



Dokumentasi Keperawatan

Teknik Penulisan, Komunikasi Tertulis, dan Pelaporan Klinik

📅 Dosen Pengampu:

👤 Adinda Fadhilah, S.Kep., Ns., M.Kep.

Teknik Penulisan Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan adalah rekaman tertulis atau elektronik mengenai seluruh proses asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Teknik penulisan yang benar memastikan data pasien tercatat secara **akurat, lengkap, dan dapat dipertanggungjawabkan**. Penulisan dokumentasi yang baik bukan sekadar formalitas administratif — ia merupakan cerminan kompetensi profesional seorang perawat.

Tujuan Penulisan Dokumentasi

- Menjamin kesinambungan asuhan keperawatan antar shift dan antar tenaga kesehatan
- Memberikan bukti tertulis tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan
- Mendukung evaluasi perkembangan kondisi pasien secara kronologis
- Menjadi sumber data untuk pengambilan keputusan klinis
- Memenuhi standar akreditasi dan persyaratan hukum di fasilitas kesehatan

Prinsip Dasar Penulisan yang Baik

- **Faktual** — catat hanya yang diamati atau dilaporkan pasien secara langsung
- **Akurat** — gunakan angka, ukuran, dan fakta yang tepat dan terverifikasi
- **Lengkap** — tidak ada informasi penting yang tertinggal atau terlewat
- **Terkini** — tuliskan sesegera mungkin setelah tindakan dilakukan
- **Terorganisir** — mengikuti urutan logis dan sistematis yang mudah dibaca

Langkah Penulisan & Pencatatan Data Pasien

Penulisan dokumentasi mengikuti alur proses keperawatan yang terstruktur. Setiap tahap memiliki format dan konten yang spesifik, dimulai dari pengumpulan data hingga evaluasi hasil tindakan.

1

Pengkajian (Assessment)

Catat **data subjektif (DS)** — keluhan yang disampaikan pasien dengan kata-katanya sendiri, menggunakan tanda kutip jika perlu. Catat **data objektif (DO)** — hasil pemeriksaan fisik, tanda vital, hasil laboratorium, dan observasi langsung perawat.

2

Diagnosa Keperawatan

Tulis diagnosa menggunakan format standar **PES (Problem, Etiology, Signs/Symptoms)** atau format SDKI. Diagnosa harus dapat didukung oleh data yang telah dikumpulkan pada pengkajian dan bukan diagnosa medis.

3

Intervensi Keperawatan

Rencana tindakan ditulis secara spesifik, terukur, dan realistis mengacu pada tujuan yang telah ditetapkan. Sertakan rasional setiap intervensi dan cantumkan waktu serta frekuensi pelaksanaan tindakan.

4

Implementasi & Evaluasi

Implementasi dicatat segera setelah tindakan dilakukan disertai tanggal, jam, dan paraf. Evaluasi ditulis menggunakan format **SOAP** (Subjective, Objective, Assessment, Plan) atau **SOAPIE** untuk menilai perkembangan pasien.

 **Teknik Koreksi Kesalahan:** Jangan pernah menghapus, menip-ex, atau menutup tulisan yang salah. Coret sekali dengan tinta yang sama, tulis "salah/error", bubuhkan inisial dan tanggal, lalu tulis koreksinya. Pada dokumentasi elektronik, gunakan fitur amandemen/addendum yang tersedia di sistem.

Dokumentasi Manual vs. Elektronik & Contoh Penulisan

Dokumentasi Manual

Dilakukan menggunakan formulir cetak standar rumah sakit. Penulisan harus menggunakan tinta biru atau hitam, tulisan tangan harus terbaca jelas, tidak menggunakan singkatan yang tidak standar, dan setiap entri harus disertai tanggal, jam, dan tanda tangan beserta nama terang perawat. Cocok digunakan di fasilitas dengan keterbatasan teknologi.



✓ Contoh BENAR:

"Tgl 12/06/2025, 08.00 — DS: Pasien mengatakan 'nyeri dada seperti tertindih, skala 7/10'. DO: TD 150/90 mmHg, N 98x/mnt, RR 22x/mnt, wajah meringis. Perawat: Siti, Amd.Kep"



✗ Contoh SALAH:

"Pasien sakit, TD tinggi, sudah diberi obat." — Tidak lengkap, tidak ada data spesifik, tidak ada waktu, tidak ada identitas perawat, terlalu subjektif.

