

## REKOMENDASI DESAIN DOKUMENTASI KEPERAWATAN UNTUK PRAKTIK KEPERAWATAN MANDIRI

Hasti Primadilla<sup>1</sup>, Fitarina<sup>2</sup>, Deni Metri<sup>3</sup>  
Politeknik Kesehatan Tanjungkarang<sup>1,2,3</sup>  
[hastiprimadilla@poltekkes-tjk.ac.id](mailto:hastiprimadilla@poltekkes-tjk.ac.id)<sup>1</sup>

### ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk menghasilkan formulir berbasis kertas yang sesuai dengan kebutuhan perawat dalam melaksanakan home care. Metodenya adalah riset pengembangan mengacu pada konsep Technology Acceptance Model. Hasil analisa menunjukkan keyakinan perawat terhadap formulir: meyakini dan merasakan kebermanfaatannya, meyakini dan merasakan kemudahan penggunaannya, bersikap positif terhadap formulir dibuktikan dengan apresiasi yang disampaikan, rencana sosialisasi dan advokasi kepada organisasi profesi, minat yang besar untuk menggunakan di tempat praktiknya dan perilaku aktual yang positif ditunjukkan dengan memperbanyak formulir, menerapkannya di tempat praktik dan memanfaatkan pada kunjungan rumah puskesmas. Praktisi mengharapkan perbaikan dalam hal ukuran kolom, memperbanyak konten asuhan keperawatan, dan distandarisasi. Simpulan, formulir yang dihasilkan pada penelitian ini dapat diterima oleh perawat praktik mandiri, siap diterapkan dan dapat diadaptasi ke dalam sistem elektronik. Perawat telah merasakan kebermanfaatannya kemudahan dalam penggunaannya serta membuktikan pemanfaatannya di tempat praktik secara berkelanjutan.

Kata Kunci: Dokumentasi, Formulir, Keterterimaan, Praktik Mandiri Keperawatan

### ABSTRACT

*This study aims to produce paper-based forms that meet the needs of nurses in home care. The method is development research referring to the concept of the Technology Acceptance Model. The results of the analysis show the nurse's belief in the form: believes and feels its usefulness, thinks and feels the ease of use, has a positive attitude towards the form as evidenced by the appreciation conveyed, socialization and advocacy plans to professional organizations, great interest in using it in practice and actual positive behavior demonstrated by multiplying the forms, applying them in practice and using them at the puskesmas home visits. Practitioners expect improvements in column size, increased nursing care content, and standardization. In conclusion, the forms produced in this study can be accepted by independent practice nurses, are ready to be applied, and can be adapted into electronic systems. Nurses have felt its usefulness and ease of use and have continuously proven its use in practice.*

*Keywords: Documentation, Forms, Acceptance, Independent Nursing Practice*

## PENDAHULUAN

Praktik keperawatan mandiri di Indonesia menjadi tren sejak diterbitkannya peraturan pemerintah tentang praktik keperawatan. Adanya praktik keperawatan yang legal di tengah masyarakat mendekatkan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Bentuk pelayanan yang diberikan dapat dilakukan di rumah pasien, yang dikenal dengan istilah *home care* atau *home visit*, atau pun dilaksanakan di tempat praktik (Padila et al., 2018).

Bentuk perawatan pasien di rumah atau *home care* dimaksudkan untuk memberikan perawatan yang holistik dan komprehensif serta meningkatkan dukungan keluarga, sehingga membantu pasien dan keluarganya mencapai pemulihan (Sokolow et al., 2020; Supriyana & Prasetyawati, 2020). Pelayanan yang diberikan perawat dapat berupa perawatan diri, perawatan teknikal (perawatan luka), perawatan pencegahan (anjuran untuk berhenti merokok), perawatan psikososial jangka pendek maupun jangka panjang (Brabers et al., 2019). Kang et al., (2021) menambahkan, setiap fasilitas pelayanan kesehatan memiliki model pendokumentasian sendiri-sendiri sesuai dengan fokus layanannya.

Tidak hanya sebagai bentuk komunikasi, pendokumentasian memiliki peran dalam menjamin keselamatan pasien. Apapun bentuk pelayanan yang diberikan oleh perawat praktik mandiri tidak terlepas dari kewajiban mendokumentasikan setiap tahapan proses keperawatan sebagai bukti akuntabilitas yang merefleksikan kualitas pelayanannya (Kamil et al., 2018). Demikian pentingnya pendokumentasian terhadap keselamatan pasien, pemerintah Denmark mengaudit pendokumentasian *home care* secara berkala (Hertzum, 2021).

