

Hariyadi-Buku

by Hariyadi Hariyadi



Submission date: 01-Jun-2020 09:00AM (UTC+0700)

Submission ID: 1335530635

File name: Dokumentasi_keperawatan_Watermark.pdf (1.49M)

Word count: 15351

Character count: 107716

**DOKUMENTASI KEPERAWATAN
PADA POLIKLINIK GIGI
(Kajian manual dan komputerisasi)**



UU No 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Pelindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- i. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- ii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- iii. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- iv. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf r untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

DOKUMENTASI KEPERAWATAN PADA POLIKLINIK GIGI

(Kajian manual dan komputerisasi)

Dewi Rosmalia, SKM, M.Kes
Hariyadi, M.Kom



deepublish
glorify and develop the intellectual of human's life

**DOKUMENTASI KEPERAWATAN PADA POLIKLINIK GIGI
(KAJIAN MANUAL DAN KOMPUTERISASI)**

Dewi Rosmalia & Hariyadi

Desain Cover :
Dwi Novidiantoko

Sumber :
www.freepik.com

Tata Letak :
Haris Ari Susanto

Proofreader :
Haris Ari Susanto

Ukuran :
vi, 75 hlm, Uk: 15.5x23 cm

ISBN :
No ISBN

Cetakan Pertama :
Bulan 2019

Hak Cipta 2019, Pada Penulis

Isi diluar tanggung jawab percetakan

Copyright © 2019 by Deepublish Publisher
All Right Reserved

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau
memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini
tanpa izin tertulis dari Penerbit.

PENERBIT DEEPUBLISH
(Grup Penerbitan CV BUDI UTAMA)
Anggota IKAPI (076/DIY/2012)

Jl.Rajawali, G. Elang 6, No 3, Drono, Sardonoharjo, Ngaglik, Sleman
Jl.Kaliurang Km.9,3 – Yogyakarta 55581
Telp/Faks: (0274) 4533427
Website: www.deepublish.co.id
www.penerbitdeepublish.com
E-mail: cs@deepublish.co.id

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis ucapkan kepada Allah Subhanahuwata'ala atas limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan buku yang berjudul "**Dokumentasi Keperawatan pada Poliklinik Gigi (Kajian Manual dan Komputerisasi)**". Dalam penulisan buku ini, penulis banyak mendapatkan dukungan dan motivasi. Untuk itu, penulis mengucapkan terima kasih kepada Orang tua, suami, dan anak-anak, serta semua pihak yang telah membantu, baik secara moril maupun materiil.

Kehadiran buku ini berperan penting dalam menjawab tantangan peran seorang perawat gigi dalam pelaksanaan tugasnya dan bukti legalitas kerja agar dapat dipertanggung jawabkan, baik dari sisi manajemen maupun dari hukum yang akan melindungi profesi kerja perawat gigi di poliklinik gigi.

Penulis menyadari bahwa penulisan buku ini tidak terlepas dari kesalahan yang akan muncul di kemudian hari. Oleh karena itu, kritik dan saran dari pembaca sangat diharapkan guna penyempurnaan penulisan di masa yang akan datang.

Bukit tinggi, 17 Agustus 2019

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vi
1. PENDAHULUAN	1
2. PENGERTIAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN	5
3. TUJUAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN	7
4. KOMPONEN DOKUMENTASI KEPERAWATAN	9
5. STANDAR DOKUMENTASI KEPERAWATAN	14
6. SISTEM MANAJEMEN DOKUMENTAS KEPERAWATAN	16
7. PROFESI PERAWAT GIGI	34
8. FUNGSI MANAJEMEN	36
9. PEMBAHASAN	38
10. DOKUMENTASI KEPERAWATAN DIGITAL	57
11. KELEBIHAN DAN KEKURANGAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN BERBASIS KOMPUTER	59
12. PERANGKAT KERAS DAN PERANGKAT LUNAK	62
13. PERSIAPAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN BERBASIS TEKNOLOGI KOMPUTER PENDOKUMENTASIAN	65
14. PROGRAM-PROGRAM YANG DIRANGANG DALAM SISTEM INFORMASI MANAGER (SIM) KEPERAWATAN	66
15. PENERAPAN KOMPUTERISASI DALAM DOKUMENTASI KEPERAWATAN	70
DAFTAR PUSTAKA	72
TENTANG PENULIS	75

1. PENDAHULUAN

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 52 menyatakan bahwa setiap rumah sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan tentang semua kegiatan penyelenggaraan kegiatan rumah sakit dalam bentuk sistem informasi manajemen berupa pencatatan, penyimpanan, pelaporan dan pemusnahan yang dilakukan dalam waktu tertentu sesuai peraturan perundang-undangan.

Rumah sakit dalam pengelolaannya mempunyai pilar yang saling terkait satu sama lain yaitu, inti dari suatu lembaga adalah administrasi, inti administrasi adalah manajemen berupa perencanaan untuk setiap kegiatan serta disiplin dari pelakunya, inti manajemen adalah *leadership*, siapapun yang menjadi pemimpin harus bertanggung jawab atas kepemimpinannya sehingga menghasilkan prestasi individu, kelompok dan organisasi, sedangkan inti kesuksesan adalah kepemimpinan diri. Teori menyatakan **tulis apa yang ingin dilakukan, lakukan apa yang telah ditulis dan tulis apa yang telah dilakukan.**

Pelayanan yang diselenggarakan rumah sakit ada dua jenis yaitu pelayanan kesehatan dan pelayanan administratif. Pelayanan kesehatan mencakup pelayanan medis, penunjang medis, rehabilitasi medis dan perawatan, pelayanan unit gawat darurat, rawat jalan dan rawat inap. Pelayanan unit rawat jalan salah satunya adalah poliklinik gigi berupa pelayanan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif serta tindakan administratif berupa dokumentasi keperawatan yang berisi catatan keperawatan sebagai bukti pelaksanaan proses keperawatan dan catatan tanggapan/respon klien terhadap tindakan medis dan tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan.

Bagian integral pelayanan adalah sistem informasi manajemen rumah sakit yang berperan penting dalam meningkatkan mutu pelayanan berupa aspek administratif, hukum, keuangan, riset, edukasi serta dokumentasi. Dokumen digunakan sebagai bukti tertulis yang memiliki nilai hukum dan disimpan dalam jangka waktu tertentu sebagai sumber keterangan, penyelidikan ilmiah, alat bantu bukti

keabsahan suatu kegiatan. Kegiatan dokumentasi berupa menghimpun, mengolah, menganalisis dan menyimpan yang dijadikan sebagai informasi yang cukup penting tentang suatu kegiatan dan diperlukan untuk membuat rencana program kerja untuk perkembangan organisasi.

Tujuan dokumentasi keperawatan adalah menghindari kesalahan, tumpang tindih dan ketidak lengkapan informasi keperawatan, terbinanya koordinasi yang baik dan dinamis, meningkatkan efisiensi dan efektifitas tenaga keperawatan, menjamin kualitas keperawatan, melindungi perawat dari keadaan yang memerlukan penanganan hukum serta melindungi klien dari tindakan mal praktik. Komponen dokumentasi keperawatan mencakup aspek keterampilan berkomunikasi, mendokumentasikan proses keperawatan dan standar keperawatan. Dalam penerapannya dokumentasi terdiri dari tiga aspek standar yaitu standar tanggung jawab individu perawat profesional, standar tanggung jawab profesi dan standar pelayanan kesehatan.

Keberhasilan jaminan mutu rumah sakit salah satu kuncinya adalah dengan pemanfaatan data dan dokumentasi yang bersifat kualitatif dan kuantitatif menjadi informasi dan digunakan sebagai petunjuk dalam pengambilan keputusan yang dilaksanakan secara internal oleh profesi kesehatan dalam organisasi rumah sakit.

Profesi pemberi pelayanan kesehatan pada unit rawat jalan poliklinik gigi adalah dokter gigi dan perawat gigi. Menurut Permenkes nomor 58 tahun 2012 perawat gigi adalah setiap orang yang telah lulus pendidikan perawat gigi ditandai dengan kemampuan yang didukung pengetahuan teoritis keperawatan gigi, terdidik dan terlatih sesuai ketentuan perundang-undangan berwenang menyelenggarakan pekerjaan keperawatan gigi sesuai bidang keahlian dan standar profesi yang diatur oleh organisasi profesi yaitu Persatuan Terapis Gigi dan Mulut Indonesia (PTGMI) sebagai pedoman dalam menjalani profesi dengan tujuan memberikan pelayanan asuhan kesehatan gigi sesuai tugas, fungsi, wewenang serta memberikan perlindungan kepada perawat gigi dari tuntutan hukum

sebagai batasan aktivitas kode etik dan memberikan perlindungan kepada masyarakat dari mal praktik perawat gigi. Salah satu kompetensi keahlian perawat gigi adalah dokumentasi keperawatan dengan kompetensi dasar mengidentifikasi kelengkapan dan melaporkan dokumentasi keperawatan.

Peranan pimpinan instansi dalam penyelenggaraan dokumentasi untuk perbaikan mutu adalah perbaikan kinerja untuk melayani customer dengan mengikuti standar, karena tanpa standar yang baik instansi pelayanan tidak akan memberikan pelayanan yang memuaskan, perbaikan sistem, proses serta mekanisme umpan balik, penghargaan, prestasi dan komunikasi yang baik, selain itu pimpinan instansi pelayanan membuat keputusan dan kebijakan untuk merencanakan dan memerintahkan pelaksanaan kegiatan agar sesuai standar. Penyelenggaraan proses keperawatan terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi, semua tindakan harus didokumentasikan dengan lengkap sebagai bukti penyelenggaraan proses keperawatan, adanya dokumentasi proses keperawatan dan penempatan pelaporan sebagai bagian penting dalam membangun keselamatan pasien, sistem pelaporan yang ideal (tepat waktu dan berorientasi sistem) hasilnya dimanfaatkan sebagai pembelajaran, menentukan skala prioritas pemecahan masalah, monitoring dan evaluasi program. Dengan data klinis yang lengkap dan berkualitas dapat meningkatkan mutu layanan kesehatan. Keengganan klinisi untuk menulis secara lengkap setiap proses penatalaksanaan medis merupakan kendala yang dihadapi.

Keterampilan berkomunikasi untuk pengumpulan data dan menciptakan hubungan baik antara perawat dan klien untuk mendapatkan informasi akurat dan optimal serta membentuk hubungan harmonis antara perawat dan klien yang merupakan bagian terbesar dalam pemecahan masalah klien. Keterampilan berkomunikasi diiringi dokumentasi proses keperawatan yang merupakan metode pemecahan masalah yang bersifat sistematis dan dilaksanakan sesuai kaidah keperawatan yang terdiri dari dokumentasi pengkajian, dokumentasi perencanaan, dokumentasi

tindakan dan dokumentasi evaluasi keperawatan. Standar dokumentasi dapat memberi informasi pernyataan kualitas dan kuantitas dokumentasi untuk memperkuat pola pendokumentasian keperawatan.

Hal yang ditemukan di lapangan bahwa keterampilan berkomunikasi tidak terlaksana dengan optimal, pendokumentasian proses keperawatan tidak diisi lengkap, dalam kartu status pasien hanya tercantum diagnosa, tindakan, pelaksana dan tanggal pelaksanaan tindakan, kadang kala walau klien sudah pulang tetapi status register klien tidak langsung diisi dengan alasan klien hanya diberikan premedikasi, tetapi seharusnya apapun permasalahan klien harus diisikan segera ke dalam status klien. Pelaksanaan pelaporan bulanan dan triwulan berjalan sesuai jadwal, status klien dikembalikan ke bagian rekam medis setiap hari, pengisian dokumentasi keperawatan gigi dilaksanakan sesuai kebiasaan, jika ada tugas limbah dari dokter gigi tidak ada dokumentasi tertulis.

Mengingat pentingnya pelaksanaan dokumentasi keperawatan dikaitkan dengan Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 52 menyatakan bahwa setiap rumah sakit wajib melakukan pencatatan dan pelaporan semua penyelenggaraan kegiatan dalam bentuk sistem informasi manajemen berupa pencatatan, seharusnya permasalahan penyelenggaraan dokumentasi dapat diatasi karena standar dokumentasi keperawatan sudah ada, sehingga perlu upaya manajemen dalam mengatasi permasalahan penyelenggaraan dokumentasi agar dokumentasi keperawatan gigi sesuai dengan standar dokumentasi keperawatan.

2. PENGERTIAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Dokumen berasal dari Bahasa Belanda "*document*" yang digunakan sebagai bukti tertulis yang memiliki nilai hukum untuk sumber keterangan, penyelidikan ilmiah, alat bantu bukti keabsahan kegiatan dan disimpan dalam jangka waktu tertentu. Kegiatan dokumentasi berupa menghimpun, mengolah, menganalisis dan menyimpan dijadikan sebagai informasi penting suatu kegiatan dan diperlukan untuk membuat rencana program kerja untuk perkembangan suatu organisasi atau pekerjaan tertentu yang disimpan secara sistematis. Ketepatan dokumentasi merupakan kegiatan penting dan mendasar untuk mencapai kualitas organisasi yang secara khusus diidentifikasi dalam kebijakan kualitas yang terdokumentasi, prosedur menjelaskan bagaimana kegiatan direncanakan dan dilaksanakan untuk mencapai tujuan, evaluasi tinjauan manajemen, dokumentasi yang tepat disertai dengan rekaman dan data lengkap.

Pedoman kualitas dokumentasi terdiri dari tiga tingkatan, yaitu: 1). Menjelaskan kebijakan dan sasaran; 2). Menjelaskan kegiatan yang dilakukan, metode dan penanggung jawab; 3). Menjelaskan secara rinci bagaimana melaksanakan tugas dan memberi bukti tentang pelaksanaan tugas tersebut. Dokumentasi keperawatan menurut Fisbach (1991) adalah dokumen penting sebagai bukti pelaksanaan tindakan keperawatan yang berisi data lengkap, nyata dan tercatat tentang kualitas dan kuantitas pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan klien yang mencakup bio-psiko-spiritual komprehensif yang diarahkan untuk pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan dan evaluasi keperawatan dan tersusun secara teratur dan sistematis yang dimasukkan kedalam format tertentu dan dapat dipertanggung jawabkan secara hukum.

Perawat harus mendokumentasikan pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan, makin banyak keputusan yang dibuat perawat, makin banyak pencatatan dan pelaporan yang harus disampaikan untuk mendukung tindakan keperawatan yang

telah dilakukan. Dengan pencatatan dan pelaporan yang efektif dan efisien dapat meningkatkan mutu pelayanan.



3. TUJUAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Dokumentasi keperawatan menurut Zaidin (2009) bertujuan untuk:

1. Menghindari kesalahan, tumpang tindih dan ketidak lengkapan informasi asuhan keperawatan.
2. Terbinanya koordinasi yang baik dan dinamis antar sesama atau dengan pihak lain.
3. Meningkatkan efisiensi dan efektifitas tenaga keperawatan.
4. Terjaminnya kualitas asuhan keperawatan.
5. Terlindunginya perawat dari keadaan yang memerlukan penanganan secara hukum.
6. Tersedianya data untuk melindungi klien dari tindakan mal praktek.

Sebagai dokumen rahasia yang mencatat pelayanan keperawatan klien, dokumentasi keperawatan diartikan sebagai catatan bisnis dan hukum yang bertujuan mengidentifikasi status kesehatan klien dalam rangka mendokumentasikan kebutuhan klien, merencanakan, melaksanakan asuhan keperawatan, evaluasi Intervensi. Selain itu dokumentasi dapat digunakan untuk penelitian, keuangan, hukum dan etika yang menyediakan bukti kualitas asuhan keperawatan, bukti legal dokumentasi sebagai pertanggung jawaban kepada klien, intervensi terhadap perlindungan individu, bukti aplikasi standar praktik keperawatan, sumber informasi statistik untuk standar dan riset keperawatan, sumber informasi untuk data yang harus dimasukkan, komunikasi konsep risiko asuhan keperawatan, persepsi hak klien, dokumentasi untuk tenaga profesional, tanggung jawab etika dan menjaga kerahasiaan informasi klien, serta data perencanaan pelayanan kesehatan di masa yang akan datang.

Dokumentasi keperawatan mempunyai makna penting dilihat dari berbagai aspek, yaitu:

1. Aspek hukum. Catatan informasi tentang klien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum, bila terjadi masalah yang berhubungan dengan profesi perawat sebagai pemberi jasa

dan klien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi dapat dijadikan barang bukti di pengadilan. Oleh karena itu data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas, objektif dan ditandatangani oleh perawat, cantumkan tanggal dan hindari penulisan yang dapat menimbulkan interpretasi yang salah.

2. Kualitas mutu pelayanan. Dokumentasi data klien yang lengkap dan akurat akan memberi kemudahan untuk mengetahui, mengatasi, identifikasi dan monitor masalah klien.
3. Komunikasi. Dokumentasi merupakan alat perekam yang berkaitan dengan klien, profesi kesehatan lain dapat melihat dokumentasi yang ada serta pedoman pelayanan asuhan keperawatan.
4. Keuangan. Asuhan keperawatan yang belum, sedang dan telah diberikan didokumentasikan dengan lengkap sebagai acuan atau pertimbangan biaya perawatan klien.
5. Pendidikan. Isi dokumentasi menyangkut kronologis kegiatan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, tindakan dan evaluasi keperawatan yang tersusun secara teratur dan sistematis yang dimasukkan kedalam format tertentu dan dipergunakan sebagai referensi pembelajaran.
6. Penelitian. Data yang terdapat didalamnya mengandung informasi yang dapat dijadikan sebagai objek riset dan pengembangan profesi.
7. Akreditasi. Melalui dokumentasi keperawatan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien guna pembinaan dan pengembangan lebih lanjut. Hal ini bermanfaat bagi peningkatan kualitas pelayanan dan individu perawat dalam mencapai tingkat kepangkatan yang lebih tinggi.