Dokumentasi Elektronik (EHR/EMR)

Sistem Rekam Medis Elektronik memungkinkan pencatatan yang lebih terstruktur, mudah diakses, dan terintegrasi antar unit. Keunggulannya meliputi kemudahan penelusuran riwayat pasien, pengurangan risiko tulisan tidak terbaca, dan notifikasi otomatis. Namun memerlukan pelatihan penggunaan sistem dan keamanan data (password, akses terbatas).

- Input data terstruktur menggunakan template standar
- Setiap entri tercatat otomatis dengan timestamp dan username
- Koreksi dilakukan melalui fitur addendum — entri asli tetap terlihat
- Pastikan logout setelah selesai untuk menjaga kerahasiaan data pasien

Prinsip Komunikasi Tertulis dalam Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan bukan sekadar catatan administratif — ia adalah **alat komunikasi profesional** yang menjembatani seluruh anggota tim kesehatan. Informasi yang ditulis oleh satu perawat akan menjadi acuan tindakan bagi dokter, perawat shift berikutnya, ahli gizi, fisioterapis, dan tenaga kesehatan lainnya. Kualitas komunikasi tertulis secara langsung berdampak pada keselamatan dan kualitas asuhan pasien.



Fungsi Komunikasi Tertulis

- Meneruskan informasi kondisi pasien antar shift secara akurat
- Mengkoordinasikan tindakan lintas disiplin ilmu
- Menyediakan bukti tindakan yang telah dilakukan
- Mendukung proses pengambilan keputusan klinis



Hambatan Komunikasi Tertulis

- Tulisan tangan tidak terbaca atau tidak jelas
- Penggunaan singkatan yang tidak standar atau ambigu
- Penulisan yang tidak lengkap atau terlalu umum
- Inkonsistensi format antar perawat dalam satu unit



Dampak Komunikasi yang Tidak Efektif

- Kesalahan pemberian obat atau tindakan (medication error)
- Keterlambatan penanganan kondisi kritis pasien
- Duplikasi tindakan yang tidak perlu dan pemborosan sumber daya
- Potensi sengketa hukum dan masalah medikolegal

Enam Prinsip Komunikasi Tertulis yang Efektif

Catatan keperawatan yang berkualitas harus memenuhi enam prinsip dasar komunikasi tertulis yang efektif. Setiap prinsip memiliki peran spesifik dalam memastikan informasi tersampaikan dengan benar kepada pembacanya.

1 Jelas (Clear) Gunakan kalimat singkat yang langsung menuju pada poin. Hindari kalimat panjang berbelit yang membingungkan. Contoh: "Pasien mengeluh nyeri kepala sejak 2 jam lalu" bukan "Sepertinya pasien ada keluhan kepala yang terasa tidak nyaman."	2 Singkat (Concise) Sampaikan informasi yang diperlukan tanpa pengulangan dan tanpa kata-kata tidak perlu. Gunakan istilah keperawatan/medis yang tepat untuk efisiensi penulisan tanpa kehilangan makna klinis.
3 Akurat (Accurate) Catat hanya fakta yang benar-benar diamati atau diukur. Sertakan angka spesifik: "TD: 130/80 mmHg" bukan "tensi tinggi". Data harus dapat diverifikasi dan dipertanggungjawabkan secara ilmiah.	4 Objektif (Objective) Pisahkan fakta dari interpretasi atau opini pribadi. Tulis apa yang diamati, bukan penilaian pribadi. Contoh: "Wajah pasien tampak meringis saat mobilisasi" bukan "Pasien terlihat lebay dalam merespons nyeri."
5 Lengkap (Complete) Pastikan semua informasi relevan tercantum: identitas pasien, waktu, kondisi, tindakan, respons, dan perawat yang bertanggung jawab. Tidak ada celah informasi yang dapat menimbulkan kebingungan.	6 Mudah Dipahami Gunakan istilah standar yang dipahami seluruh anggota tim kesehatan. Hindari singkatan tidak resmi. Struktur kalimat logis dan teratur sehingga siapapun yang membaca dapat memahami tanpa perlu bertanya lebih lanjut.

 **Kesinambungan Informasi Antar Shift:** Dokumentasi yang memenuhi keenam prinsip ini memastikan perawat shift berikutnya mendapatkan gambaran kondisi pasien yang utuh, sehingga tidak ada jeda dalam pemberian asuhan yang berkualitas.