Di Indonesia, dokumentasi keperawatan dipandang sebagai hal penting dalam pemberian asuhan yang berkualitas namun tersedianya dokumentasi keperawatan yang adekuat masih menjadi masalah (Kamil et al., 2018). Terlebih lagi tidak ada formulir pendokumentasian yang baku untuk praktik mandiri keperawatan. Fenomena yang terlihat adalah sebagian besar praktisi keperawatan mandiri di Provinsi Lampung adalah mencontoh pendokumentasian yang digunakan di Puskesmas menggunakan register saja atau memanfaatkan formulir yang digunakan pada program Perkesmas (Keperawatan Kesehatan Masyarakat). Penelitian Primadilla (2022) menjelaskan tidak adekuatnya pendokumentasian pada pelayanan *home care* di Pusat Kesehatan Masyarakat meliputi ketidaklengkapan pengisian formulir, ketidaktepatan diagnosa dan rencana keperawatan yang sebagian besar hanya edukasi.

Tidak hanya di Indonesia, dokumentasi keperawatan pada pelayanan *home care* mengalami ketidakadekuatan. Hal ini karena perawat pada kenyataannya dihadapkan dengan tantangan manajemen waktu yang mencakup komunikasi dengan keluarga, pengendalian risiko infeksi, melaksanakan asuhan keperawatan, mencatat atau merekam hasil, sedangkan keberadaan mereka di tengah keluarga waktunya sangat terbatas. Oleh karena itu perbaikan sistem dokumentasi perlu memperhatikan desain yang mampu meningkatkan akurasi data, dikerjakan dalam waktu singkat, dan mampu memfasilitasi memori perawat untuk melengkapi dokumentasi (Yang et al., 2019).

Dokumentasi berbasis elektronik merupakan pilihan yang lebih menjanjikan dibandingkan berbasis kertas, namun tetap perlu persiapan yang matang untuk membangunnya (Suganda & Hariyati, 2020). Kerangka kerja PRISM menjelaskan bahwa intervensi teknologi informasi perlu memperhatikan faktor teknis termasuk kerumitan formulir, faktor organisasional mencakup standard dan regulasi, serta faktor individu dan faktor perilaku perawat. Mengacu pada *Technology Acceptance Model*, dimanfaatkannya suatu teknologi ditentukan oleh keyakinan kebermanfaatannya, keyakinan akan kemudahan penggunaan yang

kemudian membentuk sikap apakah teknologi tersebut akan digunakan atau tidak dan akhirnya diwujudkan dalam perilaku nyata penggunaan teknologi tersebut.

Studi pendahuluan mengidentifikasi kebutuhan perawat yang menjalankan praktik mandiri bekerja dalam situasi yang beragam. Mereka berpendapat meskipun teknologi elektronik dan internet sepertinya memudahkan, namun pada kenyataannya banyak sistem informasi kesehatan elektronik yang tidak mudah dijalankan terkait ketersediaan sinyal internet, kemampuan penyediaan perangkat dan finansial untuk keperluan pemeliharaan pangkalan data, dan juga masalah etika bersama pasien dan keluarga pada saat mengoperasikannya. Oleh karena itu pencatatan berbasis kertas tidak dapat ditinggalkan.

Penelitian ini bertujuan menghasilkan formulir berbasis kertas sesuai kebutuhan perawat di lapangan oleh perawat dalam memberikan pelayanan berkelanjutan, baik diberikan melalui *home care* ataupun di fasilitas kesehatan. Formulir berbasis kertas ini merupakan sebuah ide awal yang kemudian dapat dituangkan dalam bentuk elektronik

## **METODE PENELITIAN**

Metode yang digunakan adalah riset pengembangan. Tahapannya meliputi perancangan, tinjauan ahli, revisi, uji coba dan evaluasi. Revisi akhir dibuat berdasarkan tinjauan dari partisipan yang datanya dianalisa secara kualitatif.

Tahap pertama peneliti melakukan perancangan formulir. Perancangan dilakukan berdasarkan studi literatur dan studi dokumentasi pada lima praktik mandiri untuk melihat kebutuhan variabel di dalam formulir.

Tahap kedua adalah tinjauan rancangan oleh ahli. Rancangan dipresentasikan kemudian didiskusikan dengan ahli keperawatan sebanyak 6 orang mencakup bidang manajemen keperawatan, keperawatan medikal bedah, keperawatan anak, keperawatan maternitas, dan keperawatan kesehatan masyarakat yang fokus pada keperawatan jiwa dan komunitas di Politeknik Kesehatan Tanjungkarang. Diskusi dilakukan sebanyak tiga kali bersama bidang ahli yang berbeda.

Tahap ketiga peneliti melakukan revisi terhadap rancangan. Revisi dilakukan pada setiap siklus diskusi dengan ahli. Jumlah revisi dilakukan sebanyak 3 kali sampai dengan memperoleh kesepakatan lain uji coba.