4. KOMPONEN DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Komponen model dokumentasi keperawatan menurut Fisbach (1991) membentuk suatu sistem yang terdiri dari tiga komponen yang tidak terpisahkan dan sangat bermanfaat dalam memperoleh data yang relevan, efektif dan efisien yaitu keterampilan komunikasi, keterampilan mendokumentasikan proses keperawatan dan standar keperawatan seperti terlihat pada gambar 1 di bawah:

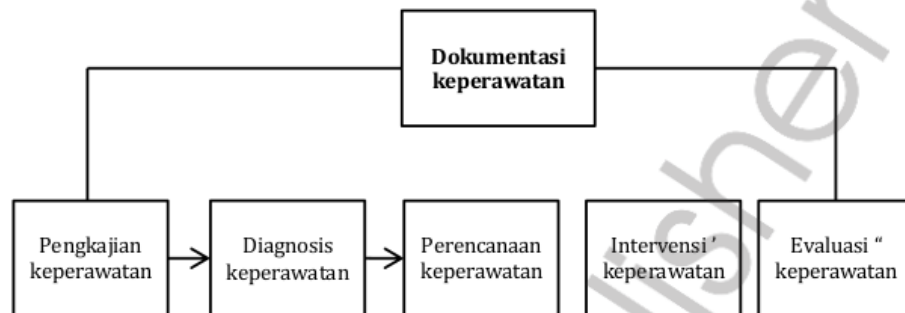


Gambar 1. Komponen dokumentasi keperawatan

Sumber: Dasar-Dasar Dokumentasi Keperawatan, Zaidin (2009)

1. **Keterampilan berkomunikasi.** Dalam pengumpulan data dan penciptaan hubungan baik antar perawat dan klien perlu keterampilan berkomunikasi yang baik, sehingga informasi akurat dapat digali dengan optimal dan akan membentuk hubungan harmonis antara perawat dan klien yang merupakan bagian terbesar dalam pemecahan masalah klien.
2. **Dokumentasikan proses keperawatan.** Proses keperawatan merupakan metode pemecahan masalah klien yang sistematis dan dilaksanakan sesuai kaidah keperawatan, dengan mengikuti tahapan proses keperawatan yang terdiri dari dokumentasi pengkajian keperawatan, dokumentasi diagnosis keperawatan, dokumentasi perencanaan keperawatan, dokumentasi tindakan keperawatan dan dokumentasi evaluasi keperawatan.

Proses dokumentasi keperawatan dapat dilihat pada gambar 2 di bawah:



Gambar 2. Proses Dokumentasi Keperawatan

Sumber: Dasar-Dasar Dokumentasi Keperawatan, Zaidin (2009)

- Standar dokumentasi. Standar dokumentasi memberikan informasi berupa pernyataan kualitas dan kuantitas dokumentasi. Perawat memerlukan standar dokumentasi untuk memperkuat pola pendokumentasian untuk pedoman praktik pendokumentasian dalam memberikan asuhan keperawatan, ditujukan pada keterampilan menulis sesuai dengan standar dokumentasi yang konsisten, pola yang efektif, lengkap dan akurat.

Komponen dokumentasi proses keperawatan dapat dilihat pada Tabel 1 dibawah:

Tabel 1 Komponen Dokumentasi Proses Keperawatan

No	Tahapan Keperawatan	Komponen	Hal yang Harus diperhatikan	Kemampuan Perawat
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	Pengkajian. Mengumpulkan dan mengorganisasikan data dari hasil wawancara, inspeksi, observasi langsung	Catat data yang telah dikumpulkan tentang tanda vital, pemeriksaan fisik, observasi, tanda khusus, riwayat kesehatan	Semua data didokumentasikan pada status untuk kemudahan komunikasi antar tim kesehatan dalam menentukan kebutuhan dan membuat rencana keperawatan klien	Mengidentifikasi kebutuhan dasar manusia dan hal yang berkaitan dengan status kesehatan klien, terampil berkomunikasi dengan baik dan benar serta pemeriksaan

No	Tahapan Keperawatan	Komponen	Hal yang Harus diperhatikan	Kemampuan Perawat
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
				fisik klien
2	Diagnosis keperawatan. Menggambarkan masalah klien berdasarkan hasil pengkajian data	Dokumentasikan daftar diagnosis keperawatan	Dokumentasikan dan identifikasikan masalah yang berpengaruh pada kesehatan klien	Identifikasi masalah, penyebab dan gejala masalah, rumuskan karakteristik diagnosis, susun urutan prioritas masalah, identifikasi hubungan sebab akibat dari komponen diagnosis keperawatan
3	Rencana keperawatan, menentukan prioritas tujuan, kemungkinan pemecahan, metode pendekatan pemecahan masalah	Catat kerangka tujuan, pendekatan yang dilakukan untuk setiap masalah	Rencana alternatif diperlukan untuk memecahkan masalah klien, tentukan pendekatan yang akan dilakukan untuk pemecahan masalah	Pahami ruang lingkup praktik keperawatan sebagai dasar penyusunan perencanaan keperawatan, pahami kompetensi pelaksana asuhan keperawatan, ambil putusan untuk memecahkan masalah, kemampuan memprediksi kesehatan klien pada masa datang
4	Intervensi aktivitas Perawat	Dokumentasikan tindakan perawat untuk	Fokus pada pencapaian tujuan dan intervensi	Penuhi kebutuhan dasar klien, kuasai

No	Tahapan Keperawatan	Komponen	Hal yang Harus diperhatikan	Kemampuan Perawat
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
		mencegah komplikasi dan meningkatkan status kesehatan klien, penyuluhan, pengobatan, prosedur khusus dan pemeriksaan diagnostik	melibatkan klien dan keluarga dengan batas waktu yang telah ditetapkan, dokumentasikan secara sistematis tahap demi tahap dari intervensi yang diberikan	teknik keperawatan berhubungan dengan kebutuhan klien, kuasai teknik penunjang observasi klinik seperti penyuluhan, laksanakan etika keperawatan pada setiap tindakan keperawatan dengan memperhatikan norma yang berlaku
	Evaluasi, memeriksa kembali hasil pengkajian dan intervensi awal untuk mengidentifikasi masalah, rencana dan strategi keperawatan	Modifikasi tujuan, kesimpulan akhir didasarkan pada pengkajian awal, catatan perkembangan serta data terbaru klien	Evaluasi menghasilkan data yang baru dibandingkan dengan informasi awal dan keputusan yang telah dibuat	Bandingkan hasil tindakan proses keperawatan dengan standar yang harus dilakukan untuk menilai perkembangan klien, modifikasi rencana dan tindakan sesuai hasil penilaian

Tabel 1 Komponen Dokumentasi Proses Keperawatan

No (1)	Tahapan Keperawatan (2)	Komponen (3)	Hal yang Harus diperhatikan (4)	Kemampuan Perawat (5)
1	Pengkajian. Mengumpulkan dan mengorganisasikan data dari hasil wawancara, inspeksi, observasi langsung	Catat data yang telah dikumpulkan tentang tanda vital, pemeriksaan fisik, observasi, tanda khusus, riwayat kesehatan	Semua data didokumentasikan pada status untuk memudahkan komunikasi antar tim kesehatan dalam menentukan kebutuhan dan membuat rencana keperawatan klien	Mengidentifikasi kebutuhan dasar manusia dan hal yang berkaitan dengan status kesehatan klien, trampil berkomunikasi dengan baik dan benar serta pemeriksaan fisik klien
2	Diagnosis keperawatan. Mengamarkan masalah berdasarkan hasil pengkajian data	Dokumentasikan daftar diagnosis keperawatan	Dokumentasikan dan identifikasikan masalah yang berpengaruh pada kesehatan klien	Identifikasi masalah, penyebab dan gejala masalah, rumuskan karakteristik diagnosis, susun urutan prioritas masalah, identifikasi hubungan sebab akibat dari komponen diagnosis keperawatan
3	Rencana keperawatan, menentukan prioritas tujuan, kemungkinan pemecahan, metode pendekatan pemecahan masalah	Catat kerangka tujuan, pendekatan yang dilakukan untuk setiap masalah	Rencana alternatif diperlukan untuk memecahkan masalah klien, tentukan pendekatan yang akan dilakukan untuk pemecahan masalah	Pahami ruang lingkup praktek keperawatan sebagai dasar penyusunan perencanaan keperawatan, pahami kompetensi pelaksana asuhan keperawatan, ambil putusan untuk memecahkan masalah, kemampuan memprediksi kesehatan klien pada masa datang
4	Intervensi/aktivitas Perawat	Dokumentasikan tindakan perawat untuk mencegah komplikasi dan meningkatkan status kesehatan klien, penyuluhan, pengobatan, prosedur khusus dan pemeriksaan diagnostik	Fokus pada pencapaian tujuan dan intervensi melibatkan klien dan keluarga dengan batas waktu yang telah ditetapkan, dokumentasikan secara sistematis tahap demi tahap dari intervensi yang diberikan	Penuhi kebutuhan dasar klien, kuasai teknik keperawatan berhubungan dengan kebutuhan klien, kuasai teknik penunjang observasi klinik seperti penyuluhan, laksanakan etika keperawatan pada setiap tindakan keperawatan dengan memperhatikan norma yang berlaku
	Evaluasi, memeriksa kembali hasil pengkajian dan intervensi awal mengidentifikasi masalah, rencana dan strategi keperawatan	Modifikasi tujuan, kesimpulan akhir didasarkan pada pengkajian awal, catatan perkembangan serta data terbaru klien	Evaluasi menghasilkan data yang baru dibandingkan dengan informasi awal dan keputusan yang telah dibuat	Bandingkan hasil tindakan proses keperawatan dengan standar yang harus dilakukan untuk menilai perkembangan klien, modifikasi rencana dan tindakan sesuai hasil penilaian

5. STANDAR DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Perawat memerlukan standar dokumentasi untuk memperkuat pola pendokumentasian dan pedoman praktik pendokumentasian dalam asuhan keperawatan. Kemampuan perawat dalam pendokumentasian ditujukan pada keterampilan menulis sesuai standar dokumentasi yang konsisten, pola yang efektif dan akurat. Contoh penggunaan pola standar dokumentasi yang efektif:

1. Kepatuhan terhadap aturan pendokumentasian yang ditetapkan profesi atau pemerintah. Pendokumentasian menyediakan pedoman penggunaan singkatan, tanda tangan, metode jika ada kesalahan dan peraturan jika data terlambat masuk. Pengukuran keamanan, intervensi keperawatan khusus seperti catatan kejadian perlukan kepada klien dan instruksi dokter harus mencerminkan peraturan dan prosedur pendokumentasian yang berlaku.
2. Standar profesi keperawatan dituliskan kedalam catatan kesehatan, data yang ada menjabarkan apa yang dilakukan perawat, perawat punya kewenangan untuk merumuskan diagnosis keperawatan dan intervensi keperawatan yang sesuai dengan respon klien terhadap masalah kesehatan yang aktual. Pendokumentasian yang ada menunjukkan bahwa perawat mempunyai keterampilan dalam memberikan asuhan keperawatan secara professional dan mempunyai otoritas dalam diagnosa medis.
3. Peraturan praktik keperawatan dapat dilihat pada catatan pelayanan kesehatan, data yang tertulis menunjukkan kegiatan perawat yang independen dan interdependen. Diagnosis keperawatan tidak mempunyai izin secara khusus untuk mendiagnosis masalah medis, pada dokumentasi keperawatan terdapat diagnosis keperawatan.
4. Pedoman akreditasi harus diikuti, penekanan khusus dilakukan pada kegiatan observasi dan evaluasi, tahap pada proses keperawatan adalah menuliskan setiap data klien saat mulai masuk sampai keluar unit pelayanan.

Dokumentasi keperawatan merupakan dokumen legal profesi keperawatan, dalam pelaksanaannya dalam komisi gabungan akreditasi organisasi pelayanan kesehatan merekomendasikan standar dokumentasi keperawatan yang meliputi:

1. Pengkajian awal dan pengkajian ulang
2. Diagnosis keperawatan dan kebutuhan asuhan keperawatan
3. Rencana tindakan asuhan keperawatan
4. Tindakan asuhan keperawatan yang diberikan atas respon klien.
5. Hasil dari asuhan keperawatan dan kemampuan untuk tindak lanjut asuhan keperawatan setelah klien dipulangkan.

Panduan legal pendokumentasian menurut Potter dan Perry (1998):

1. Jangan hapus tulisan yang salah, tetapi cukup digaris dan diganti dengan tulisan yang benar, kemudian di paraf.
2. Dalam catatan hanya ditulis uraian objektif perilaku klien dan tindakan yang dilakukan oleh tenaga keperawatan atau tenaga kesehatan lainnya.
3. Koreksi masalah sesegera mungkin karena kesalahan menulis catatan berakibat pada kesalahan memberi tindakan.
4. Isi catatan merupakan fakta yang akurat dan dapat diandalkan, jangan lakukan rekayasa/ penafsiran pribadi.
5. Jangan biarkan bagian kosong dapat diisi orang lain dengan informasi yang tidak benar dengan cara memberi garis horizontal dan di paraf.
6. Tulisan harus jelas dengan menggunakan sarana yang tidak mudah dihapus (misalnya tinta).
7. Jika ada instruksi dokter yang tidak jelas (tugas limpah) segera diklasifikasi.
8. Tulis untuk diri sendiri, bukan untuk orang lain karena tanggung jawabnya terletak pada diri sendiri.
9. Tulis informasi yang spesifik, lengkap, singkat dan padat (hindari tulisan yang bersifat umum).
10. Catat waktu mulai dokumentasi, cantumkan nama, titel dan tanda tangan pada akhir dokumentasi, jangan menunda-nunda mencatat informasi klien dan segera catat setelah diketahui.

6. SISTEM MANAJEMEN DOKUMENTASI KEPERAWATAN

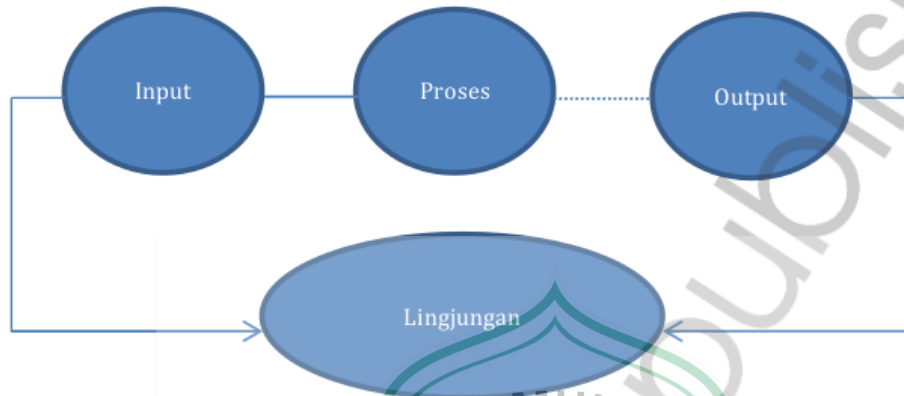
Manajemen berasal dari kata *to manage* yang artinya mengatur, pengaturan dilakukan melalui proses berdasarkan urutan fungsi manajemen yang merupakan proses untuk mewujudkan tujuan yang diinginkan. Manajemen dan organisasi bukan tujuan, tetapi hanya alat untuk mencapai tujuan yang diinginkan, karena tujuan yang ingin dicapai adalah pelayanan dan atau laba/ *profit*. Menurut G.R Terry manajemen adalah proses yang khas terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian yang dilakukan untuk menentukan serta mencapai sasaran yang telah ditentukan melalui pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya.

Gaya manajemen yang banyak dianut adalah *total quality management* (TQM) yang merupakan sistem manajemen menyeluruh untuk mengelola kegiatan dengan mengikut sertakan seluruh jajaran karyawan untuk berperan serta mengembangkan dan meningkatkan mutu di segala bidang demi kepuasan *costumer*, membuat sesuatu menjadi lebih baik dengan cara memulainya secara baik, mengerjakannya secara baik dan sampai ke tangan konsumen dengan hasil yang baik. *Total* berarti menyeluruh mulai dari direktur sampai karyawan tingkat rendah, *quality* berarti mutu pelayanan terhadap pasien/ klien. Manajemen mutu pelayanan rumah sakit punya kewajiban dan tanggung jawab moral serta hukum untuk memberikan mutu pelayanan sesuai standar yang ada untuk kebutuhan klien, pelayanan kesehatan yang bermutu berarti memberikan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan individu dan masyarakat, pelayanan yang bermutu tinggi dimulai dari standar manajerial yang tinggi.

Manajemen mutu meliputi kegiatan:

1. Sistem untuk memberlakukan standar profesional dari sudut tingkah laku, organisasi serta penilaian kegiatan sehari-hari.
2. Sistem pengamatan agar pelayanan selalu diberikan sesuai standar dan deteksi bila terdapat penyimpangan.
3. Sistem untuk senantiasa menunjang berlakunya standar profesional.