Teknik Pelaporan Keperawatan di Tatanan Klinik

Pelaporan keperawatan adalah proses penyampaian informasi kondisi pasien dari satu perawat kepada perawat lain atau kepada anggota tim kesehatan lainnya, baik secara lisan maupun tertulis. Pelaporan yang efektif memastikan **kesinambungan dan keselamatan asuhan pasien** tanpa ada celah informasi yang berbahaya, terutama saat terjadi pergantian shift atau perpindahan pasien antar unit.

Tujuan Pelaporan di Klinik

- Menyampaikan kondisi terkini pasien secara akurat kepada perawat pengganti
- Memastikan tindakan yang belum selesai dilanjutkan tanpa terputus
- Mengidentifikasi prioritas tindakan untuk shift berikutnya
- Mendokumentasikan kejadian khusus atau perubahan kondisi yang signifikan
- Membangun koordinasi efektif antar tenaga kesehatan di tatanan klinik

Jenis Pelaporan Keperawatan

1. Laporan Lisan

Disampaikan secara verbal saat timbang terima (handover), diskusi kasus, atau pelaporan insiden darurat. Harus ringkas, terstruktur, dan dapat diverifikasi ulang.

2. Laporan Tertulis

Mencakup catatan keperawatan harian, formulir timbang terima, laporan insiden, dan dokumentasi rujukan. Bersifat permanen dan dapat dijadikan bukti hukum.

3. Pelaporan Kejadian Khusus/Insiden

Laporan formal saat terjadi kejadian tidak diharapkan (KTD), kejadian nyaris cedera (KNC), atau kejadian sentinel yang harus dilaporkan sesuai prosedur institusi.

Teknik SBAR dan Timbang Terima (Handover)

SBAR adalah teknik komunikasi terstruktur yang direkomendasikan oleh **WHO dan Joint Commission International (JCI)** untuk pelaporan kondisi pasien. Teknik ini mengurangi risiko miscommunication yang dapat mengancam keselamatan pasien. Timbang terima (handover) adalah penerapan SBAR dalam transisi pergantian shift.



Prinsip Timbang Terima yang Efektif: Lakukan di sisi tempat tidur pasien (bedside handover) bila memungkinkan, sertakan pasien dalam proses, gunakan formulir timbang terima standar, dan pastikan perawat penerima mencatat serta menandatangani serah terima. Setelah pelaporan lisan, selalu lengkapi dengan dokumentasi tertulis di catatan keperawatan.

Kompetensi Inti Dokumentasi Keperawatan

Ketiga bahan kajian dalam perkuliahan ini membentuk satu kesatuan kompetensi dokumentasi yang harus dikuasai setiap perawat profesional. Dokumentasi bukan hanya kewajiban administratif — ia adalah cerminan kualitas asuhan dan komitmen terhadap keselamatan pasien.

 Teknik Penulisan

- Tulis faktual, akurat, lengkap, dan kronologis
- Ikuti alur proses keperawatan (ADIME/SOAP)
- Catat DS & DO secara terpisah dan spesifik
- Koreksi kesalahan sesuai prosedur standar
- Kuasai dokumentasi manual dan elektronik

 Komunikasi Tertulis

- Terapkan 6 prinsip: jelas, singkat, akurat, objektif, lengkap, mudah dipahami
- Gunakan istilah medis dan keperawatan yang tepat
- Jaga kesinambungan informasi antar shift
- Hindari opini dan interpretasi subjektif dalam catatan

 Pelaporan Klinik

- Gunakan teknik SBAR untuk setiap pelaporan terstruktur
- Lakukan timbang terima di sisi pasien (bedside handover)
- Dokumentasikan setiap pelaporan secara tertulis
- Laporkan insiden dan KTD sesuai prosedur institusi

"Dokumentasi yang baik adalah bukti asuhan yang baik. Perawat yang mendokumentasikan dengan benar, berkomunikasi dengan profesional, dan melaporkan dengan akurat — adalah perawat yang melindungi pasien, dirinya sendiri, dan profesinya."

Apa Itu Kesalahan Dokumentasi dan Pelaporan?

Kesalahan dokumentasi adalah segala bentuk ketidaktepatan, ketidaklengkapan, atau ketidaksesuaian dalam pencatatan data keperawatan yang dapat memengaruhi kualitas pelayanan dan keselamatan pasien. Kesalahan pelaporan mencakup kegagalan dalam menyampaikan informasi klinis secara akurat, lengkap, dan tepat waktu kepada tenaga kesehatan lain.