Tahap keempat adalah melakukan uji coba formulir. Partisipan dipilih melalui rekrutmen terbuka yang disampaikan kepada seluruh praktisi keperawatan mandiri di Provinsi Lampung. Kriteria inklusinya adalah praktisi keperawatan mandiri yang memiliki Surat Izin Praktik Perawat Mandiri dan melaksanakan pelayanan *home care* atau pelayanan berkelanjutan serta bersedia mengikuti kegiatan penelitian sampai selesai. Partisipan berjumlah 13 orang yang tersebar di 4 kabupaten dan kota di Provinsi Lampung.

Peneliti memberikan penjelasan mengenai cara pengisian formulir. Partisipan 76y dibekali satu set formulir yang masih kosong dan yang sudah terisi dengan rencana asuhan keperawatan untuk perawatan luka. Selain itu partisipan juga dibekali katalog yang berisi daftar diagnosa, luaran dan intervensi yang disusun per masalah keperawatan yang mungkin ditemukan di praktik keperawatan mandiri, Katalog merujuk pada buku standar diagnosa, luaran dan intervensi keperawatan.

Tahap kelima peneliti melakukan diskusi terarah bersama partisipan. Selain itu dilakukan wawancara mendalam dan observasi dokumen kepada beberapa partisipan terpilih sebagai validasi data sekaligus untuk mendapatkan informasi yang lebih detail lagi.

Pengolahan data meliputi proses transformasi rekaman kedalam tekstual. Melakukan pengkodean secara deduktif. Kemudian data dikelompokkan dan dianalisa secara konten. Berdasarkan hasil analisa data dilakukan penyempurnaan formulir sebagai tahap akhir dari penelitian. Penelitian dilaksanakan setelah mendapatkan persetujuan etik yang diterbitkan oleh Politeknik Kesehatan Tanjungkang nomor 249/KEPK-TJK/X/2022.

## HASIL PENELITIAN

### Formulir Akhir Dokumentasi

Tabel. 1  
Struktur Formulir

Bagian	Bentuk
Pengkajian Dasar Identitas Pasien Data Kesehatan Keluhan Utama Riwayat Penyakit Sekarang Status Gawat Darurat Status Obstetri Riwayat Medis Keluhan utama Riwayat penyakit sekarang Riwayat medis (pembedahan, penyakit, obat/terapi yang sedang dijalani)	Kolom-kolom isian
Pengkajian per Sistem Pernafasan Sirkulasi/Cairan Neurosesnsori Pencernaan/Nutrisi Eliminasi Kulit Muskuloskeletal Psikososial Aktivitas, tidur dan istirahat Pemeriksaan Penunjang Data tambahan (untuk gejala yang tidak tersedia pada 2.1.) Diagram anatomi (untuk menggambarkan luka, nyeri, fraktur/dislokasi)	Ceklis, isian dan gambar
Pengkajian Data Dukung Keluarga dan Lingkungan Genogram Rumah dan Sanitasi Lingkungan PHBS di rumah tangga Kemampuan keluarga melakukan pemeliharaan kesehatan	Isian dan pilihan
Asuhan keperawatan terdiri dari kolom utama uraian dan tanggal dan baris berisi : Kode dan label diagnosa keperawatan Kode dan label luaran keperawatan Kode dan label intervensi keperawatan Observasi dan catatan perkembangan Kolom catatan Kolom paraf perawat dan keluarga	Isian, ceklis, tanggal, angka, foto, paraf



Gambar. 1  
Diagram Alir Penggunaan Formulir

Tingkat urgensi dari formulir pertama sampai dengan ketiga berbeda. Formulir kedua dimaksudkan untuk memberikan panduan kepada perawat agar waspada pada gejala-gejala yang penting dikaji. Perawat dapat berfokus pada sistem yang bermasalah saja. Pada lembaran ini disediakan kode diagnosa keperawatan yang mungkin menurut gejalanya. Sedangkan pada lembar ketiga, perawat dapat menggunakannya bila ia memandang kasusnya memerlukan data lingkungan, perilaku sehat keluarga dan kemampuan keluarga dalam melakukan perawatan.