Bentuk sistem yang paling sederhana sebagai satu kesatuan yang dinamis dan utuh terdiri dari *input*, *proses*, *output/outcome*. Proses dikenal sebagai transformasi yang mengubah input menjadi output seperti pada gambar 3 dibawah :



Gambar 3. Elemen Dasar Suatu Sistem

Sumber: Berfikir Sistem, Martsanto (2005)

Dalam teori sistem, organisasi dipandang sebagai satu elemen yang saling bergantung satu sama lain, organisasi menggunakan input (sumber daya) dari sistem yang lebih besar (lingkungan) yang memproses sumber daya tersebut dan mengembalikannya dalam bentuk yang telah dirubah (*output*), dengan demikian *input*, *proses* dan *output* merupakan evaluasi dalam pencapaian mutu.

1. Input

Merupakan sumber utama bergeraknya suatu sistem, tanpa input proses tidak akan berjalan, dan tanpa proses juga tidak akan menghasilkan output, kualitas input tergantung dari kebutuhan organisasi yang terdiri dari:

A. Sumber Daya Manusia (SDM).

SDM mempunyai peranan sangat besar di rumah sakit, tanpa SDM sumber daya lain tidaklah punya arti apa-apa. Proses manajemen yang efektif tidak layak tanpa komitmen dan pelibatan SDM pada semua tingkatan, organisasi tidak dapat menciptakan budaya berorientasi kinerja jika sebagian besar SDM tidak mempunyai

komitmen dalam perbaikan produktivitas. Organisasi mengenal peranan dan menghargai kekuatan SDM yang mempunyai komitmen dapat memberikan kontribusi perbaikan kinerja, sehingga diperlukan perencanaan SDM yang baik.

Menurut Permenkes RI Nomor 58 tahun 2012 perawat gigi sebagai salah satu jenis tenaga kesehatan berwenang menyelenggarakan pekerjaan keperawatan gigi sesuai dengan bidang keahlian yang dimiliki serta telah lulus pendidikan perawat gigi sesuai ketentuan perundang-undangan. Kualifikasi perawat gigi berdasarkan pendidikan adalah perawat gigi lulusan SPRG, D3 dan D4 kesehatan gigi. Untuk menjalankan pekerjaan keperawatan gigi pada fasilitas pelayanan kesehatan di puskesmas, klinik, balai kesehatan masyarakat dan rumah sakit, setiap perawat gigi harus mempunyai STRPG (Surat Tanda Register Perawat Gigi) yang diberikan pemerintah kepada perawat gigi yang telah memiliki sertifikat kompetensi dan SIKPG (Surat Izin Kerja Perawat Gigi).

Dalam melaksanakan pekerjaannya perawat gigi mempunyai kewajiban melakukan pencatatan dan disimpan selama 5 (lima) tahun, menghormati hak pasien, menyimpan rahasia, memberikan informasi tentang masalah kesehatan dan pelayanan yang dibutuhkan, meminta persetujuan tindakan yang akan dilaksanakan kepada pasien, melakukan rujukan untuk kasus diluar kompetensi dan kewenangan sesuai ketentuan perundang-undangan serta memenuhi standar profesi perawat gigi, standar pelayanan dan standar prosedur operasional. Hak perawat gigi adalah memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan pekerjaannya sesuai standar profesi, memperoleh informasi lengkap dan jujur dari pasien, melaksanakan tugas sesuai kompetensi, menerima imbalan jasa profesi dan memperoleh jaminan perlindungan risiko kerja yang berkaitan dengan tugas.

Pembinaan pekerjaan perawat gigi berasal dari pemerintah dan organisasi profesi yang diarahkan untuk meningkatkan mutu pelayanan, keselamatan pasien dan melindungi masyarakat dari kemungkinan yang dapat menimbulkan bahaya bagi kesehatan, selain

itu pimpinan fasilitas pelayanan kesehatan wajib melaporkan perawat gigi yang bekerja di fasilitas pelayanan kesehatan dengan tebusan kepada organisasi profesi.

Perencanaan SDM menurut Hellriegel & Slocum (1992) meliputi *skill inventory*, *job analysis*, *replacement chart* dan *expert forecast*:

- 1) *Skill inventory* adalah data rinci setiap karyawan, pendidikan, pelatihan, pengalaman, lama bekerja, posisi kerja sekarang, gaji, gambaran demografik lain seperti gender, ras dan status material.
- 2) *Job analysis*/ analisis jabatan adalah uraian tugas dan tanggung jawab pekerjaan tertentu dan karakteristik pribadi (pengetahuan dan keterampilan) yang dibutuhkan untuk menduduki jabatan dan prestasi optimal. *Job description*/ deskripsi kerja adalah gambaran rinci dari tugas dan tanggung jawab tertentu. *Job specification* berisi daftar karakteristik personal, kemampuan dan pengalaman yang dibutuhkan seorang karyawan untuk melakukan pekerjaan, tugas dan mengemban tanggung jawab tertentu.
- 3) *Replacement chart* adalah diagram yang menggambarkan seluruh jabatan di organisasi, siapa yang menjabat sekarang dan siapa yang potensial untuk menggantikannya, data bersifat rahasia dan bersifat peramalan sederhana tentang kebutuhan manajemen SDM dan ketersediaan SDM yang ada di rumah sakit. *Expert forecast* adalah peramalan yang dibuat oleh para ahli biasanya berdasarkan pada beberapa asumsi dan kemungkinan.
- 4) Program rumah sakit sebagai industri jasa kesehatan, bahan baku utamanya adalah manusia yang perlu mendapat perhatian dan tanggung jawab pengelola. SDM pada poliklinik gigi adalah dokter gigi dan perawat gigi yang bekerja sesuai dengan standar profesi dalam rangka pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut. Pelaksana dokumentasi keperawatan adalah perawat gigi sesuai dengan kompetensi dan unjuk kerja sebagai kegiatan manajerial yang mampu mengelola dokumen di klinik gigi

sehingga tertata rapi dan mudah diakses sesuai aturan, data yang didapat diolah untuk memperoleh informasi yang akan dijadikan laporan bulanan, triwulan dan tahunan tentang kegiatan pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut pada poliklinik gigi.

B. Sarana dan prasarana

Sarana dan prasarana kelengkapan administrasi poliklinik gigi terdiri dari buku register pasien, kartu status asuhan keperawatan gigi dan mulut, kartu pendaftaran pasien, surat rujukan, kuitansi, stempel dan map untuk melakukan pendaftaran pasien, pencatatan hasil pemeriksaan fisik maupun penunjang, penyimpanan data pasien dan pengambilan kembali bila diperlukan.

Sarana utama sistem pencatatan adalah ketersediaan formulir pasien poliklinik gigi yang cukup dan sesuai kebutuhan pasien rawat jalan poliklinik gigi, di mana untuk identitas pasien (Nama, umur, alamat) sudah diisi lengkap oleh petugas rekam medis, sedangkan petugas di poliklinik gigi mengisi pengkajian kasus berupa anamnese, diagnosis, perencanaan, intervensi dan evaluasi tindakan disertai tanda tangan petugas yang melakukan intervensi, selanjutnya analisis kelengkapan status pasien dilakukan oleh petugas rekam medis.

Isi formulir status pasien poliklinik sangat tercermin dari rancangan/ format kebutuhan pelayanan. Formulir status pasien poliklinik gigi akan dikembalikan ke bagian rekam medis setiap hari selesai semua tindakan dan telah dilakukan pencatatan kedalam buku register poliklinik gigi.

C. Kebijakan dan SOP (Standar Operasional Prosedur)

SOP adalah pedoman yang berisi prosedur operasional standar dalam suatu organisasi untuk memastikan bahwa setiap keputusan, langkah atau tindakan penggunaan fasilitas pemrosesan yang dilaksanakan organisasi berjalan secara efektif, konsisten, standar dan sistematis. Menyusun SOP yang efektif menunjukkan bahwa organisasi mempunyai kemauan memperbaiki langkah-langkah

kegiatan, serta pengambilan keputusan dan memutakhirkannya dari waktu ke waktu sesuai tuntutan perubahan organisasi yang berasal dari inisiatif *intern* maupun tekanan *extern* dari lingkungan.

SOP merupakan modal penting organisasi untuk mengendalikan keputusan dan kegiatan yang dilakukan dalam koridor yang sistematis dan efektif. Semakin besar sebuah organisasi, semakin besar tuntutan perangkat kontrol yang memadai, aspek operasional sama baik dengan aspek administrasi, semua terwujud bila organisasi memiliki panduan yang jelas tentang pengambilan keputusan dan kegiatannya.

Pelaksanaan pekerjaan perawat gigi sesuai Kepmenkes 284/Menkes/ 2006 tentang standar pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut terdapat standar pencatatan dan pelaporan semua kegiatan perawat gigi dalam rangka pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut yang merupakan acuan dalam melaksanakan kegiatan, standar dimaksudkan untuk memandu perawat gigi melakukan kegiatannya untuk mencapai mutu pelayanan yang optimal. Sehubungan peran serta semua pihak terkait terutama pimpinan sarana pelayanan sangat menentukan implementasi tindakan dan berperan aktif dalam mendorong dan mengawasi pelaksanaan standar ini.

Setelah data diperoleh, maka proses data pelayanan dan laporkan informasi pelayanan sehingga tersedia informasi tentang kegiatan pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut dengan tersedianya laporan bulanan, triwulan dan tahunan kegiatan pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut.

Kebijakan dokumentasi keperawatan pada poliklinik gigi adalah kebijakan pimpinan instansi secara tertulis yang mengatur penyelenggaraan dokumentasi keperawatan. SOP adalah pedoman yang berisi prosedur operasional standar yang ada dalam organisasi untuk memastikan bahwa semua keputusan, tindakan serta penggunaan fasilitas proses yang dilakukan oleh orang-orang dalam organisasi sehingga kegiatan berjalan secara efisien, konsisten, standar dan sistematis yang berisi langkah kerja yang dikerjakan pada dokumentasi keperawatan. Tujuannya agar menjadi acuan dan menghindari kesalahan dalam pelaksanaan tugas, menjamin

pelaksanaan pekerjaan menurut aturan yang benar secara efisien, memperjelas garis tanggung jawab dan sebagai perlindungan hukum bagi karyawan maupun instansi pelayanan kesehatan. Rangkaian keputusan dan tindakan harus diatur sedemikian rupa agar berjalan sistematis dengan kontrol yang memadai, karena itu organisasi memerlukan SOP guna menjamin proses kegiatan berjalan dengan lancar.

D. Kebijakan dan pengembangan staf

Kebijakan dan prosedur tertulis dokumentasi keperawatan pasien rawat jalan dapat dijadikan acuan bagi petugas poliklinik, ada dokumentasi keperawatan untuk setiap kunjungan pasien poliklinik, jelas identifikasi pelaksana, kapan dilaksanakan tindakan keperawatan serta ada kebijakan agar dokumentasi dapat dilaksanakan dengan benar.

Kegiatan pendokumentasian keperawatan mencakup pencatatan secara sistematis semua kejadian dalam ikatan kontrak perawat-klien dalam kurun waktu tertentu secara jelas, lengkap dan objektif. Kegiatan pendokumentasian keperawatan juga mencakup penyimpanan dan pemeliharaan hasil pendokumentasian dan mengomunikasikan kepada anggota tim kesehatan untuk kepentingan pengelolaan klien dan aparat penegak hukum bila diperlukan untuk pembuktian.

Penilaian kinerja (*Performance appraisal*) menurut Hellriegel & Slocum (1992) adalah proses sistematis untuk mengevaluasi kelebihan dan kekurangan karyawan serta menemukan jalan untuk memperbaiki prestasi agar proses manajemen berjalan secara efektif sesuai dengan standar dan tujuan yang telah ditetapkan. Penilaian bermanfaat untuk:

- 1) Membuat keputusan pemberian penghargaan.
- 2) Membuat keputusan pengembangan karir seseorang (promosi).
- 3) Memberi umpan balik kepada karyawan tentang penampilan pada waktu tertentu.
- 4) Mengidentifikasi kebutuhan pelatihan dan pengembangan.

Manajer berperan dalam pengembangan staf dengan menyediakan pelatihan, teknologi yang memadai dan memberi dukungan selama staf melaksanakan tugasnya. Pengembangan mutu dan karir staf dapat ditujukan untuk promosi jabatan sekarang atau bidang tugas lain. Pada dasarnya pihak manajemen rumah sakit hanya memfasilitasi proses pengembangan staf. Secara umum kegiatan pengembangan staf dilakukan dengan dua cara, yaitu: pengalaman pekerjaan berupa bimbingan oleh pimpinan, rotasi kerja, rapat evaluasi, upaya kendali mutu serta *problem solving cycle* dan pendidikan tambahan dengan *on the job training*, ceramah di rumah sakit, mengikuti kursus dan seminar serta mengikuti pendidikan formal di kampus.

Semua staf mempunyai kesempatan sama untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan, program orientasi terstruktur untuk staf baru agar mengetahui pekerjaan dan tanggung jawabnya, mekanisme pengembangan staf dan kebutuhan pendidikan berkaitan dengan peningkatan profesi untuk mengikuti latihan kerja dan pendidikan berkelanjutan yang sesuai. Setiap SDM harus mengembangkan karirnya, sebagai manajer pelayanan kesehatan yang memimpin suatu instansi mengharapkan staf dapat mengembangkan profesionalisme dibidangnya sehingga karirnya meningkat.

2. Proses

Merupakan semua kegiatan yang dilaksanakan secara profesional oleh tenaga kesehatan pada poliklinik gigi (dokter gigi dan perawat gigi) dan interaksinya dengan pasien. Asumsinya adalah semakin patuh tenaga kesehatan profesional kepada standar yang baik (*standard of good practice*), akan semakin tinggi mutu pelayanan terhadap pasien.

Pendekatan proses adalah pendekatan yang paling langsung terhadap mutu pelayanan. Menurut Lyer, *et al*, 1996 proses keperawatan terdiri dari 5 tahap yang berurutan dan saling berhubungan, yakni pengkajian, diagnosis, perencanaan, intervensi

dan evaluasi.

A. Pengkajian keperawatan.

Pengkajian adalah tahap awal proses keperawatan berupa pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien, tahap pengkajian merupakan dasar utama memberikan asuhan keperawatan sesuai kebutuhan klien, karena itu pengkajian yang benar, akurat, lengkap dan sesuai kenyataan sangat penting dalam merumuskan diagnosis keperawatan sesuai dengan respon individu, sebagaimana ditentukan dalam standar praktik keperawatan dari ANA (*American Nursing Association*).

Pengkajian bertujuan mengumpulkan, mengorganisasi dan mendokumentasikan data yang menjelaskan respon klien yang mempengaruhi pola kesehatannya. Pada kegiatan ini perawat menggunakan semua informasi tentang klien yang diperoleh dari wawancara klien, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik dan diagnostik lainnya, pengumpulan data untuk kelengkapan informasi status kesehatan atau masalah klien harus terus dilakukan untuk mengidentifikasi masalah baru klien.

Kegiatan pengkajian keperawatan terdiri dari pengumpulan data, validasi data, pengelompokan data, analisis data/ identifikasi masalah, perumusan masalah dan prioritas.

- 1) Pengumpulan data, sangat penting dalam proses keperawatan, karena tanpa data yang tepat, analisis dan diagnosa keperawatan akan salah dan tidak tepat. Pengumpulan data berkaitan dengan menetapkan diagnosis keperawatan yang tepat serta kebutuhan klien, memudahkan dalam menyusun perencanaan, memudahkan pelaksanaan, mempercepat proses pelaksanaan tindakan, dan menetapkan tindakan serta langkah berikutnya. Metode pengumpulan data keperawatan dapat dilakukan dengan cara wawancara, pengamatan, pemeriksaan fisik dan studi dokumentasi keperawatan sebelumnya atau rekam medis.
 - a) Wawancara atau anamnesis yaitu komunikasi dua arah antara

klien dengan petugas kesehatan berkaitan dengan masalah yang dihadapi klien yang datanya dibutuhkan perawat untuk menegakkan diagnosa.

- b) Pemeriksaan fisik dengan cara melihat, mendengar atau meraba bagian yang sakit sehingga klien lebih yakin bahwa dia diperiksa dengan baik, segera dapat ditindak lanjuti jika ditemukan permasalahan. Pemeriksaan fisik diantaranya inspeksi (pemeriksaan dengan cara melihat untuk menentukan ada kelainan atau tidak), palpasi (pemeriksaan dengan meraba), perkusi (pemeriksaan dengan cara mengetuk).
- c) Pengamatan (observasi) menggunakan panca indera untuk menegakkan diagnosa keperawatan dengan melihat situasi klien, mendengar keluhan klien, mencium bau yang mempengaruhi kesehatan klien, meraba bagian tubuh yang sakit secara langsung.
- d) Studi dokumentasi agar klien tidak menjalankan pemeriksaan serupa secara berulang kecuali jika dibutuhkan.

Validasi data dengan mengulang pemeriksaan, memeriksa faktor yang mempengaruhi keakuratan data, memeriksa data yang abnormal dengan cara lain dan konsultasi dengan narasumber.

- 2) Identifikasi masalah.
- 3) Perumusan masalah dan prioritas masalah.

B. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan dengan cara mengidentifikasi masalah kesehatan klien yang dapat diatasi melalui intervensi dan manajemen keperawatan berupa pernyataan singkat, tegas dan jelas yang didasarkan pada hasil pengumpulan dan evaluasi data yang dilakukan secara sistematis, praktis, etis dan profesional oleh tenaga keperawatan.

