelas, lengkap, dan sesuai dengan standar yang berlaku. Ini mencakup informasi mengenai status kesehatan pasien, tindakan yang telah dilakukan, respon pasien terhadap tindakan tersebut, serta rencana perawatan yang akan dilanjutkan.

KESIMPULAN

- Dokumentasi keperawatan penting karena memiliki makna yang penting dilihat dari berbagai aspek seperti aspek hukum, kualitas pelayanan, komunikasi, keuangan, pendidikan, penelitian, dan akreditasi.

Terima
kasih