Gambar. 2  
Penggalan dari Lembar Pengkajian per Sistem

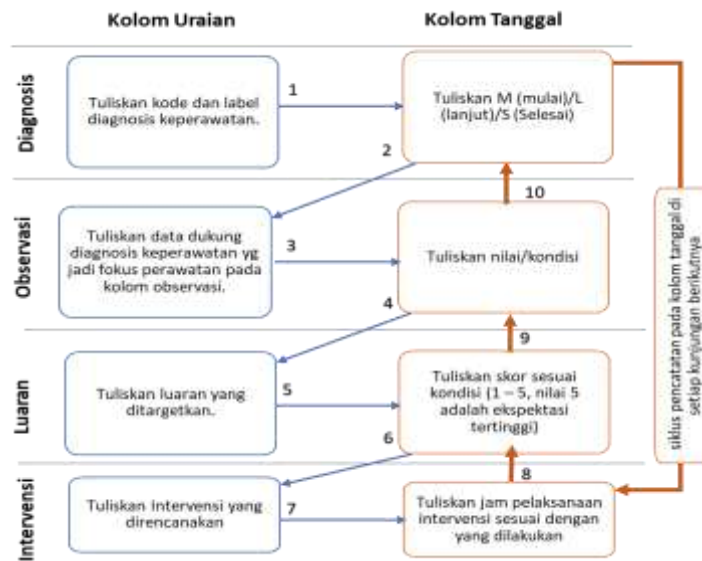
Formulir keempat memiliki urgensi terpenting. Lembaran ini memfasilitasi pencatatan data seluruh proses keperawatan secara longitudinal dari waktu ke waktu. Mulai dari keluhan atau masalah awal, dicatat dan teramati dari waktu ke waktu sebagai kegiatan evaluasi perkembangan. Formulir mampu merekam diagnosa keperawatan kapan mulai diterbitkan dan kapan selesai atau teratasi, pencapaian skor target luaran, serta intervensi yang direncanakan dan kapan diimplementasikan dicatat pukul berapa ia melaksanakan.

**LEMBAR RENCANA DAN IMPLEMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN**

Nama : _____ Jenis Kelamin : LP Tgl Lahir : _____ Umur : _____		PARAGRAF KUNJUNGAN	
DIAGNOSIS KEPERAWATAN		STATUS DIAGNOSIS	
Kode	Label		
DATA SUBJEKTIF/OBJEKTIF		OBSERVASI PERUBAHAN	
RENCANA KEPERAWATAN		PENERAPAN RENCANA	
S. Target Luaran dan Kriteria Hasil		Y. EVENSI	
Kode	Label	Skor Target	

Gambar. 3  
Penggalan Lembar Ke-4 : Asuhan Keperawatan

Penggunaan Lembar ke-4 digambarkan pada diagram berikut ini.



Gambar. 4  
Alur Penggunaan Lembar Ke-4 : Asuhan Keperawatan

**Keterterimaan Formulir Dokumentasi (Technology Acceptance)**

Rancangan formulir diuji coba oleh 13 perawat praktik mandiri berizin yang secara sukarela menjadi partisipan dalam penelitian melalui rekrutmen di internet. Dengan kriteria memberikan pelayanan berkelanjutan di tempat praktik mandiri maupun kunjungan rumah.

Tabel. 1  
Karakteristik Pratisipan Penelitian

Karakteristik	n	%	min	maks	mean
Umur			41	50	42,15
Jenis Kelamin					
Laki-laki	7	53,85			
Perempuan	6	46,15			
Pendidikan					
Sedang pendidikan S1 Keperawatan	2	15,38			
S1 Keperawatan	1	7,70			
Profesi Keperawatan	10	76,92			
Kabupaten					
Bekerja di Faskes Lain	2	15,38			
Tidak Bekerja di Faskes Lain	11	84,61			

Tema dibangun secara deduktif mengacu pada model *Technology Acceptance Model* (Davis, 1989). Hasil tinjauan ahli pada rancangan awal telah menyetujui *template* yang digagas. Menurut ahli kesederhanaan dan adanya panduan perlu diperhatikan. Para ahli memberikan saran-saran penambahan variabel pengkajian per sistem, adanya penapisan kegawatdaruratan pada halaman awal, serta penambahan kode diagnosa di sisi tanda dan gejala yang mendukung diagnosa tertentu. Selain itu penekanan pada perujukan kepada standar diagnosa, luaran dan intervensi yang ditetapkan oleh PPNI, serta bahwa sebaiknya fokus utama pencatatan perkembangan adalah mengamati perubahan keluhan awal sampai dengan akhir secara longitudinal.

Data yang diperoleh dari partisipan atau praktisi keperawatan mandiri meliputi beberapa tema utama sebagai berikut :

#### **Kepercayaan akan Kebermanfaatan (*Perceived of Use*)**

Diperoleh data yang menggambarkan kuatnya keyakinan praktisi perawat mandiri akan manfaat yang diperoleh dari penggunaan formulir ini. Menurut mereka formulir ini sangat berguna dalam hal pemberian panduan dalam mengkaji, menuangkan hasil pengkajian dengan sangat mudah (ceklis) dan mendokumentasikan area luka, nyeri, fraktur atau dislokasi secara representatif, sehingga kemampuannya memberikan informasi tentang perkembangan pasien dari waktu ke waktu. Kelengkapan panduan dalam mengkaji, informasi asuhan yang akan dan telah diberikan serta perkembangan pasien. Dengan demikian formulir ini dirasakan sangat membantu pekerjaannya. Terdapat sedikit sekali sentimen negatif yaitu anggapan bahwa formulir tidak dapat diterapkan untuk pasien yang datang hanya sesekali saja atau insidental.