Kunci perumusan yang tepat pada dokumentasi keperawatan adalah memakai proses pemecahan masalah yang meliputi tiga

komponen yaitu problem, etiologi, sign/symptom. Komponen ini bermanfaat dalam penyusunan diagnosa keperawatan dalam hal: Mengidentifikasi masalah, gangguan kesehatan dan kebutuhan perawatan, Menyelidiki dan menentukan penyebab masalah dan menentukan tanda dan gejala masalah.

C. Rencana intervensi keperawatan

Perencanaan merupakan penghubung antara diagnosis dengan intervensi keperawatan, dituliskan sedemikian rupa sehingga perawat dapat memilih dan memprioritaskan masalah yang paling berpengaruh terhadap peningkatan, pemeliharaan dan perbaikan status kesehatan klien. Data diperoleh dari keluhan klien dan menggambarkan intervensi keperawatan terhadap pengobatan suatu penyakit. Persiapan penyusunan rencana asuhan keperawatan meliputi aspek:

- 1) Mengumpulkan dan mengelola data klien sebagai sumber utama dokumentasi, pada prinsipnya pengkajian menggambarkan berbagai aspek klien, sehingga masalah klien dapat teridentifikasi dan dijadikan rujukan.
- 2) Rencana asuhan keperawatan merupakan alat komunikasi antara perawat dan klien, disusun oleh dan untuk klien, klien dan perawat bekerja sama untuk meningkatkan kepuasan klien dan menjaga keseimbangan dengan mentaati tujuan perencanaan.
- 3) Rencana asuhan keperawatan melibatkan profesi kesehatan lain sebagai anggota tim, perawat dan profesi kesehatan lain bekerja untuk mengidentifikasi kebutuhan klien menggunakan rencana keperawatan sebagai rujukan intervensi masalah klien dan kriteria yang ingin dicapai. Standar intervensi keperawatan harus konsisten dan terus ditingkatkan.
- 4) Proses pengkajian dan penegakan diagnosis keperawatan berhubungan dengan implementasi dan evaluasi. Rencana keperawatan dipilih sesuai dengan kondisi klien dan kriteria hasil yang diharapkan dari klien. Kriteria hasil adalah

pernyataan yang menjelaskan/menggambarkan status kesehatan klien dan dapat diukur.

D. Intervensi keperawatan

Intervensi atau tindakan keperawatan merupakan langkah keempat dari proses keperawatan yang telah direncanakan untuk dikerjakan dalam membantu klien mencegah, mengurangi dan menghilangkan dampak atau respon yang ditimbulkan oleh masalah kesehatan. Dokumentasi intervensi keperawatan meliputi tindakan apa, siapa yang melakukan, mengapa dilakukan, dimana dilakukan, kapan dilakukan dan bagaimana tindakan tersebut dilakukan. Tujuan dokumentasi intervensi keperawatan sebagai sarana komunikasi/informasi tindakan keperawatan klien. Pelaku intervensi dokumentasi keperawatan meliputi:

1. Perawat:
 - a. Pertanggung jawaban dan aspek legal sistem pelayanan keperawatan
 - b. Informasi untuk penilaian keperawatan, pendidikan, penelitian serta pengembangan keperawatan.
 - c. Menghindari kesalahan duplikasi/ ketidak lengkapan tindakan keperawatan.
 - d. Jaminan mutu (*quality assurance*) yang membandingkan hal yang terjadi dengan standar asuhan keperawatan yang telah disusun.
 - e. Melihat hubungan respon klien dengan intervensi yang telah dilakukan/ evaluasi klinis keperawatan.
 - f. Dasar penentuan sarana dan penentuan tugas.
2. Bagi institusi/ rumah sakit
 - a. Dasar penyusunan rencana program, tenaga, alat dan biaya yang harus ditanggung institusi atau rumah sakit yang bersangkutan.
 - b. Memperkuat sistem pelayanan keperawatan.
 - c. Dasar penyusunan kebijakan, standar keperawatan (standar profesi, standar praktik).

- d. Sarana dan informasi untuk pengembangan SDM.
 - e. Dokumen resmi dalam proses hukum.
3. Bagi pasien/ masyarakat.
- a. Bentuk pertanggungjawaban mutu.
 - b. Sarana komunikasi antara perawat, klien dengan keluarga.
 - c. Sarana untuk membentuk nilai kepercayaan klien.

Langkah intervensi keperawatan:

1. Perencanaan yang teratur, meliputi latar belakang masalah (diagnosis keperawatan), analisis data masalah kesehatan dan diagnosis keperawatan.
2. Pelajari rencana keperawatan dan rencana tindakan.
3. Identifikasi sumber daya yang tersedia (tenaga, alat dan dana).
4. Siapkan sumber daya yang dibutuhkan.
5. Siapkan klien sebelum tindakan dimulai, beritahu dan minta kerja sama klien.
6. Pelaksana tindakan keperawatan dengan memperhatikan:
 - a. Tindakan berdasarkan kebutuhan klien.
 - b. Tindakan harus realistis dengan memperhatikan usia, kekuatan fisik, penyakit, keinginan mengubah perilaku dan sumber yang tersedia.
 - c. Sinergitas tindakan keperawatan dengan pengobatan.
 - d. Tindakan keperawatan aman bagi klien.
 - e. Perawat harus mampu bekerja sesuai peran, fungsi dan kompetensinya dalam aspek teknis keperawatan, kode etik dan komunikasi.
 - f. Adanya kerja sama perawat dengan klien.
 - g. Tindakan keperawatan berlandaskan hukum dan standar. Bersikap ramah, sopan, adil dan tegas.
 - h. Adanya komunikasi timbal balik dan harmonis.
7. Pengamatan terhadap respon klien untuk proses selanjutnya.
8. Dokumentasikan tindakan keperawatan secara baik dan benar.

E. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan untuk menilai keberhasilan pelaksanaan tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan didukung unsur: 1). Tujuan yang jelas, spesifik dan teratur. 2). Ada parameter keberhasilan dan norma pembandingan ukuran keberhasilan. 3). Ada model penilaian atau alat ukur yang solid. 4) Pelaksanaan penilaian yang efektif, efisien dan akurat.

Objek yang dinilai adalah *output/ outcome* tindakan dan proses pelaksanaan yang merupakan totalitas dari hasil yang dicapai, sedangkan penilaian proses merupakan langkah kaji ulang dari proses pelaksanaan yang membutuhkan revisi atau pembetulan.

Evaluasi dan pengendalian mutu merupakan usaha menyeluruh untuk membuat sesuatu menjadi lebih baik dengan memulai secara baik, mengerjakan dengan cara baik supaya hasilnya baik dan sampai ke tangan konsumen secara baik, artinya untuk menghasilkan suatu produk yang baik, maka bahan bakunya harus baik, hasil dari proses satu ke proses lainnya harus baik, proses harus dikelola dengan manajemen yang baik dan batas penggunaan yang wajar, hal ini dikenal dengan *total quality management*. Di rumah sakit total berarti menyeluruh mulai dari direktur sampai karyawan tingkat rendah, *quality* berarti mutu pelayanan pasien secara cepat, akurat, ramah dan harga yang memadai. Mutu meliputi kualitas pelayanan, waktu, semangat kerja dan biaya. Manajemen mutu perlu mendapat perhatian dalam pelayanan kesehatan. Rumah sakit punya kewajiban dan tanggung jawab moral secara hukum untuk memberikan mutu pelayanan sesuai standar untuk pasien yang ditanganinya.

Pelayanan kesehatan yang bermutu berarti memberikan produk yang benar-benar memberi pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan individu dan masyarakat. Manajemen mutu meliputi: 1). Sistem untuk memberlakukan standar profesional dari sudut tingkah laku, organisasi serta penilaian kegiatan sehari-hari. 2). Sistem pengamatan agar pelayanan selalu diberikan sesuai standar dan deteksi bila ada penyimpangan. 3). Sistem untuk senantiasa menunjang berlakunya standar profesional.

Dokumentasi keperawatan merupakan sesuatu yang berharga ditinjau dari aspek legal, komunikasi, keuangan, pendidikan, akreditasi dan jaminan kualitas pelayanan. Pengendalian mutu meliputi pemantauan terhadap pengumpulan informasi rutin dan evaluasi untuk menilai efektifitas tindakan keperawatan dan umpan balik kepuasan pasien pelayanan yang diberikan.

3. Output/outcome

Outcome adalah hasil akhir kegiatan dan tindakan tenaga kesehatan profesional terhadap pasien atau petunjuk aktif tidaknya proses, penilaian *outcome* terdiri dari *outcome* jangka pendek adalah hasil tindakan atau prosedur tertentu dan *outcome* jangka panjang adalah status kesehatan atau kemampuan fungsional pasien, *outcome* berkaitan erat dengan tanggung jawab profesi.

A. Terpenuhinya standar dokumentasi keperawatan

Standar diartikan sebagai ukuran atau model sesuatu yang hampir sama mencakup kualitas, karakteristik, sarana, kinerja intervensi pelayanan dan seluruh komponen yang terlibat. Nilai standar ditentukan oleh pemakaian konsistensi dan evaluasi. Standar keperawatan adalah pernyataan yang menjelaskan kualitas, karakteristik, sarana atau kinerja yang diharapkan terhadap praktik keperawatan. Perawat perlu standar dokumentasi sebagai petunjuk cara penyimpanan dan teknik pendokumentasian yang benar, sehingga dipahami oleh rekan sejawat, profesi kesehatan lain dan tim akreditasi, jika standar dapat diobservasi, perawat, pekerja dan klien akan dihargai dan dilindungi dari kesalahan.

Karakteristik standar keperawatan didasarkan pada definisi keperawatan dan proses keperawatan yang sudah ditentukan, diaplikasikan terhadap semua perawat yang praktik dalam sistem pelayanan kesehatan, adanya petunjuk asuhan keperawatan, dapat dipertahankan dan promosi kesehatan yang optimal, bahasanya bermakna dan mudah dimengerti oleh perawat yang melaksanakan standar tersebut dan siapa saja yang memerlukan dapat memperolehnya.

Tujuan utama dokumentasi keperawatan sebagai dokumen rahasia yang mencatat semua pelayanan keperawatan klien, catatan bisnis dan hukum, tujuan dokumentasi untuk mengidentifikasi status kesehatan dan kebutuhan klien, merencanakan, melaksanakan keperawatan, evaluasi intervensi serta dokumen untuk penelitian, keuangan, hukum dan etika, sehingga dalam dokumentasi terdapat bukti kualitas asuhan keperawatan, bukti legal dokumentasi sebagai pertanggung jawaban kepada klien, informasi perlindungan individu, bukti aplikasi standar praktik keperawatan, sumber informasi statistik untuk standar dan riset keperawatan, sumber informasi untuk data yang harus dimasukkan, komunikasi konsep risiko keperawatan, persepsi hak klien, dokumentasi untuk tenaga profesional, tanggung jawab etika dan menjaga kerahasiaan informasi klien dan perencanaan pelayanan kesehatan di masa mendatang. ¹

Instansi pelayanan harus menyelenggarakan dokumentasi keperawatan yang merupakan bukti proses pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, dokumentasi keperawatan harus memuat informasi yang cukup dan akurat tentang pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, intervensi dan evaluasi keperawatan. Dokumentasi keperawatan merupakan bukti tertulis yang mempunyai makna penting dari aspek hukum, kualitas pelayanan, media komunikasi dan untuk jaminan mutu pelayanan yang diberikan yang berhubungan dengan mutu rumah sakit.

B. Terpenuhi standar tanggung jawab perawat

Pelaksanaan standar dapat dicapai perawat jika adanya tanggung jawab terhadap dokumentasi praktik keperawatan dalam konteks proses keperawatan dengan mengasumsikan tanggung jawab dan kualitas kerja yang baik dalam praktik keperawatan termasuk dokumentasi intervensi keperawatan. Keikutsertaan melaksanakan kode ANA menunjukkan bahwa perawat mempunyai tanggung jawab, kode ini memberikan pedoman tanggung jawab terhadap klien dapat terpenuhi. Standar tanggung jawab individu perawat profesional

menggambarkan tanggung jawab perawat dalam pendokumentasian praktik keperawatan berdasarkan proses keperawatan.

Tanggung jawab perawat dalam standar asuhan keperawatan (ANA, 1973):

1. Memberi pelayanan dengan menghargai klien sebagai makhluk hidup.
2. Melindungi hak (privasi) klien.
3. Mempertahankan kompetensi keperawatan, mengenal klien serta menerima tanggung jawab pribadi terhadap intervensinya.
4. Melindungi klien jika intervensi dan keselamatannya terancam yang diakibatkan orang lain yang tidak kompeten, tidak etis dan ilegal.
5. Menggunakan kemampuan individu untuk menerima tanggung jawab dan tugas delegasi keperawatan profesi kesehatan lainnya.
6. Partisipasi dalam kegiatan profesi keperawatan untuk meningkatkan standar pelayanan dan pendidikan keperawatan.
7. Meningkatkan dan mempertahankan kualitas keperawatan dengan partisipasi dalam kegiatan profesi.
8. Mempromosikan kesehatan melalui kerja sama dengan masyarakat dan profesi kesehatan lainnya
9. Menolak memberikan persetujuan untuk promosi komersial pelayanan.

Tanggung jawab independen perawat merupakan aktivitas keperawatan yang dilakukan tim dengan profesi kesehatan lain termasuk pengetahuan, keterampilan dan fokus praktik keperawatan dalam kegiatan dokumentasi berupa: 1) Menjaga akurasi dokumentasi keperawatan bersama dengan hasil monitor, observasi dan evaluasi status kesehatan klien supaya dokumentasi tetap konsisten dengan program keperawatan. 2) Mendokumentasikan keperawatan yang dilakukan untuk mengurangi/ mencegah risiko dan mempertahankan keselamatan klien. 3) Dokumentasikan keperawatan klien, perawat

merespon situasi klinis dan menentukan rencana intervensi selanjutnya, respon tersebut termasuk penilaian pemberian pengobatan, intervensi keperawatan untuk memberikan istirahat yang nyaman, rencana pendidikan klien, penentuan tingkat perawatan diri dan penilaian hasil konsultasi dengan tim kesehatan lainnya. 4) Dokumentasikan semua komponen proses keperawatan sesuai dengan waktu implementasinya termasuk pengkajian ulang, diagnosis keperawatan, rencana intervensi, modifikasi kriteria hasil dan catatan pengajaran klien.



7. PROFESI PERAWAT GIGI

Standar profesi perawat gigi disusun berdasarkan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, Peraturan Pemerintah Nomor 32 Tahun 1996 tentang Tenaga Kesehatan dan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1035/Menkes/SK/1998 tentang Perawat Gigi. Profesi bukan sekedar pekerjaan atau *vocation* melainkan suatu vokasi khusus yang mempunyai ciri-ciri *expertise*: keahlian, *responsibility*, tanggung jawab, *corporateness* dan rasa kesejawatan.

Standar profesi berlaku bagi tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan kepada klien secara langsung pada unit kesehatan, secara individu, kelompok dan pelayanan kesehatan di lapangan dalam rangka *program public health* harus memenuhi standar profesi. Perawat Gigi termasuk dalam kelompok profesional yang diarahkan pada kesiapan penerapan kemampuan tertentu berdasarkan tuntutan pasar kerja, untuk memberikan yang terbaik perlu dihindari tumpang tindih peran dan kesenjangan mutu melalui pendekatan kemitraan keprofesian. Perawat Gigi merupakan ujung tombak pembangunan kesehatan gigi Indonesia dan sebagai sumber daya kesehatan gigi yang mempunyai peran sentral dalam asuhan kesehatan gigi yang merupakan barisan terdepan dalam aspek promotif dan preventif pelayanan gigi mulut.

Standar profesi perawat gigi sebagai pedoman dalam menjalankan profesi secara baik bertujuan untuk memberi pelayanan asuhan kesehatan gigi sesuai dengan tujuan, fungsi dan wewenang yang dimilikinya, memberi perlindungan kepada perawat gigi dari tuntutan hukum dan memberi perlindungan kepada masyarakat dari mal praktik perawat gigi. Standar tata laksana pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut oleh perawat gigi harus sesuai dengan standar pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut serta memenuhi standar profesi yang dilaksanakan sesuai standar pada sarana pelayanan kesehatan.

Pelanggaran standar profesi terjadi berdasarkan pengaduan klien/pasien atau keluarganya serta timbulnya akibat yang merugikan

klien dari tindakan yang tidak sesuai dengan standar profesi berdasarkan pembuktian. Perawat gigi dalam menjalankan profesinya perlu membawa diri dalam sikap dan tindakan yang terpuji, baik dalam hubungannya dengan klien, masyarakat, rekan sejawat maupun profesinya.

Standar pelayanan asuhan kesehatan gigi dan mulut merupakan acuan perawat gigi dalam melaksanakan kegiatannya untuk mencapai mutu pelayanan yang optimal. Standar pelayanan bersifat dinamis sesuai situasi dan kondisi setempat karena kebutuhan pelayanan pada umumnya meningkat, sehingga standar pelayanan perlu terus ditingkatkan sesuai kemajuan ilmu dan teknologi, keragaman tingkat kebutuhan masyarakat dan sarana prasarana yang tersedia. Peran semua pihak terkait terutama pimpinan pelayanan sangat menentukan implementasi tindakan serta peran aktif dalam mendorong dan mengawasi pelaksanaan standar pelayanan.



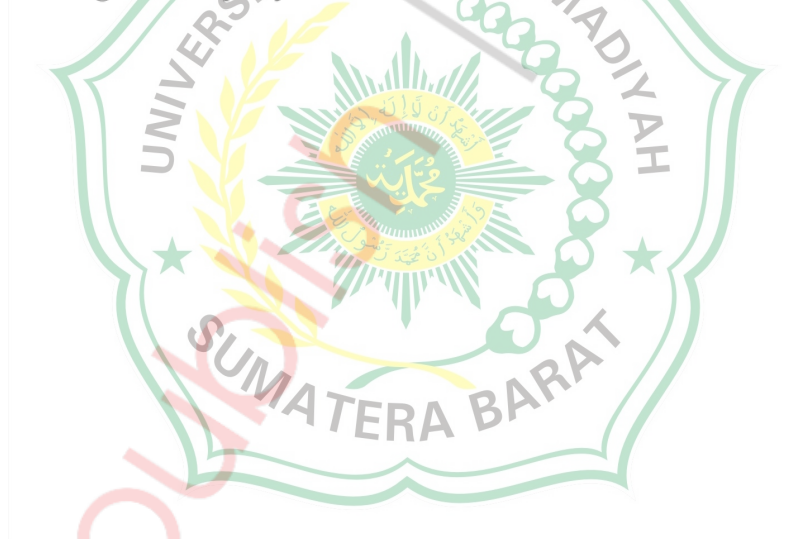
8. FUNGSI MANAJEMEN

Manajemen memerlukan peran tiap anggota yang terlibat di dalamnya untuk menyingkapi posisi masing-masing, sehingga diperlukan adanya fungsi yang jelas mengenai manajemen. Terdapat 4 (empat) fungsi manajemen menurut G.R Terry yaitu *planning*, *organizing*, *actuating* dan *controlling*/ POAC.

1. *Planning*/ perencanaan adalah keputusan masa mendatang artinya apa, siapa, kapan, di mana, berapa dan bagaimana yang akan dan harus dilaksanakan untuk mencapai tujuan tertentu. Secara umum perencanaan dapat ditinjau dari sisi proses pemilihan dan pengembangan tindakan yang paling menguntungkan untuk mencapai tujuan, fungsi kepemimpinan dan kewenangan dapat mengarahkan kegiatan dan tujuan yang harus dicapai organisasi, keputusan apa yang akan dilakukan untuk waktu yang akan datang.
2. *Organizing*/organisasi secara statis merupakan wadah kegiatan sekelompok orang untuk mencapai tujuan tertentu, secara dinamis merupakan aktivitas dari tata hubungan kerja yang teratur dan dinamis untuk mencapai tujuan tertentu.
3. *Actuating*/penggerakan melakukan kegiatan untuk mempengaruhi orang lain agar mau dan suka bekerja sama dalam rangka menyelesaikan tugas demi tercapainya tujuan bersama, diusahakan agar orang yang diperintah jangannya menerima perintah dari atasan, tetapi tergerak hatinya untuk menyelesaikan tugasnya dengan kesadaran sendiri. Sering terjadi hambatan pada penggerakan kerana yang digerakkan adalah manusia yang mempunyai keinginan pribadi, sikap, dan perilaku khusus, sehingga kepemimpinan dapat meningkatkan motivasi dan sikap kerja bawahan menjadi hal yang penting.
4. *Controlling* pengawasan merupakan proses untuk mengetahui apakah pelaksanaan kegiatan sesuai rencana, pedoman, ketentuan, kebijakan, tujuan dan sasaran yang sudah ditentukan sebelumnya. Pengawasan bertujuan untuk mencegah atau memperbaiki kesalahan, penyimpangan, dan ketidak sesuaian

yang mengakibatkan tujuan organisasi tidak tercapai dengan baik karena pelaksanaan kegiatan yang tidak efisien dan tidak efektif.

Fungsi manajer klinik/ pimpinan instansi pelayanan kesehatan adalah menjamin mutu pelayanan yang baik, produk pelayanan dapat memuaskan pasien dan tenaga yang melaksanakan tindakan, untuk itu diperlukan kualitas teknik pemeriksaan dan pengobatan yang baik. Kunci keberhasilan pelayanan yang baik adalah melakukannya secara baik dan terus menerus dalam berbagai keadaan dan sedapat mungkin mencapai hasil seperti yang diharapkan, untuk itu diperlukan tenaga yang terampil, sarana dan prasarana yang baik dan mencukupi serta monitoring berkala yang memadai. Pihak manajemen perlu memperhatikan upaya manajemen yang ditandai dengan skala prioritas dan penyediaan pelayanan waktu yang tepat, selain itu perencanaan pengembangan dengan mengidentifikasi kesempatan yang ada dan mengevaluasi pelayanan.



9. PEMBAHASAN

A. Sistem manajemen dokumentasi keperawatan pada poliklinik gigi ¹

Manajemen menurut G.R Terry merupakan proses yang khas terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian yang dilakukan untuk menentukan serta mencapai sasaran yang telah ditentukan melalui pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber daya lainnya

Planning atau perencanaan adalah suatu putusan untuk masa mendatang artinya apa, siapa, kapan, di mana, berapa dan bagaimana yang akan dan harus dilaksanakan untuk mencapai tujuan tertentu, secara umum perencanaan dapat ditinjau dari sisi proses, fungsi dan keputusan.

Organizing atau pengorganisasian secara statis merupakan wadah kegiatan sekelompok orang untuk mencapai tujuan tertentu, sedangkan secara dinamis merupakan aktivitas dari tata hubungan kerja yang teratur dan dinamis untuk mencapai tujuan tertentu.

Actuating atau penggerakan adalah melakukan kegiatan untuk mempengaruhi orang lain agar mau dan suka bekerja sama dalam rangka menyelesaikan tugas demi tercapainya tujuan bersama, diusahakan agar orang yang diperintah jangan hanya semata-mata menerima perintah dari atasan, tetapi tergerak hatinya untuk menyelesaikan tugasnya dengan kesadaran sendiri.

Controlling atau pengawasan merupakan proses untuk mengetahui apakah pelaksanaan kegiatan sesuai rencana, pedoman, ketentuan, kebijakan, tujuan dan sasaran yang sudah ditentukan sebelumnya untuk memperbaiki kesalahan, penyimpangan dan ketidaksesuaian yang mengakibatkan tujuan organisasi tidak tercapai dengan baik karena pelaksanaan kegiatan yang tidak efisien dan tidak efektif.

Pelaksanaan fungsi manajemen berupa *planning*, *organizing*, *actuating* dan *controlling* akan mempengaruhi penyelenggaraan dokumentasi keperawatan pada poliklinik gigi. Perencanaan penyelenggaraan dokumentasi keperawatan berupa tersedianya SOP

dokumentasi keperawatan pada poliklinik gigi, pengorganisasian ditunjuk untuk penanggung jawab dokumentasi keperawatan, penggerakan berupa pemberian bimbingan dan motivasi staf dalam pendokumentasian untuk pelaporan harian dan bulanan menjadi rutinitas kerja dan kebiasaan, pengawasan dan pengendalian belum terlaksana dengan ada atau tidak ada SOP dokumentasi keperawatan, hal ini dapat dilihat dari pengisian status poliklinik gigi walaupun dilakukan pengkajian tetapi tidak terdokumentasi dalam status pasien tersebut, hanya gigi dan kasus yang ditangani yang selalu terdokumentasi,

H₁ yang ditemukan di lapangan didapatkan bahwa manajemen sistem dokumentasi keperawatan pada poliklinik gigi belum berjalan, hal ini disebabkan perawat gigi belum terpapar dengan dokumentasi keperawatan, selain itu walaupun pihak manajemen telah memberikan SOP dokumentasi keperawatan, tetapi pihak manajemen tidak pernah meminta umpan balik dari SOP yang telah diberikan ke poliklinik gigi, sehingga kontrol dan pengawasan dari SOP yang telah diberikan tidak optimal bahkan tidak terlaksana, walaupun dilakukan kontrol hanya pada pekerjaan langsung untuk melayani keluhan dan kebutuhan pasien.

Masalah sistem manajemen dokumentasi keperawatan pada poliklinik gigi akan berjalan sebagaimana mestinya bila pelaku pada organisasi memahami tupoksi pekerjaan yang melekat pada pribadi masing-masing, terbitnya SOP dokumentasi keperawatan maka perawat gigi harus membuat dokumentasi sesuai SOP yang ada, sementara untuk menunjang SOP tersebut pihak manajemen tidak hanya menilai pekerjaan yang dilaksanakan dari laporan harian dan bulanan saja, selain pengawasan tindakan pelayanan juga dibutuhkan pengawasan manajemen berupa sistem dokumentasi keperawatan. Dokumentasi merupakan bagian dari administrasi sebagai jaminan pelayanan yang diberikan kepada pasien dan dapat mendukung kualitas pelayanan yang diberikan.

Berikut disajikan pembahasan dan upaya peningkatan pelaksanaan dokumentasi keperawatan pada poliklinik gigi:

Tabel 2. Pembahasan dan Upaya Peningkatan Pelaksanaan Dokumentasi Keperawatan Pada Poliklinik Gigi

Topik	:	Manajemen dokumentasi keperawatan pada poliklinik gigi
Teori	:	Manajemen adalah proses perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian
Masalah	:	Tidak terselenggaranya dokumentasi keperawatan pada poliklinik gigi
Penyebab	:	Adanya SOP dokumentasi keperawatan pada poliklinik gigi, tetapi belum ada penanggung jawab dokumentasi keperawatan serta belum terlaksana pengawasan dan pengendalian, hal ini terlihat dari pengisian status poliklinik gigi yang terdokumentasi hanya gigi dan kasus yang ditangani
Solusi	:	Setiap poliklinik gigi menyediakan SOP dokumentasi keperawatan dan menunjuk penanggung jawab pendokumentasian serta adanya pengawasan terhadap SOP tersebut

1. Input penyelenggaraan dokumentasi keperawatan

a. Sumber daya manusia (SDM)

Sumber Daya Manusia (SDM) mempunyai peranan sangat besar pada instansi pelayanan kesehatan, proses manajemen yang efektif tidak layak tanpa komitmen dan pelibatan SDM pada semua tingkatan, organisasi tidak dapat menciptakan budaya berorientasi kinerja apabila SDM tidak mempunyai komitmen atau terlibat dalam perbaikan produktivitas. Sehingga diperlukan perencanaan SDM yang baik yang meliputi *skill inventory* (data pendidikan, pelatihan, pengalaman, lama bekerja), *job analysis* (uraian tugas dan tanggung jawab), *replacement chart* (diagram jabatan) dan *expert forecast*

Menurut Permenkes RI Nomor 58 tahun 2012 perawat gigi sebagai tenaga kesehatan berwenang menyelenggarakan pekerjaan keperawatan gigi sesuai dengan bidang keahlian yang dimiliki serta telah lulus pendidikan perawat gigi sesuai ketentuan perundang-undangan. Hak perawat gigi adalah memperoleh perlindungan hukum sepanjang melaksanakan pekerjaannya sesuai standar profesi, pembinaan pekerjaan perawat gigi berasal dari pemerintah dan organisasi profesi untuk meningkatkan mutu pelayanan. Pelaksana dokumentasi keperawatan sebagai kegiatan manajerial perawat gigi

1 dalam mengelola dokumen di klinik gigi sehingga dokumen tertata rapi dan mudah diakses sesuai aturan, data yang didapat diolah untuk memperoleh informasi

1 Pelaksanaan pekerjaan pada poliklinik gigi di instansi pelayanan harus mempunyai uraian tugas (*Job description*) untuk perawat gigi yang dibuat berdasarkan latar belakang pendidikan, sehingga perawat gigi bekerja sesuai dengan uraian tugas yang ada, jika tidak ada *job description* perawat gigi bekerja bisa melebihi kompetensi dan bahkan bisa kurang dari kompetensi yang seharusnya, seharusnya perawat gigi bekerja sesuai dengan standar kompetensi yang ada, jika dalam pelaksanaan tugas perawat gigi melebihi standar kompetensi yang seharusnya ada surat tugas limbah wewenang tertulis dari dokter gigi walaupun penanggung jawab tetap dokter gigi pada poliklinik gigi tersebut. Seharusnya bagi perawat gigi yang bekerja di luar kompetensi dan tidak mempunyai surat tugas limbah wewenang secara tertulis berhak untuk menolak pekerjaan tersebut untuk menjamin keselamatan perawat gigi tersebut dan menghindari masalah hukum dan mal praktik terhadap pasien, selain itu adanya uraian tugas dapat meningkatkan mutu instansi pelayanan itu sendiri.

Berikut disajikan pembahasan SDM dan upaya peningkatan pelaksanaan dokumentasi keperawatan pada poliklinik gigi pada tabel 2 dibawah ini:

1
Tabel 3 Pembahasan dan Rekomendasi SDM Penyelenggaraan Dokumentasi Keperawatan pada Poliklinik Gigi Rumah Sakit

Topik	Teori	Masalah	Penyebab	Solusi
SDM	Perencanaan SDM yang baik dalam sistem manajemen terdiri dari <i>skill inventory, job analysis</i> dan <i>replacement chart</i> SDM bekerja sesuai kompetensi	Tidak tersedianya uraian tugas dan diagram jabatan dan SDM yang ada bekerja tidak sesuai kompetensi	Perawat gigi bekerja sesuai tugas dan tradisi yang ada serta tidak pernah ada permasalahan	Bekerja sesuai kompetensi, tersedianya uraian tugas tertulis dan penanggung jawab kegiatan

b. Sarana dan prasarana

Sarana dan prasarana kelengkapan administrasi poliklinik gigi adalah berupa buku register pasien, kartu status asuhan keperawatan gigi dan mulut, kartu pendaftaran pasien, surat rujukan, kuitansi, stempel dan map yang bertujuan untuk pendaftaran pasien, pencatatan hasil pemeriksaan fisik maupun penunjang, penyimpanan data pasien dan pengambilan kembali bila diperlukan. Sarana utama yang diperlukan dalam sistem pencatatan adalah ketersediaan format/ formulir pasien poliklinik yang cukup dan sesuai kebutuhan, sarana fisik berupa formulir lembar pasien rawat jalan poliklinik gigi.

Isi formulir status pasien poliklinik sangat tercermin dari rancangan/ format dari kebutuhan pelayanan. Formulir status pasien poliklinik gigi dikembalikan ke bagian rekam medis setiap hari selesai semua tindakan dan telah dilakukan pencatatan ke dalam buku register poliklinik gigi. Pengaturan sarana administrasi poliklinik gigi sesuai aturan Permenkes RI Nomor 58 tahun 2012 tentang penyelenggaraan pekerjaan perawat gigi yang berisi standar minimal administrasi klinik gigi dalam pelayanan asuhan keperawatan gigi seperti status khusus pencatatan pemeriksaan dan perawatan gigi.

Tidak tersedianya kartu pencatatan pemeriksaan dan perawatan gigi karena selama ini pencatatan menggunakan status yang langsung dari rekam medis, sehingga kebutuhan status khusus pencatatan pemeriksaan dan perawatan gigi belum pernah diajukan dari petugas poliklinik gigi dan belum ada pedoman bagi perawat gigi untuk mengajukannya. Upaya manajemen untuk melengkapi sarana berupa administrasi poliklinik gigi adalah dengan penyediaan kartu pencatatan pemeriksaan dan perawatan gigi,

Kelengkapan sarana administrasi berupa kartu pencatatan pemeriksaan dan perawatan gigi akan dipenuhi oleh pihak manajemen asalkan tidak melanggar aturan dan etika, tetapi harus diajukan terlebih dahulu oleh petugas poliklinik gigi kepada pihak manajemen, berikut disajikan pembahasan sarana dan prasarana poliklinik gigi dalam upaya peningkatan pelaksanaan dokumentasi keperawatan pada poliklinik gigi pada tabel 3 dibawah ini:

1
Tabel 3 Pembahasan dan Rekomendasi Sarana Administrasi Poliklinik Gigi dalam Penyelenggaraan Dokumentasi Keperawatan

Topik	Teori	Masalah	Penyebab	Solusi
Sarana prasarana	Sarana administrasi poliklinik gigi adalah buku register pasien, kartu status asuhan keperawatan gigi dan mulut, kartu pendaftaran pasien, surat rujukan, kuitansi, stempel dan maps. Sarana utama siste ¹ pencatatan adalah ketersediaan format/formulir pasien poliklinik yang kebutuhan	Tidak tersedianya kartu pencatatan pemeriksaan keperawatan gigi pada poliklinik gigi	Belum ada perawat gigi yang mengajukan permintaan status khusus keperawatan gigi karena belum ada pedoman untuk pengajuan	Penyedia kartu pencatatan pemeriksaan dan perawatan gigi

c. Kebijakan dan SOP (Standar Operasional Prosedur)

Standar Prosedur Operasional (SOP) adalah pedoman yang berisi prosedur operasional standar untuk memastikan bahwa langkah atau tindakan penggunaan fasilitas pemrosesan yang dilaksanakan berjalan secara efektif, konsisten, standar dan sistematis. SOP yang efektif pada dasarnya menunjukkan bahwa organisasi mempunyai kemauan memperbaiki langkah-langkah kegiatan serta pengambilan keputusan dan memutakhirkannya dari waktu ke waktu sesuai dengan tuntutan perubahan yang dialami yang berasal dari inisiatif lingkungan. SOP merupakan model penting bagi organisasi untuk mengendalikan keputusan dan kegiatan yang dilakukan dalam koridor yang sistematis dan efektif. Semakin besar sebuah organisasi, aspek operasional harus sama baik dengan aspek administrasi, semua akan terwujud bila organisasi memiliki panduan yang jelas tentang kegiatannya.

Kebijakan dokumentasi keperawatan pada poliklinik gigi adalah kebijakan pimpinan instansi secara tertulis yang mengatur

penyelenggaraan dokumentasi keperawatan, karena itu organisasi memerlukan SOP guna menjamin proses kegiatan lancar.