#### **Kepercayaan akan Kemudahan (*Perceived of Ease*)**

Tema ini didominasi oleh sentimen positif. Mendokumentasikan menjadi mudah, karena tinggal mencentang, dan mendapat tuntunan pada lembar pengkajian. Menurut informan pengisian dokumen sederhana, hemat energi, hemat waktu, dan fleksibel Terlebih ketika informan menggunakan formulir yang telah terisi dengan diagnosa, daftar luaran dan intervensi, informan semakin merasakan sangat mudah karena minim sekali menulis.

Sentiment negatif pada tema mengkritisi kondisi fisik formulir, seperti kolom yang kecil, pemanfaatan ruang yang belum maksimal, cetakan yang kurang terbaca. Praktisi berpendapat perlu diringkas lagi variabel pengkajiannya sehingga memberikan ruang yang lebih luas untuk bagian-bagian gambar dan narasi sehingga beberapa praktisi merasa agak kesulitan. Temuan ini digunakan untuk merevisi rancangan akhir.

Bagi praktisi yang paling senior dan menerapkan pelayanan prima berdasarkan hasil observasi langsung, hal tersebut tidak dianggap sebagai suatu masalah sebagaimana pernyataannya “*Memang kalau kita mau irit kertas ya memang harus kecil-kecil,.... karna kasian ke masalah nanti di biaya mbak.*”.

### **Sikap terhadap Penggunaan (*Attitude Toward Using*)**

Partisipan menyukai formulir ini, merasa senang, nyaman, dan antusias menggunakannya. Antusiasme terkonfirmasi dengan observasi. Partisipan menggandakannya, memodifikasi sesuai kenyamanannya dan membuat beberapa fitur tambahan seperti lini masa foto perkembangan luka pasien. Variabel-variabel pengkajian divalidasi oleh perawat sudah sesuai dengan kebutuhan. Sedikit sentiment negative ditemukan yaitu meragukan bahwa formulir ini dapat disebarluaskan dengan pertimbangan kedisiplinan dan keterampilan. Namun demikian seluruh informan memiliki pendapat yang sama bahwa formulir ini penting dipertahankan, terlebih lagi adanya tuntutan perpanjangan perizinan praktik mengenai ketersediaan dokumentasi.

### **Perilaku yang Menunjukkan Niat untuk Menggunakan (*Behavioral Intent to Use*)**

Partisipan menunjukkan penggunaan form yang berulang-ulang, melakukan modifikasi, dan menyatakan rencana penerapan di tempat praktiknya. Partisipan juga mengatakan Beberapa partisipan mengatakan pentingnya formulir ini disosialisasikan kepada praktisi keperawatan mandiri lainnya. Sementara partisipan lain bahkan menyatakan akan mengadvokasi kepada organisasi profesi mengenai penggunaan formulir ini oleh praktisi keperawatan mandiri.

### **Penggunaan Nyata (*Actual Use*)**

Hampir seluruh peserta telah menggunakan formulir sesuai dengan harapan. Hanya satu peserta yang tidak menggunakannya karena kesibukannya di Puskesmas, sehingga tidak memberikan pelayanan pada saat penelitian, namun demikian ia telah menerapkannya untuk dokumentasi perawatan home care pada pasien TB di puskesmas. Hasil obeservasi terlihat pengisian dokumen pada rentang tidak lengkap sampai dengan lengkap. Ketidaklengkapan sebagian besar terjadi pada pengisian paraf pasien, dan ada sedikit sekali yang tidak mengisi penapisan gawat darurat.

Sebagian besar mengerjakan di rumah dengan menyalin catatan kecil yang dibawa pada saat kunjungan rumah. Ada juga yang benar-benar membawa formatnya sampai ke rumah pasien sehingga dapat mengisi kolom paraf keluarga atau pasien. Pada kasus ini, pasien merasa puas dan merasa memiliki keterlibatan dalam perawatan.

Beberapa partisipan juga mengadakan modifikasi dalam pengisian diagnosa dan intervensi. Partisipan menyebutkan kendala pada saat penggunaan nyata berkaitan dengan kurangnya pemahaman dan keterampilan penggunaan standar diagnosa, luaran dan intervensi keperawatan. Menurut mereka, SDKI, SLKI dan SIKI adalah hal baru yang belum dipelajari.