Hal yang ditemukan di lapangan sudah ada kebijakan dan SOP dokumentasi keperawatan di poliklinik gigi, tetapi SOP tidak dipajang sebagai bahan publikasi bagi petugas operasional, sehingga SOP ini hanya tersimpan sebagai arsip poliklinik gigi, implikasi dari permasalahan tersebut petugas yang menerima dokumen kebijakan dan SOP kurang menyadari bahwa hal ini harus diketahui oleh semua perawat gigi dalam pendokumentasian keperawatan.

1. Terkait permasalahan kebijakan manajemen dalam penerapan SOP dokumentasi keperawatan pada poliklinik gigi dan penerapannya belum maksimal karena belum disosialisasikan dalam hal penerapannya, seharusnya perawat gigi mengetahui bahwa dokumentasi keperawatan merupakan bagian dari kompetensi yang harus dilakukan jika sudah ada kebijakan dan SOP. Salah satu cara efektif agar SOP dapat terlaksana adalah dengan memajang SOP sebagai publikasi panduan kerja bagi petugas di poliklinik gigi, jika belum mempunyai SOP dan kebijakan dokumentasi diharapkan dapat membuat SOP dokumentasi keperawatan sebagai bagian penting dalam pelaksanaan pekerjaan sehingga menjamin pekerjaan tersebut terlaksana dengan sistematis dan menjamin pelaksanaan pekerjaan sesuai prosedur yang berlaku, perawat gigi seharusnya menyadari bahwa dokumentasi keperawatan merupakan bukti tertulis pelayanan kesehatan untuk menjamin penyelenggaraannya. Dengan adanya SOP pihak manajemen diharapkan mengontrol sekaligus ada tahapan evaluasi berkelanjutan dari pelaksanaan SOP tersebut.

Berikut disajikan pembahasan kebijakan dan SOP dokumentasi keperawatan pada poliklinik gigi dalam upaya peningkatan pelaksanaan dokumentasi keperawatan pada poliklinik gigi pada tabel 4 dibawah ini:

1
Tabel 4 Pembahasan dan Rekomendasi SOP Dokumentasi Keperawatan pada Poliklinik Gigi

Topik	Teori	Masalah	Penyebab	Solusi
Kebijakan dan SOP	Standar Prosedur Oprasional (SOP) adalah pedoman untuk memastikan bahwa tindakan dilaksanakan secara efektif, konsisten, standar dan sistematis. Kebijakan dokumentasi keperawatan pada poliklinik gigi adalah kebijakan direktur rumah sakit secara tertulis yang mengatur penyelenggaraan dokumentasi keperawatan.	Tidak semua poliklinik gigi memiliki SOP dokumentasi, tetapi SOP yang ada hanya disimpai sebagai arsip dan tidak dipublikasikan	Poliklinik gigi di anggap sebagai bagian kecil yang tidak mendapat perhatian, 1 ng penting dapat melayani kebutuhan klien dan bekerja sesuai prosedur	Membuat SOP dokumentasi keperawatan untuk pedoman kerja dan diharapkan mengontrol dan evaluasi berkelanjutan dari SOP yang ada

d. Kebijakan dan pengembangan staf

Kebijakan pengembangan staf dapat dilakukan dengan cara bimbingan pimpinan dan upaya kendali mutu serta *problem solving cycle* dan pendidikan tambahan dengan mengikuti kursus dan seminar serta mengikuti pendidikan formal di kampus. Semua staf mempunyai kesempatan yang sama untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan.

Kebijakan dan pengembangan staf secara formal melalui pendidikan di kampus menyatakan bahwa setiap SDM pada instansi pelayanan berhak untuk mendapatkan kebijakan dan pengembangan staf, tetapi kebijakan dan pengembangan staf terkait dengan pekerjaan, kebijakan dan pengembangan staf berlaku untuk semua tetapi tidak meninggalkan tugas pokok, walau demikian pihak manajemen selalu menghimbau tenaga yang ada untuk melanjutkan pendidikan tetapi tidak memaksakan.

Kebijakan dan pengembangan staf seharusnya pada setiap bagian mempunyai komposisi yang sama walaupun kompetensi perawat gigi bersifat spesifik, apapun pelatihan dan pendidikan yang dijalankan oleh perawat gigi diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan dan mutu instansi pelayanan.

Berikut disajikan pembahasan tentang kebijakan dan pengembangan staf perawat gigi pada poliklinik gigi dalam upaya peningkatan pelaksanaan dokumentasi keperawatan pada poliklinik gigi pada tabel 5 dibawah ini:

Tabel 5 Pembahasan dan Rekomendasi Pengembangan Staf Perawat Gigi pada Poliklinik Gigi

Topik	Teori	Masalah	Penyebab	Solusi
Pengembangan staf perawatan gigi	Setiap staf mempunyai kesempatan yang sama untuk mengikuti pendidikan berkelanjutan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan melalui bimbingan, pendidikan, tambahan, kursus, seminar dan pendidikan formal di kampus	Pengembangan staf perawat gigi boleh melalui pendidikan formal tetapi tidak meninggalkan tugas pokok dan perawat tidak pernah mendapat pelatihan pelayanan dan administrasi	Kompetensi perawat gigi bersifat spesifik	Memberi pelatihan untuk pelayanan dan administrasi pendokumenan tasan

2. Proses penyelenggaraan dokumentasi keperawatan

Proses adalah kegiatan yang dilaksanakan secara profesional oleh tenaga kesehatan (pada poliklinik gigi adalah dokter gigi dan

perawat gigi) dan interaksinya dengan pasien. Asumsinya adalah semakin patuh tenaga kesehatan profesional kepada standar yang baik (*standard of good practice*), akan semakin tinggi mutu pelayanan terhadap pasien, pendekatan proses adalah pendekatan yang paling langsung terhadap mutu pelayanan.

Menurut Lyer, *et al*, 1996 proses keperawatan terdiri dari 5 tahap yang berurutan dan saling berhubungan, yakni pengkajian, diagnosis, perencanaan, intervensi dan evaluasi.

a. Pengkajian keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan berupa proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien merupakan dasar utama dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien, karena itu pengkajian yang benar, akurat, lengkap dan sesuai dengan kenyataan harus dilakukan. Pengkajian bertujuan untuk mengumpulkan, mengorganisasi dan mendokumentasikan data yang menjelaskan respon klien yang mempengaruhi pola kesehatannya. Informasi tentang klien/ pengumpulan data keperawatan diperoleh dari wawancara (anamnese), pemeriksaan fisik, pengamatan (observasi) dan studi dokumentasi keperawatan sebelumnya/ rekam medis.

Hal yang ditemukan bahwa pengkajian keperawatan tidak dilakukan dengan lengkap, anamnese lengkap, pemeriksaan fisik dan pengamatan pasien, tetapi proses ini tidak didokumentasikan, Pengkajian tidak dilakukan dengan lengkap karena sudah menjadi kebiasaan. Berikut disajikan pembahasan pengkajian keperawatan yang dilakukan perawat gigi pada poliklinik gigi dalam upaya peningkatan pelaksanaan dokumentasi keperawatan pada poliklinik gigi pada tabel 6 dibawah ini:

1
Tabel 6 Pembahasan dan Rekomendasi Pengkajian Keperawatan pada Poliklinik Gigi

Topik	Teori	Masalah	Penyebab	Solusi
Pengkajian keperawatan	Pengkajian adalah tahap awal proses keperawatan berupa pengumpulan data yang sistematis dalam asuhan keperawatan sesuai kebutuhan klien, diperoleh dari wawancara (anamnese), pemeriksaan fisik, pengamatan (observasi) dan rekam medis	Melakukan pengkajian tapi tidak didokumentasikan dengan lengkap	Sudah menjadi kebiasaan dan posisi perawat gigi sebagai asistensi dokter gigi	Mendokumentasikan pengkajian sebagai kompetensi perawatan gigi.

b. Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan merupakan tahap proses keperawatan dengan mengidentifikasi masalah kesehatan pasien sebagai suatu pernyataan singkat, tegas dan jelas yang didasarkan pada pengumpulan dan evaluasi data yang dilakukan secara sistematis, praktis, etis dan profesional oleh tenaga keperawatan. Kunci perumusan yang tepat pada dokumentasi keperawatan adalah menggunakan proses pemecahan masalah yang meliputi tiga komponen yaitu problem, etiologi dan sign/symptom.

Berikut disajikan pembahasan diagnosis keperawatan yang dilakukan perawat gigi pada poliklinik gigi dalam upaya peningkatan pelaksanaan dokumentasi keperawatan pada poliklinik gigi pada tabel 7 dibawah ini:

1
Tabel 7 Pembahasan dan Rekomendasi Diagnosis Keperawatan pada Poliklinik Gigi

Topik	Teori	Masalah	Penyebab	Solusi
Diagnosis keperawatan	Diagnosis keperawatan merupakan proses mengidentifikasi masalah kesehatan pasien sebagai suatu penyakit singkat, tegas dan jelas yang didasarkan pada pengumpulan dan evaluasi data	Tidak dilakukan diagnosis keperawatan	Diagnosis ditegakkan oleh dokter gigi	Mendokumentasikan diagnosis keperawatan sebagai kompetensi perata gigi

c. Rencana intervensi keperawatan

Perencanaan merupakan penghubung antara diagnosis dengan intervensi keperawatan, dituliskan sedemikian rupa sehingga perawat dapat memilih dan memprioritaskan masalah yang paling berpengaruh terhadap peningkatan, pemeliharaan dan perbaikan status kesehatan klien. Data diperoleh dari keluhan klien dan menggambarkan intervensi keperawatan terhadap pengobatan suatu penyakit.

Hal yang ditemukan di lapangan perawat gigi tidak melakukan rencana intervensi keperawatan, hal ini disebabkan posisi perawat gigi sebagai mitra kerja dokter gigi, dan selama ini tidak ada permasalahan dilakukan rencana intervensi atau tidak, seharusnya sebelum melakukan tindakan direncanakan terlebih dahulu, dan hal ini diharapkan tertuang dalam dokumentasi keperawatan untuk meningkatkan kualitas dan mutu pelayanan yang diberikan kepada pasien.

Berikut disajikan pembahasan rencana intervensi keperawatan yang dilakukan perawat gigi pada poliklinik gigi dalam upaya peningkatan pelaksanaan dokumentasi keperawatan pada poliklinik gigi pada tabel 8 dibawah ini:

Tabel 8 Pembahasan dan Rekomendasi Rencana intervensi keperawatan pada Poliklinik Gigi

Topik	Teori	Masalah	Penyebab	Solusi
Rencana intervensi keperawatan	Perencanaan merupakan penghubung diagnosis dengan intervensi keperawatan, ditulis sedemikian rupa untuk memilih dan memprioritaskan masalah yang paling berpengaruh terhadap status kesehatan klien.	Perawat gigi tidak melakukan rencana intervensi keperawatan	Rencana intervensi dilakukan oleh dokter gigi	Mendokumentasikan rencana intervensi sebagai kompetensi perawat gigi

d. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan langkah keempat dari proses keperawatan dalam membantu klien mencegah, mengurangi dan menghilangkan dampak atau respon yang ditimbulkan oleh masalah kesehatan. Dokumentasi intervensi keperawatan adalah pencatatan proses intervensi keperawatan yang meliputi tindakan apa, siapa yang melakukan, mengapa dilakukan, dimana dilakukan, kapan dilakukan dan bagaimana tindakan dilakukan. Berikut pembahasan intervensi keperawatan pada poliklinik gigi dalam upaya peningkatan pelaksanaan dokumentasi keperawatan, pada tabel 9 dibawah ini:

Tabel 9 Pembahasan dan Rekomendasi Intervensi Keperawatan pada Poliklinik Gigi

Topik	Teori	Masalah	Penyebab	Solusi
Intervensi keperawatan	Intervensi keperawatan merupakan proses yang telah direncanakan untuk membantu masalah kesehatan klien yang meliputi tindakan apa, siapa yang melakukan,	Tidak semua perawat gigi melakukan intervensi keperawatan	Intervensi dilakukan oleh dokter gigi	Mendokumentasikan intervensi keperawatan sebagai kompetensi perawat gigi

Topik	Teori	Masalah	Penyebab	Solusi
	mengapa dilakukan, dimana dilakukan, kapan dilakukan dan bagaimana tindakan tersebut dilakukan			

e. Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan proses menentukan nilai keberhasilan yang diperoleh dari pelaksanaan tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Objek yang dinilai adalah *output/ outcome* tindakan dan proses pelaksanaannya yang merupakan totalitas dari hasil yang dicapai, sedangkan penilaian proses merupakan langkah kaji ulang dari proses pelaksanaan yang membutuhkan revisi atau pembetulan.

Hal yang ditemukan di lapangan tidak ada evaluasi keperawatan yang merupakan tugas pokok atau kompetensi keperawatan yang harus dijalani untuk mendapatkan mutu serta kualitas pelayanan yang telah diberikan kepada pasien.

Berikut disajikan pembahasan evaluasi keperawatan yang dilakukan perawat gigi pada poliklinik gigi dalam upaya peningkatan pelaksanaan dokumentasi keperawatan pada poliklinik gigi pada tabel 10 dibawah ini:

Tabel 10 Pembahasan dan Rekomendasi Evaluasi Keperawatan pada Poliklinik Gigi

Topik	Teori	Masalah	Solusi
Evaluasi keperawatan	Evaluasi keperawatan merupakan proses menentukan nilai keberhasilan tindakan	Tidak melakukan evaluasi keperawatan	Mendokumentasikan evaluasi keperawatan sebagai kompetensi keperawatan gigi

3. *Output/outcome* penyelenggaraan dokumentasi keperawatan

Outcome adalah hasil akhir kegiatan dan tindakan tenaga kesehatan profesional terhadap pasien, penilaian *outcome* adalah evaluasi akhir dari tindakan atau kepuasan. *Outcome* jangka pendek adalah hasil segala tindakan tertentu atau prosedur tertentu, *outcome* jangka panjang adalah status kesehatan atau kemampuan fungsional pasien, dapat dikatakan bahwa *outcome* adalah petunjuk aktif tidaknya proses, bagi tenaga kesehatan profesional *outcome* berkaitan erat dengan terpenuhinya standar dokumentasi dan tanggung jawab profesi.

a. Terpenuhinya standar dokumentasi keperawatan

Standar diartikan sebagai ukuran atau model terhadap sesuatu yang hampir sama, model mencakup kualitas, karakteristik, sarana dan kinerja yang diharapkan dalam suatu intervensi pelayanan dan seluruh komponen yang terlibat. Standar dokumentasi sebagai petunjuk terhadap cara penyimpanan dan teknik pendokumentasian yang benar, standar harus dipahami oleh rekan sejawat, profesi kesehatan lain dan tim akreditasi, jika standar dapat di observasi maka perawat, pekerja dan klien akan dihargai dan dilindungi dari kesalahan.

Instansi pelayanan harus menyelenggarakan dokumentasi keperawatan yang merupakan bukti proses pelayanan medis yang diberikan kepada pasien, dokumentasi keperawatan memuat informasi yang cukup dan akurat tentang pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, intervensi keperawatan yang dilakukan dan evaluasi keperawatan.

Standar dokumentasi keperawatan belum optimal, terbukti walaupun ada standar dokumentasi keperawatan dari pihak manajemen telah ada pada setiap ruangan, zaman sekarang harusnya setiap tindakan terdokumentasi dan harus ada yang bertanggung jawab, termasuk pencatatan dan pelaporan yang harus dilaksanakan setiap hari, ada laporan bulanan, termasuk kunjungan ke poliklinik gigi, ada pencatatan pasien, jenis penyakit dan jumlah kunjungan, hal ini terkait dengan mutu dan perlindungan perawat gigi, tetapi pada

kenyataannya pelaksanaan pendokumentasian yang dilakukan di poliklinik gigi tidak dilakukan dengan lengkap, untuk pelaporan dapat dipertanggung jawabkan, di lain pihak pihak manajemen menyatakan tidak perlu pendokumentasian keperawatan pada poliklinik gigi karena tidak ada pasien yang dirawat, yang penting dapat melayani pasien sesuai prosedur, apabila pihak manajemen mengatakan hal seperti itu bagaimana pendokumentasian keperawatan akan berjalan sesuai standar.

Pendokumentasian keperawatan tidak lengkap, misal pengkajian dilakukan tetapi tidak lengkap dan hanya pada kasus tertentu, hal ini disebabkan tidak tersedianya status atau kartu pencatatan pemeriksaan dan perawatan gigi, walaupun ada standar yang telah diterbitkan oleh pihak manajemen tetapi tidak pernah dipermasalahkan apa yang didokumentasikan pada status pasien, baik dari pihak manajemen maupun dari pihak rekam medis yang menerima pelaporan. Selain faktor diatas penyebab tidak terlaksananya standar dokumentasi keperawatan adalah jika pihak manajemen menyatakan poliklinik gigi tidak perlu standar pendokumentasian, sehingga perawat gigi tidak merasa perlu melakukan dokumentasi keperawatan, walaupun itu merupakan bagian dari tugas pokok perawat gigi.

Dalam pelaksanaan pekerjaan untuk meningkatkan mutu, apapun tindakan yang direncanakan maupun yang dilaksanakan terdokumentasi, dengan adanya standar dokumentasi, seharusnya perawat gigi mulai belajar bagaimana agar standar dokumentasi keperawatan yang ada dapat dilaksanakan, hal ini didukung dengan ketersediaan status atau kartu pencatatan pemeriksaan dan perawatan gigi di poliklinik gigi, serta adanya dukungan dari pihak manajemen akan menuntut perawat gigi bekerja sesuai standar yang seharusnya.

Berikut disajikan pembahasan standar dokumentasi keperawatan yang dilakukan perawat gigi pada poliklinik gigi dalam upaya peningkatan pelaksanaan dokumentasi keperawatan pada poliklinik gigi pada tabel 10 dibawah ini:

1

Tabel 10 Pembahasan dan Rekomendasi Standar Dokumentasi Keperawatan pada Poliklinik Gigi

Topik	Teori	Masalah	Penyebab	Solusi
Standar dokumentasi keperawatan	Standar dokumentasi sebagai petunjuk cara penyimpanan cara	Tidak setiap poliklinik perlu mempunyai standar pendokumentasian standar tetapi yang ada belum optimal dilaksanakan	setiap gigi manajemen mengganggu standar dokumentasi pada poliklinik gigi karena tidak ada gigi poliklinik dan gigi yang penting dapat melayani kebutuhan klien	Dukungan pihak manajemen dan ketersediaan kartu pencatatan pemeriksaan perawatan gigi di poliklinik dan gigi

b. Terpenuhi standar tanggung jawab perawat

Pelaksanaan standar dapat dicapai individu perawat jika adanya standar tanggung jawab dalam praktik keperawatan (ANA, 1973) adalah memberi pelayanan dengan menghargai klien sebagai makhluk hidup, melindungi hak/privasi klien, mempertahankan kompetensi keperawatan, melindungi klien jika intervensi dan keselamatannya terancam yang diakibatkan orang lain yang tidak kompeten, tidak etis dan ilegal, partisipasi untuk meningkatkan standar pelayanan, pendidikan keperawatan, meningkatkan serta mempertahankan kualitas keperawatan.

Tanggung jawab independen perawat dalam kegiatan dokumentasi adalah: menjaga akurasi dokumentasi asuhan keperawatan bersama dengan hasil monitor, observasi dan evaluasi status kesehatan klien supaya dokumentasi tetap konsisten dengan program asuhan keperawatan, mendokumentasikan semua asuhan keperawatan yang dilakukan untuk mengurangi/ mencegah risiko dan mempertahankan keselamatan klien, dokumentasikan semua asuhan

keperawatan klien, dokumentasikan semua komponen proses perawatan sesuai dengan waktu implementasinya termasuk pengkajian ulang, diagnosis perawatan, rencana intervensi dan modifikasi kriteria hasil dan catatan pengajaran klien.

Penilaian kinerja merupakan akumulasi kerja setiap bulan, dikaitkan dengan insentif dan jasa medis, reward berupa kenaikan pangkat dikaitkan dengan angka kredit dan target akhir tahun. Dalam pelaksanaan pekerjaan semua karyawan harus dapat melayani klien dengan maksimal agar klien merasa puas dengan pelayanan yang diberikan, tanggung jawab pelaksanaan pelayanan sudah maksimal, jika masyarakat terlayani berarti tidak ada masalah.

Standar tanggung jawab perawat gigi harus dapat melaksanakan pekerjaan sesuai rambu-rambu yang ada, bertanggung jawab dalam pekerjaan sesuai standar kompetensi dan ada perlindungan. Dalam pelaksanaan pekerjaan tidak semua perawat gigi mempunyai uraian tugas yang jelas dan tertulis, jika tidak ada uraian tugas, maka perawat gigi kadang bekerja melebihi standar tanggung jawab sebagai perawat gigi atau malah kurang dari standar kompetensi yang harus dilaksanakan.

Pelaksanaan tugas perawat gigi tidak dapat memenuhi standar tanggung jawab karena tidak adanya uraian tugas yang tertulis jelas serta tidak adanya penunjukan petugas khusus untuk administrasi seperti untuk pendokumentasian perawatan. Karena tidak adanya uraian tugas, sehingga hanya tindakan tertentu yang dapat dilaksanakan oleh perawat gigi, dan tidak semua standar kompetensi dapat dilaksanakan. Selain itu untuk dokumentasi perawatan gigi belum terlaksana karena tidak ada pedoman dan sosialisasi dalam pelaksanaan standar tanggung jawab ini, sehingga pelaksanaan pendokumentasian perawatan masih menggunakan cara lama dengan hanya menuliskan kasus serta gigi yang ditindak.

Agar pelaksanaan pekerjaan perawat gigi sesuai dengan standar tanggung jawab, maka dalam pelaksanaan pekerjaan harus ada uraian tugas yang jelas dan ada penunjukan petugas tertentu seperti penunjukan petugas tenaga administrasi atau tugas khusus lainnya berupa tenaga untuk dokumentasi perawatan, sehingga tanggung

jawab pekerjaan dapat lebih jelas, dan perawat gigi dapat bekerja sesuai kompetensi dan uraian tugas yang ada.

Berikut disajikan pembahasan standar tanggung jawab yang dilakukan perawat gigi pada poliklinik gigi dalam upaya peningkatan pelaksanaan dokumentasi keperawatan pada poliklinik gigi pada tabel 11 dibawah ini:

Tabel 11 Pembahasan dan Rekomendasi Standar Tanggung Jawab Perawat pada Poliklinik Gigi

Topik	Teori	Masalah	Penyebab	Solusi
Standar tanggung jawab	Standar tanggung jawab perawat melaksanakan pekerjaan sesuai rambu-rambu yang ada dan standar kompetensi. Tanggung jawab independen pendokumentasian adalah menjaga akurasi dokumentasi askep, mendokumentasikan semua askep dan komponen proses keperawatan sesuai waktu implementasinya	Tidak terpenuhi tanggung jawab kompetensi dan tanggung jawab independen dalam pendokumentasian	Tidak adanya uraian tugas tertulis dan penunjukkan petugas khusus dokumentasi	Membuat uraian tugas tertulis dan menunjukkan petugas khusus dokumentasi

10. DOKUMENTASI KEPERAWATAN DIGITAL

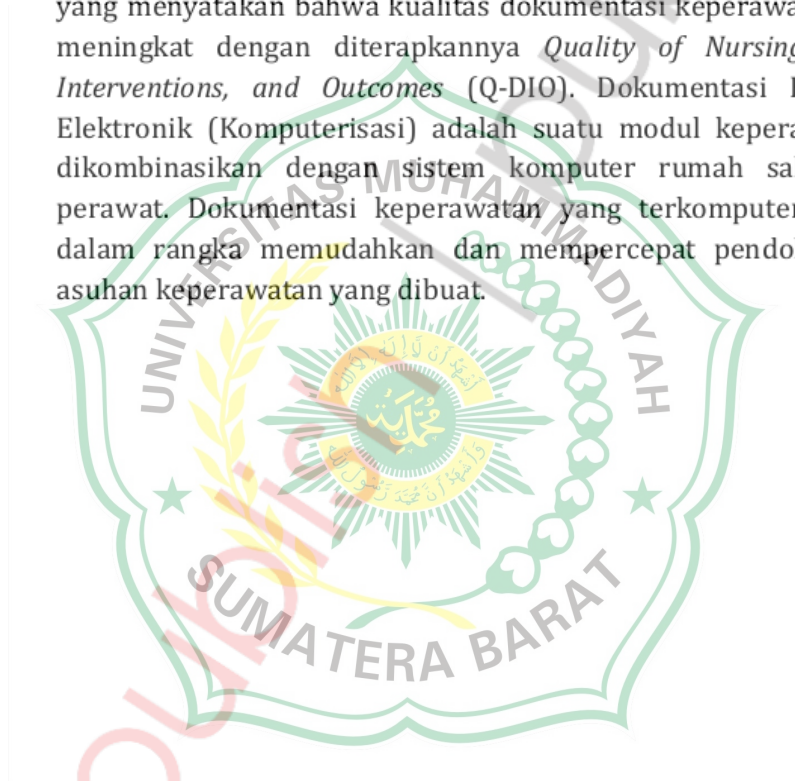
Dokumentasi didefinisikan sebagai segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang (Potter & Perry, 1997). Dokumentasi yang baik tidak hanya mencerminkan kualitas keperawatan tetapi juga membuktikan pertanggung gugatan setiap anggota tim keperawatan dalam memberikan asuhan.

Dokumentasi perawatan sangatlah penting bagi kelanjutan dari pelayanan asuhan keperawatan klien, namun dokumentasi proses keperawatan sering kurang berkualitas, karena dalam membuat pencatatan keperawatan memerlukan waktu lama dan penyimpanannya pun tidak efektif, sehingga perawat seringkali kehilangan waktu untuk memberikan asuhan keperawatan terhadap klien. Oleh karena itu untuk meningkatkan dokumentasi asuhan keperawatan maka perlu diterapkan sistem informasi keperawatan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. Komputerisasi dapat mendukung dalam dokumentasi keperawatan dan akan membantu meningkatkan kualitas dokumentasi. Namun dengan diterapkannya komputerisasi di rumah sakit juga perlu diimbangi oleh kemampuan perawat dalam mengoperasikan komputer. Untuk meningkatkan kemampuan perawat dalam penggunaan komputer maka perawat telah menyoroti kebutuhan untuk pelatihan dalam penggunaan teknologi informasi, dan penilaian kritis penting untuk profesional perawat. (Docker, et al., 2003).

Penerapan sistem informasi keperawatan dalam dokumentasi asuhan keperawatan bertujuan untuk meningkatkan kuantitas dan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan. Dokumentasi keperawatan yang berlaku di rumah sakit saat ini umumnya dilakukan secara tertulis (*paper based documentation*). Metode ini mempunyai kelemahan yaitu memerlukan waktu yang cukup lama untuk mengisi form yang tersedia, membutuhkan biaya, pencetakan form yang cukup mahal, sering hilang atau terselip, memerlukan tempat penyimpanan yang luas dan menyulitkan pencarian kembali di saat diperlukan. Di samping itu masih banyak perawat yang belum menyadari bahwa

tindakan yang dilakukan harus dipertanggungjawabkan. Perawat juga banyak yang tiada tahu data apa yang harus dimasukkan dan bagaimana dokumentasi keperawatan yang benar, untuk itu perlu adanya inovasi pencatatan keperawatan yang benar, untuk itu perlu adanya inovasi pencatatan dengan menggunakan pencatatan berbasis elektronik.

Dokumentasi yang berbasis komputer selain meningkatkan kualitas juga memungkinkan penggunaan kembali data keperawatan untuk manajemen keperawatan dan penelitian keperawatan. Hal ini seperti yang terdapat dalam hasil penelitian dari Mueller, et al.2006 yang menyatakan bahwa kualitas dokumentasi keperawatan semakin meningkat dengan diterapkannya *Quality of Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes (Q-DIO)*. Dokumentasi Keperawatan Elektronik (Komputerisasi) adalah suatu modul keperawatan yang dikombinasikan dengan sistem komputer rumah sakit ke staff perawat. Dokumentasi keperawatan yang terkomputerisasi dibuat dalam rangka memudahkan dan mempercepat pendokumentasian asuhan keperawatan yang dibuat.



11. KELEBIHAN DAN KEKURANGAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN BERBASIS KOMPUTER

Suatu studi Dokumentasi Keperawatan Berbasis Teknologi Komputer yang diselenggarakan di University medical center Heidelberg selama 18 bulan. Hasil dari studi menunjukkan adanya suatu peningkatan yang sangat baik dari sisi kuantitas dan kualitas dokumentasi. Aspek positif meliputi kelengkapan dari dokumentasi keperawatan, aspek yang formal dan peningkatan kualitas hubungan antar perawat. Aspek yang negatif adalah berkaitan dengan contents dari rencana keperawatan (Cornelia,et all ,2007).

A. Kelebihan/Keuntungan

1. Penghematan biaya dari penggunaan kertas untuk pencatatan
2. Penghematan ruangan karena tidak dibutuhkan tempat yang besar dalam penyimpanan arsip.
3. Penyimpanan data pasien menjadi lebih lama.
4. Pendokumentasian keperawatan berbasis komputer yang dirancang dengan baik akan mendukung otonomi yang dapat dipertanggung jawabkan.
5. Membantu dalam mencari informasi yang cepat sehingga dapat membantu pengambilan keputusan secara cepat
6. Meningkatkan produktivitas kerja.
7. Mengurangi kesalahan dalam menginterpretasikan pencatatan.

Sedangkan menurut Holmes (2003, dalam Sitorus 2006), terdapat keuntungan utama dari dokumentasi berbasis komputer yaitu:

1. Standarisasi: terdapat pelaporan data klinik yang standar, mudah dan cepat diketahui.
2. Kualitas: meningkatkan kualitas informasi klinik dan sekaligus meningkatkan waktu perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.
3. *Accessibility, legibility*, mudah membaca dan mendapat informasi klinik dari pasien dalam satu lokasi

B. Kelemahan

1. Kurangnya kemampuan perawat dalam melaksanakan proses keperawatan dan keterampilan perawat menggunakan komputer (Ammentherth, at all, 2003)
2. Besarnya dana yang harus disediakan baik untuk penyediaan maupun perawatan, sdm, kebijakan pemerintah, dan kemampuan perawat dalam teknologi.
3. Dikhawatirkan akan adanya penurunan proses berpikir kritis dari perawat tersebut, karena informasi yang didapat mudah untuk diakses

Beberapa permasalahan dari dokumentasi terkomputerisasi adalah sebagai berikut:

1. Keuntungan pencatatan dengan kertas. Lima kelebihan utama pencatatan dengan kertas (Bradley, 1994 cit. Iyer and Champ, 2005): pencatatan kertas sudah dikenal; mudah dibawa dan dapat dibawa ke ruang perawatan pasien; tidak terjadi *downtime*; fleksibilitas dalam pencatatan data, memudahkan pencatatan data subjektif dan naratif; dapat dicari dan diperiksa dengan cepat. Meskipun demikian, komputer juga cepat dikenal, bisa diletakkan di samping tempat tidur pasien atau tersedia komputer portable, tersedianya software yang dirancang khusus untuk menuliskan teks bebas dan kemudahan mencari data dengan kode tertentu.
2. Masalah keamanan dan kerahasiaan informasi pasien. Perlunya menjaga privasi, kerahasiaan dan keamanan catatan medis pasien yang terkomputerisasi. Privasi, meliputi hak individu untuk menentukan kapan, kepada siapa dan seluas apa informasi pribadinya disebarluaskan. Kerahasiaan, meliputi rasa percaya di antara pemberi perawatan kesehatan bahwa informasi yang mereka bagi akan dihormati dan digunakan untuk tujuan tertutup. Keamanan, meliputi perlindungan informasi dari akses yang disengaja maupun tidak disengaja oleh orang yang tidak berwenang, termasuk modifikasi dan perusakan informasi.

Melihat banyaknya manfaat dan keuntungan yang diberikan dari pendokumentasian keperawatan yang terkomputerisasi ini tentunya merupakan tantangan yang besar bagi dunia keperawatan di Indonesia. Perkembangan pemanfaatan teknologi komputer khususnya dalam pendokumentasian keperawatan di Indonesia sampai saat ini masih sangat minim. Sampai saat ini sebagian kecil rumah sakit telah menggunakan dokumentasi proses keperawatan berbasis komputer namun hasil evaluasi terhadap keberhasilan tersebut belum disosialisasikan secara global.



12. PERANGKAT KERAS DAN PERANGKAT LUNAK

Perangkat keras

Perangkat keras komputer adalah bagian dari sistem komputer yang merupakan perangkat yang dapat diraba dan dilihat secara fisik serta perangkat yang menjalankan instruksi dari perangkat lunak (software). Perangkat keras komputer juga disebut dengan hardware. Hardware berperan secara menyeluruh terhadap kinerja suatu sistem komputer, perangkat keras terdiri atas bermacam jenis dengan fungsinya masing-masing, berikut ini pemaparannya:

a. Perangkat keras input.

Fungsinya adalah untuk input atau memasukkan data pada memori komputer. Keyboard adalah hardware utama untuk fungsi ini. Sedangkan perangkat peripheral atau pendukungnya adalah mouse dan scanner.

b. Perangkat keras untuk pemrosesan data.

Hardware ini memiliki fungsi dalam olah data atau untuk mengeksekusi perintah apabila ada data yang dimasukkan. Komponen utama dari hardware ini adalah CPU (Central Processing Unit), sound card (kartu suara), VGA, dan motherboard.

c. Perangkat keras output.

Jenis hardware ini memiliki fungsi sebagai penampil data atau mengeluarkan data yang sudah diproses sebelumnya. Monitor dan speaker adalah perangkat utama untuk fungsi tersebut. Komponen pendukungnya seperti printer, proyektor, dan sebagainya.

d. Perangkat keras untuk penyimpanan.

Fungsi dari perangkat keras ini adalah sebagai penyimpan data dari pengguna. Terdapat dua hardware komputer untuk fungsi ini, yakni RAM (untuk penyimpanan volatile), dan harddisk (untuk media penyimpanan non volatile internal). Ada pula Read Only Memory (ROM) sebagai media simpan dengan sifat non volatile. Jadi datanya tidak akan lenyap ketika listrik

mati. Sesuai namanya maka sifatnya hanya read only. ROM umumnya dimanfaatkan sebagai Firmware atau chip BIOS.

e. Perangkat keras kelistrikan.