Yang lainnya juga berpendapat bahwa bahasa yang digunakan kurang cocok dengan mereka sebagaimana pernyataan berikut.

*“Karena dia di kuku kaki nya itu kan eksema, pecah-pecah, bernanah gitu kan ya. Gangguan integritas kulit berhubungan dengan saya pilih ini faktor mekanis. Faktor mekanis ini saya juga belum paham mekanis apa, apa karena luka, kalo eksema itu faktor hormonal”*

*“karena kann ga melulu setiap luka diberi salep makanya bahasanya tadi kita kan memberikan topical therapy yang sesuai kondisi luka, gitu loh kan tinggal kayak gitu, gitu aja bahasanya mungkin bisa disamakan yang mungkin orang lebih paham bahasanya.”*

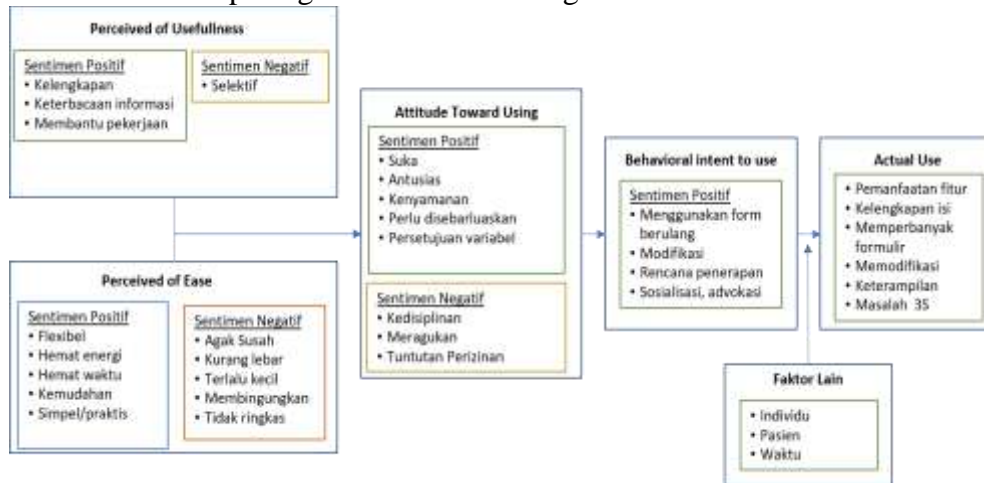
Selain kelima tema utama tersebut, diperoleh tema tambahan yang memberikan informasi tentang bagaimana harapan dan juga hambatan yang perlu dieliminir dalam penerapan dokumentasi keperawatan. Harapan yang disampaikan terutama adalah menuangkan desain formulir ini ke dalam bentuk elektronik, huruf dna kolom yang lebih besar, penambahan konten asuhan keperawatan misalnya pasa kasus Tuberkulosis dan Diabetes Mellitus. Memperingkas variabel pengkajian dan harapan dapat memperbanyak formulir dan disediakan bentuk *soft file*, serta pertimbangan ekonomi.

Partisipan juga membahas tema yang menjadi faktor penghambat pelaksanaan pendokumentasian. Pertama adalah faktor internal individu, seperti rasa malas dan ketidaksiplinan,

*“.. kalau kita disiplin nulis sih... sangat bagus mbak. ....Cuma ya itu kembali lagi sama waktu dan kesibukan.”*

*“Cuma ya itu.. kesadaran diri sendiri ini bu yang malas. Kedisiplinan”*

Keterkaitan antar tema dapat digambarkan dalam diagram berikut ini.



Gambar. 5  
Keterkaitan Antar Tema

Selain itu terdapat informasi tambahan tentang harapan terhadap formulir yang diujikan. Bentuk formulir secara fisik diharapkan lebih terbaca, sehingga perlu diperbesar atau diringkas sedemikian rupa namun tetap ekonomis, pengalihan ke dalam bentuk elektronik, dan penambahan konten aspek Perbaikan yang dilakukan peneliti memaksimalkan ukuran kolom-kolom di dalam tabel dengan meminimalkan tepi kertas.

## PEMBAHASAN

Rancangan formulir yang dibangun pada prinsipnya dapat diterima oleh perawat yang memberikan asuhan keperawatan secara berkelanjutan. Mereka membutuhkan alat yang mampu memberikan petunjuk dalam merencanakan asuhan dan merekam hasil kerjanya secara berkelanjutan dan informatif sehingga memberikan gambaran secara komprehensif. Sebagai sebuah perangkat pendokumentasian, perancangan formulir tidak hanya memperhatikan faktor teknis, namun juga memperhatikan faktor lain yang berkaitan yaitu faktor individu dan faktor organisasional (Primadilla, 2022).