Agar sebuah komputer bisa beroperasi, pastinya membutuhkan pasokan energi listrik. Adanya hardware ini berfungsi untuk menstabilkan tegangan atau daya listrik yang mengalir pada perangkat komputer. Perangkat keras seperti Power Supply bermanfaat untuk mengelola sistem kelistrikan bagi setiap perangkat kerasnya. Tidak hanya itu, biasanya komputer juga dikoneksikan dengan stavolt atau stabilizer voltage. Fungsinya untuk menstabilkan daya listrik, sebelum nantinya dikelola oleh Power Supply. Uninterruptible Power Supply (UPS) bisa juga ditambahkan pada perangkat komputer. Tujuannya sebagai hardware untuk backup daya listrik. Sehingga saat mati listrik, maka perangkat komputer tetap bisa hidup untuk beberapa waktu. Pemasangan UPS sangat penting, agar komputer tidak tiba-tiba mati ketika aliran listriknya terputus. Dengan begitu, sekaligus mencegah risiko kerusakan perangkat keras dari komputernya.

Perangkat Lunak

Perangkat lunak sendiri dibuat menggunakan "bahasa pemrograman" yang dibuat oleh programmer untuk selanjutnya di kompilasi dengan aplikasi kompilator sehingga menjadi kode yang dapat dikenali / dibaca oleh mesin hardware. Fungsi perangkat lunak (software) adalah memproses data atau instruksi / perintah hingga mendapat hasil atau menjalankan sebuah perintah tertentu. Perangkat Lunak juga berfungsi sebagai sarana interaksi yang menjembatani atau menghubungkan pengguna komputer (user) dengan perangkat keras (hardware). Menurut jenisnya, perangkat lunak terbagi menjadi:

- a. Commercial Software (Perangkat Lunak Berbayar), contohnya adobe photoshop dan corel draw.
- b. Freeware (Perangkat Lunak Gratis), contohnya mozilla firefox dan chrome.

- c. Shareware, yaitu perangkat lunak uji coba dalam jangka waktu tertentu, contohnya aplikasi yang menyediakan free trial.
- d. Firmware, yaitu perangkat lunak yang berkaitan langsung dengan Memory Read Only.
- e. Free Software, yaitu perangkat lunak yang disebarluaskan secara bebas dan gratis oleh para penciptanya.
- f. Open Source Software, yaitu perangkat lunak yang kode sumbernya dapat dibuka dan dimodifikasi serta dikembangkan oleh sebuah komunitas tertentu yang sudah expert.
- g. Malware, yaitu perangkat lunak perusak sistem komputer yang terdiri dari virus, trojan horse, rootkit, cacing, spyware, adware, crimeware, dan perangkat lunak lain yang sifatnya jahat.

Perangkat yang diperlukan untuk Dokumentasi Keperawatan Berbasis Komputer

Perangkat Keras dan Lunak untuk Dokumentasi Keperawatan Berbasis Komputer terdiri dari:

- a. Komputer Set
- b. Scanner
- c. Barcode
- d. Printer
- e. Jaringan Internet
- f. Software Khusus untuk Dokumentasi Keperawatan berbasis Komputer

13. PERSIAPAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN BERBASIS TEKNOLOGI KOMPUTER PENDOKUMENTASIAN

Sebelum suatu instansi rumah sakit menggunakan pendokumentasian keperawatan yang terkomputerisasi ini ada beberapa hal yang perlu dipersiapkan, tidak hanya berkaitan dengan penyediaan hardware dan software computer itu sendiri, tetapi yang lebih dipentingkan adalah kemampuan perawat dalam menggunakan teknologi informasi ini. Sebuah studi di Medical Center Taiwan menunjukkan bahwa permasalahan perawat yang menggunakan system informasi keperawatan adalah pelatihan yang tidak cukup, perhatian terhadap keamanan data, stress karena adanya tambahan beban kerja, kerja sama antar disiplin rendah.

Di Indonesia masih bervariasinya tingkat pendidikan dan pengetahuan perawat terhadap *contens* (isi) dari dokumentas keperawatan masih merupakan problem yang belum terpecahkan. Untuk menghadapi masalah ini mungkin perlu ada terobosan-terobosan dari organisasi profesi perawat bekerja sama dengan institusi pelyanan kesehatan untuk dapat mempersiapkan hal-hal sebagai berikut :

1. Perlu adanya peningkatan pengetahuan terhadap dokumentasi asuhan keperawatan
2. Perlu adanya pelatihan dalam penggunaan komputer terutama berkaitan dengan teknis pencatatan dan software yang digunakan
3. Perlunya kerja sama dengan pihak luar (swasta) terutama bagi rumah sakit pemerintah dalam hal penyediaan komputer.

2

14. PROGRAM-PROGRAM YANG DIRANCANG DALAM SISTEM INFORMASI MANAGER (SIM) KEPERAWATAN

Menurut Jasun (2006) beberapa program yang dirancang dalam SIM Keperawatan antara lain:

A. Standar Asuhan Keperawatan

Standar Asuhan Keperawatan menggunakan standar Internasional dengan mengacu pada Diagnosa Keperawatan yang dikeluarkan oleh North American Nursing Diagnosis Association, standar outcome keperawatan mengacu pada Nursing Outcome Clasification dan standar intervensi keperawatan mengacu pada Nursing Intervention Clasification (NIC) yang dikeluarkan oleh Iowa Outcomes Project. Standar Asuhan Keperawatn ini juga telah dilengkapi dengan standar pengkajian perawatan dengan mengacu pada 13 Divisi Diagnosa Keperawatan yang disusun oleh Doenges dan Moorhouse dan standar evaluasi keperawatan dengan mengacu pada kriteria yang ada dalam Nursing Outcome Clasification (NOC) dengan model skoring.

B. Standart Operating Procedure (SOP)

Standart Operating Procedure (SOP) adalah uraian standar tindakan perawatan yang terdapat dalam standar asuhan keperawatan. SOP merupakan aktivitas detail dari NIC.

C. Discharge Planning

Discharge Planning adalah uraian tentang perencanaan dan nasihat perawatan setelah pasien dirawat dari rumah sakit. Dalam sistem, discharge planning sudah tersedia uraian dimaksud, perawat tinggal print out yang selanjutnya hasil print out tersebut dibawa ke pasien pulang.

D. Jadwal dinas perawat

Jadwal dinas perawat dibuat secara otomatis oleh program

komputer, sehingga penanggung jawab ruang tinggal melakukan print.

E. Penghitungan angka kredit perawat.

Masalah yang banyak dikeluhkan oleh perawat adalah pembuatan angka kredit, dikarenakan persepsi yang berbeda antara Urusan Kepegawaian dengan tenaga perawat. Disamping itu, kesempatan perawat untuk menghitung angka kredit sangat sedikit. Sehingga penghitungan angka kredit banyak yang tertunda dan tidak valid. Sistem yang dibuat dalam SIM Keperawatan, angka kredit merupakan rekap dari aktivitas perawat sehari-hari, yang secara otomatis akan dapat diakses harian, mingguan atau bulanan.

F. Daftar diagnosa keperawatan terbanyak.

Daftar diagnosa keperawatan direkapitulasi oleh sistem berdasar input perawat sehari-hari. Penghitungan diagnosa keperawatan bermanfaat untuk pembuatan standar asuhan keperawatan.

G. Daftar NIC terbanyak

Adalah rekap tindakan keperawatan terbanyak berdasarkan pada masing-masing diagnosa keperawatan yang ada.

H. Laporan Implementasi

Laporan implementasi adalah rekap tindakan-tindakan perawatan pada satu periode, yang dapat difilter berdasar ruang, pelaksana dan pasien. Laporan ini dapat menjadi alat monitoring yang efektif tentang kebutuhan pembelajaran bagi perawat. Laporan implementasi juga dapat dijadikan alat bantu operan shift.

I. Laporan statistik

Laporan statistik yang di munculkan dalam sistem informasi manajemen keperawatan adalah laporan berupa BOR, LOS, TOI dan BTO di ruang tersebut.

J. Resume Perawatan

Dalam masa akhir perawatan pasien rawat inap, resume keperawatan harus dicantumkan dalam rekam medik. Resume perawatan bermanfaat untuk melihat secara global pengelolaan pasien saat dirawat sebelumnya, jika pasien pernah dirawat di rumah sakit. Dalam sistem, resume perawatan dicetak saat pasien akan keluar dari perawatan. Komputer telah merekam data-data yang dibutuhkan untuk pembuatan resume perawatan.

K. Daftar SAK

Standar Asuhan Keperawatan yang ideal adalah berdasarkan evidence based nursing, yang merupakan hasil penelitian dari penerapan standar asuhan keperawatan yang ada. Namun karena dokumen yang tidak lengkap, SAK banyak diadopsi hanya dari literatur yang tersedia. Dalam sistem informasi manajemen keperawatan, SAK berdasarkan rekapan dari sistem yang telah dibuat.

L. Presentasi Kasus On Line

Sistem dengan jaringan WiFi memungkinkan data pasien dapat diakses dalam ruang converence. Maka presentasi kasus kelolaan di ruang rawat dapat dilakukan on line ketika pasien masih di rawat

M. Mengetahui Jasa Perawat

Dengan system integrasi dengan SIM RS, memungkinkan perawat mengetahui jasa tindakan yang dilakukannya.

N. Monitoring Tindakan Perawat & Monitoring Aktivitas Perawat

Manajemen perawatan dapat mengakses langsung tindakan-tindakan yang dilakukan oleh perawat, dan mengetahui pula masing-masing perawat telah melakukan aktivitas keperawatan apa

O. Laporan Shift

Laporan shift merupakan rekapan dari aktivitas yang telah

dilakukan dan yang akan dilakukan oleh perawat, tergantung item mana yang akan dilaporkan pada masing-masing pasien.

P. Monitoring Pasien oleh PN atau Kepala Ruang saat sedang Rapat

Monitoring pasien oleh PN atau Kepala Ruang dapat dilakukan ketika PN atau Kepala Ruang sedang rapat di ruang conference. Akan diketahui apakah seorang pasien telah dilakukan pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi atau belum



15. PENERAPAN KOMPUTERISASI DALAM DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Pendokumentasian keperawatan sudah saatnya untuk dikembangkan dengan berbasis komputer, walaupun demikian pendokumentasian asuhan keperawatan yang berlaku di beberapa rumah sakit di Indonesia umumnya masih menggunakan pendokumentasian tertulis. Padahal pendokumentasian tertulis ini mempunyai banyak kelemahan. Menurut Hariyati, RT (1999) pendokumentasian tertulis ini sering membebani perawat karena perawat harus menuliskan dokumentasi pada form yang telah tersedia dan membutuhkan waktu banyak untuk mengisinya.

Permasalahan lain yang sering muncul adalah biaya pencetakan form mahal sehingga sering form pendokumentasian tidak tersedia. Pendokumentasian secara tertulis dan manual juga mempunyai kelemahan yaitu sering hilang. Pendokumentasian yang berupa lembaran-lembaran kertas maka dokumentasi asuhan keperawatan sering terselip. Selain itu, pendokumentasian secara tertulis juga memerlukan tempat penyimpanan dan akan menyulitkan untuk pencarian kembali jika sewaktu-waktu pendokumentasian tersebut diperlukan. Dokumentasi yang hilang atau terselip di ruang penyimpanan akan merugikan perawat. Hal ini karena tidak dapat menjadi bukti legal jika terjadi suatu gugatan hukum, dengan demikian perawat berada pada posisi yang lemah dan rentan terhadap gugatan hukum.

Oleh karena itu pendokumentasian keperawatan yang menggunakan Sistem Informasi Manajemen Keperawatan perlu diterapkan, dimana fasilitas yang dibuat menjadi lebih lengkap, karena memuat berbagai aspek pendokumentasian seperti yang telah diuraikan diatas sistem ini memuat standar asuhan keperawatan, standart operating procedure (SOP), discharge planning, jadwal dinas perawat, penghitungan angka kredit perawat, daftar diagnosa keperawatan terbanyak, daftar NIC terbanyak, laporan implementasi, laporan statistik, resume perawatan, daftar SAK, presentasi kasus on

line, mengetahui jasa perawat, monitoring tindakan perawat & monitoring aktivitas perawat laporan shift dan monitoring pasien oleh PN atau kepala ruang saat sedang rapat

Hal sesuai dengan pendapat Jasun (2006) yang mengatakan bahwa Sistem Informasi Manajemen Keperawatan merupakan "paper less" untuk seluruh dokumen keperawatan perlu diterapkan untuk pendokumentasian keperawatan pada masa yang akan datang. Hal ini didukung oleh pernyataan Sitorus (2006) yang mengatakan bahwa pendokumentasian pada pemberian asuhan keperawatan dapat dilakukan secara manual atau berbasis komputer. Namun terbukti bahwa penerapan berbasis komputer memberikan hasil yang lebih baik. Oleh karena itu untuk mendukung proses profesionalisme keperawatan di Indonesia, penerapan dokumentasi berbasis komputer menjadi sangat penting.



DAFTAR PUSTAKA

Adisasmito.W, Sistem Manajemen Lingkungan Rumah Sakit. Ed 1, Jakarta, Rajagrafindo Persada, 2007

¹ Aditama. YA, Manajemen Administrasi Rumah Sakit. Ed II, Jakarta, UIP, 2007

Bastian.I, Akuntansi Kesehatan, Jakarta, Erlangga, 2008

Cahyono. S.B, Membangun Budaya Keselamatan pasien Dalam Praktik Kedokteran, Jakarta, Spirit, 2008

Daymon. C, Metode Riset Kualitatif dalam Public Relations dan marketing, Yogyakarta, Bentang, 2008

Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2006, Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 284/ MENKES/ SK/ IV/ 2006 tentang Standar Pelayanan Asuhan Kesehatan Gigi Dan Mulut

_____, 2006, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1045/ MENKES/ PER/ XI/ 2006 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit

_____, 2007, Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 373/ MENKES/ SK/ III/ 2007 tentang Standar Profesi Perawat Gigi

_____, 2009, Undang-Undang Kesehatan no 36 tahun 2009, Jakarta, Sinar Grafika, 2009

_____, 2012, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 58 tahun 2012 tentang Penyelenggaraan Pekerjaan Perawat Gigi

Dorothea.WA, Manajemen Kualitas. Pendekatan sisi Kualitatif, Jakarta, Ghalia Indonesia, 2003

Fajar, Marhaeni. Ilmu Komunikasi Teori dan Praktik. Yogyakarta: Graha Ilmu. 2009.

Handayaningsih, Isti. *Dokumentasi Keperawatan "DAR"*. Yogyakarta: Mitra Cendikia Press. 2009

1 Hasibuan.M, manajemen Dasar, pengertian dan Masalah, Ed revisi Cet.9, jakarta, Bumi Aksara, 2011

Marstanto, Berfikir Sistem, Jakarta, 2005

1 Nursalam, Proses Dokumentasi Keperawatan, Jakarta, Salemba Medika, 2008

_____. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik*. Jakarta: Salemba Medika. 2001

1 Pohan.I, Jaminan Mutu Layanan Kesehatan, Jakarta, EGC, 2006

Potter & Perry.. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik Edisi 4*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC. 2005

1 Suarli.S, Manajemen Keperawatan dengan Pendekatan Praktis, Jakarta, EMS, 2009

Tambunan. RM, standar Operating Procedures (SOP), Maiestas publishing, 2008

Tjiptono. F, *Quality Management*. Ed Revisi, Yogyakarta, Andi, 2004

Wibowo, Manajen Kinerja, Ed 3, Jakarta, Rajawali Pers, 2011

Yukl. Gary, Kepemimpinan Dalam Organisasi, Ed kelima, Jakarta, PT Indeks, 2010

Zaidin. A, Dasar-dasar Dokumentasi keperawatan, Jakarta, EGC, 2009

<http://kesehatan-terpopuler.blogspot.com/2016/02/komputerisasi-dalam-dokumentasi.html>

<https://ptdknurse.wordpress.com/2014/05/13/sistem-pendokumentasian-secara-elektronik/>

<https://www.kompasiana.com/idawati.kn/5528b4436ea834c80a8b4>

593/pendokumentasian-keperawatan-secara-sistem-
elektronik#

<https://www.kompasiana.com/lenny/5518dce5813311d5719de0b3/penerapan-dokumentasi-keperawatan-elektronik-dalam-praktik-keperawatan-sebagai-aplikasi-dari-teknologi-informasi-keperawatan#>



TENTANG PENULIS

Sebuah instansi dalam pengelolaannya mempunyai pilar yang saling terkait satu sama lain yaitu, inti dari suatu lembaga adalah administrasi, inti administrasi adalah manajemen, inti manajemen adalah leadership, sedangkan inti kesuksesan adalah kepemimpinan diri.

Teori menyatakan tulis apa yang ingin dilakukan, lakukan apa yang telah ditulis dan tulis apa yang telah dilakukan. Kegiatan dokumentasi keperawatan pada poliklinik gigi merupakan bagian dari hal tersebut yang dapat dilakukan baik secara manual maupun komputerisasi sebagai salah satu bukti kinerja perawat gigi

Penulis satu: **Dewi Rosmalia** merupakan lulusan Program Pasca Sarjana Universitas Andalas dan berprofesi sebagai dosen pada Jurusan Keperawatan Gigi Poltekkkes Kemenkes Padang

Penulis dua: **Hariyadi** merupakan lulusan program pasca Sarjana Prodi Ilmu Komputer, selain berprofesi sebagai dosen juga Kasubag IT dan Humas pada Universitas Muhammadiyah Sumatera Barat

Hariyadi-Buku

ORIGINALITY REPORT

13%	13%	0%	0%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	jurnal.fk.unand.ac.id Internet Source	7%
2	kesehatan-terpopuler.blogspot.com Internet Source	6%

Exclude quotes
Exclude bibliography

Off
Off

Exclude matches

< 5%