Dokumentasi keperawatan sebagai sebuah sistem informasi asuhan keperawatan semestinya informatif bagi perawat sehingga dapat digunakan untuk mengambil keputusan dalam merawat pasien (Horntvedt et al., 2018). Rancangan sistem dokumentasi baik berbasis kertas maupun elektronik perlu memperhatikan aspek kemudahan dan kebermanfaatan dari sudut pandang pengguna. Sebuah sistem yang diyakini kemudahan dan kebermanfaatannya oleh pengguna akan dimanfaatkan olehnya, sebaliknya sebagus apa pun sistem informasi bila pengguna tidak merasakan kemudahan dan manfaat baginya maka sistem tersebut akan ditinggalkannya.

Hal yang menarik dari penelitian ini adalah kesulitan yang dirasakan dalam hal terminologi. Mereka agak kesulitan mengadaptasi terminologi yang digunakan pada Standar Intervensi yang diterbitkan oleh PPNI. Padahal untuk mencapai kualitas dokumentasi keperawatan yang tinggi perlu memperhatikan penggunaan terminologi standar, format dan sistem yang ramah pengguna (De Groot et al., 2019). Fenomena ini dapat berkaitan dengan kemampuan pemahaman terhadap bahasa yang digunakan dalam standar. Meskipun sebagian besar partisipan telah menyelesaikan studi profesinya, namun pengenalan terminologi dan penerapan standar 3S (SDKI, SLKI, SIKI) belum terjadi pada masa kuliahnya dulu.

Peneliti mengupayakan lembar pengkajian per sistem dilengkapi dengan kode diagnosa yang mengarah. Hal ini dirasakan sangat membantu dan memotivasi mereka. Terlebih ketika lembar asuhan keperawatan telah terisi dengan 3S. Mereka tinggal mencatat hasil pengkajian/evaluasi dan jam pelaksanaan intervensi yang tersedia sesuai dengan kondisi pasien saat itu. Strategi ini meminimalkan masalah kompetensi, tidak percaya diri, dan kurangnya motivasi yang menyebabkan tidak adekuatnya dokumentasi keperawatan di Indonesia (Kamil et al., 2018).

Kerangka kerja intervensi Sistem Informasi Kesehatan Rutin menjelaskan bahwa faktor determinan teknis seperti rumitnya formulir berkaitan dengan dua faktor determinan lainnya yaitu faktor organisasional (standard, regulasi, dan pengawasan) serta faktor perilaku mencakup motivasi dan kompetensi. Pengembangan formulir ini telah mengupayakan perbaikan pada faktor teknis yang berorientasi pada faktor perilaku dan sebagian faktor organisasional (standar). Namun faktor organisasional belum cukup terpenuhi khususnya dalam hal regulasi dan pengawasan. Pengenalan standard merupakan hal penting berikutnya yang perlu dikerjakan, Karena apa pun bentuknya baik berbasis kertas maupun elektronik, pengenalan standard akan menghasilkan peningkatan kapasitas yang berdampak pada penerapan dokumentasi keperawatan yang bermutu (Adereti & Olaogun, 2018). Kurangnya pengetahuan dan keterampilan dalam proses keperawatan tidak akan membawa perbaikan kualitas dokumentasi keperawatan meskipun dalam bentuk sistem elektronik (Akhu-Zaheya et al., 2018).

Rancangan formulir ini didesain berbasis kertas dan mengantisipasi keterampilan perawat dalam menjalankan proses keperawatan yang masih terbatas. Lebih lanjut rancangan ini dapat dituangkan ke dalam bentuk elektronik. Namun demikian penerapannya akan bervariasi tergantung pada ketersediaan sinyal di tempat perawat melaksanakan praktiknya (Istifada et al., 2017).

## SIMPULAN

Formulir yang dihasilkan pada penelitian ini dapat diterima oleh perawat praktik mandiri, siap diterapkan dan dapat diadaptasi ke dalam sistem elektronik. Perawat telah merasakan kebermanfaatannya dan kemudahan dalam penggunaannya serta membuktikan pemanfaatannya di tempat praktik secara berkelanjutan.

## SARAN

Penelitian lanjutan sebaiknya dilakukan untuk menyeleksi variabel yang benar-benar dimanfaatkan di praktik mandiri sehingga formulir dapat menjadi ringkas. Pelatihan terkait proses keperawatan dan pendokumentasian penting dilaksanakan terutama sebagai syarat pendirian atau perpanjangan izin praktik mandiri, terutama penerapan Standar Diagnosa, Luaran dan Intervensi Keperawatan Indonesia.

Peneliti merekomendasikan kepada Dinas Kesehatan dan PPNI untuk melakukan pemantauan dan audit berkala perlu dilakukan untuk menjaga mutu dan profesionalisme keperawatan. Sehingga perawat memiliki bukti akuntabilitas atas pelayanannya dan diakui oleh pemerintah dan pihak lain yang berkepentingan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adereti, C. S., & Olaogun, A. A. (2019). Use of Electronic and Paper-Based Standardized Nursing Care Plans to Improve Nurses' Documentation Quality in a Nigerian Teaching Hospital. *International Journal of Nursing Knowledge*, 30(4), 219–227. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12232>
- Akhu-Zaheya, L., Al-Maaitah, R., & Hani, S. B. (2018). Quality of Nursing Documentation: Paper-Based Health Records Versus Electronic-Based Health Records. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), e578–e589. <https://doi.org/10.1111/jocn.14097>
- Brabers, A. E. M., de Groot, K., & Groenewegen, P. P. (2019). Practice Variation among Home Care Nurses. *Primary Health Care Research & Development*, 20(May), e136. <https://doi.org/10.1017%2FS1463423619000707>
- De Groot, K., Triemstra, M., Paans, W., & Francke, A. L. (2019). Quality Criteria, Instruments, and Requirements for Nursing Documentation: A Systematic Review of Systematic Reviews. *Journal of Advanced Nursing*, 75(7), 1379–1393. <https://doi.org/10.1111/jan.13919>
- Hertzum, M. (2021). Electronic Health Records in Danish Home Care and Nursing Homes: Inadequate Documentation of Care, Medication, and Consent. *Applied Clinical Informatics*, 12(1), 27–33. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1721013>
- Hornthvedt, M. T., Nordsteien, A., Fermann, T., & Severinsson, E. (2018). Strategies for Teaching Evidence-Based Practice in Nursing Education: A Thematic Literature Review. *BMC Medical Education*, 18(1), 172. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1278-z>

- Istifada, R., Sukihananto, S., & Laagu, M. A. (2017). Pemanfaatan Teknologi Telehealth pada Perawat di Layanan Homecare. *Nursing Current*, 5(1), 51–61. <http://dx.doi.org/10.19166/nc.v5i1.1102>
- Kamil, H., Rachmah, R., & Wardani, E. (2018). What is the Problem with Nursing Documentation? Perspective of Indonesian Nurses. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 9(December 2017), 111–114. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2018.09.002>
- Kang, M. J., Rossetti, S. C., Knaplund, C., Chang, F. Y., Schnock, K. O., Whalen, K., Gesner, E. J., Garcia, J. P., Cato, K. D., & Dykes, P. C. (2021). Nursing Documentation Variation Across Different Medical Facilities Within an Integrated Healthcare System. *Computers, Informatics, Nursing : CIN*, 39(12), 845–850. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000736>
- Padila, P., Lina, L. F., Febriawati, H., Agustina, B., & Yanuarti, R. (2018). Home Visit Berbasis Sistem Informasi Manajemen Telenursing. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 2(1), 217-235. <https://doi.org/10.31539/jks.v2i1.305>
- Primadilla, H. (2022). Pemanfaatan m-Health Berbasis Kebutuhan Sistem Informasi pada Upaya Perkesmas: Kasus TBC. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 4(1), 225-236. <https://doi.org/10.31539/joting.v4i1.3452>
- Sokolow, P. S., Bowles, K. H., Wojciechowicz, C., & Bass, E. J. (2020). Incorporating Home Healthcare Nurses' Admission Information Needs to Inform Data Standards. *Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA*, 27(8), 1278–1286. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa087>
- Suganda, T., & Hariyati, R. T. S. (2020). Perbandingan Kualitas Dokumentasi Keperawatan Berbasis Elektronik dan Berbasis Kertas: Study Literature. *Holistik Jurnal Kesehatan*, 14(1), 17–28. <https://doi.org/10.33024/hjk.v14i1.2085>
- Supriyana, D. S., & Prasetyawati, A. E. (2020). Pendekatan Home Care untuk Meningkatkan Dukungan Keluarga dalam Manajemen Tuberkulosis Paru pada Pasien Lanjut Usia : Laporan Kasus. *Jurnal Stethoscope*, 1(1), 23–31. <http://dx.doi.org/10.54877/stethoscope.v1i1.778>
- Yang, Y., Bass, E. J., Bowles, K. H., & Sokolow, P. S. (2019). Impact of Home Care Admission Nurses' Goals on Electronic Health Record Documentation Strategies at the Point of Care. *Computers, Informatics, Nursing : CIN*, 37(1), 39–46. <https://doi.org/10.1097/CIN.0000000000000468>