Kesalahan Dokumentasi

- Data tidak lengkap atau tidak akurat
- Tulisan tidak terbaca (illegible handwriting)
- Penggunaan istilah atau singkatan tidak baku
- Dokumentasi terlambat atau tidak tepat waktu
- Data subjektif tanpa dasar pengkajian objektif
- Copy-paste data tanpa verifikasi ulang

Kesalahan Pelaporan

- Informasi yang disampaikan tidak lengkap
- Komunikasi tidak jelas atau ambigu
- Salah interpretasi kondisi klinis pasien
- Pelaporan tidak sesuai urutan prioritas
- Tidak mencantumkan perubahan status pasien
- Laporan lisan tanpa konfirmasi tertulis



Kesalahan dokumentasi bukan hanya masalah administrasi — ini adalah masalah keselamatan pasien yang dapat berujung pada tuntutan hukum dan sanksi profesi.

Faktor Penyebab dan Dampak Kesalahan

Memahami akar penyebab kesalahan dokumentasi sangat penting untuk menyusun strategi pencegahan yang efektif. Kesalahan tidak selalu terjadi karena kelalaian semata, tetapi sering kali merupakan hasil dari sistem kerja yang tidak mendukung praktik dokumentasi yang baik.

**Beban Kerja Berlebih**

Rasio perawat-pasien yang tidak ideal menyebabkan perawat terburu-buru dalam mendokumentasikan asuhan, sehingga data menjadi tidak lengkap atau tidak akurat.

**Kurang Pengetahuan**

Pemahaman yang tidak memadai tentang standar dokumentasi, terminologi medis, dan prosedur pencatatan menyebabkan perawat melakukan kesalahan yang berulang.

**Kurang Teliti**

Tidak melakukan pengecekan ulang terhadap data yang dicatat, termasuk nama pasien, dosis obat, dan waktu tindakan, meningkatkan risiko kesalahan kritis.

Dampak Kesalahan Dokumentasi

Kesalahan Tindakan Klinis

Data yang tidak akurat dapat menyebabkan tenaga kesehatan memberikan intervensi yang tidak tepat, seperti pemberian dosis obat yang salah atau penanganan kondisi yang keliru karena riwayat alergi tidak tercatat dengan benar.

Risiko Patient Safety

Dokumentasi yang buruk merupakan salah satu penyebab utama kejadian tidak diinginkan (KTD) di fasilitas kesehatan. WHO mencatat bahwa komunikasi yang tidak efektif — termasuk dokumentasi — berkontribusi pada lebih dari 70% insiden keselamatan pasien.

Masalah Hukum dan Profesi

Rekam medis yang tidak lengkap, tidak akurat, atau dimanipulasi dapat dijadikan bukti dalam gugatan hukum terhadap perawat maupun institusi kesehatan. Perawat dapat dikenai sanksi administratif, penangguhan izin praktik, hingga tuntutan pidana.

Cara Mencegah Kesalahan Dokumentasi

Pencegahan kesalahan dokumentasi membutuhkan pendekatan sistematis yang melibatkan perawat secara individual, tim kesehatan, dan kebijakan institusi. Berikut adalah strategi pencegahan yang berbasis bukti dan dapat diterapkan dalam praktik klinis sehari-hari.

01	02	03
Catat Segera Setelah Tindakan Lakukan dokumentasi sesegera mungkin setelah memberikan asuhan keperawatan. Jangan mengandalkan ingatan — semakin lama jeda antara tindakan dan pencatatan, semakin besar kemungkinan data menjadi tidak akurat atau tidak lengkap.	Gunakan Bahasa Baku dan Jelas Hindari singkatan tidak resmi, tulisan yang sulit dibaca, dan istilah ambigu. Gunakan terminologi medis yang telah distandarkan oleh institusi dan profesi keperawatan.	Verifikasi Data Sebelum Dicatat Pastikan data yang dicatat telah diverifikasi secara langsung. Hindari copy-paste dari catatan pasien lain atau dari kunjungan sebelumnya tanpa meninjau ulang kondisi terkini pasien.
04	05	
Ikuti Pelatihan Berkala Tingkatkan kompetensi dokumentasi melalui pelatihan, simulasi, dan studi kasus. Institusi wajib menyediakan orientasi dan pembaruan pengetahuan terkait standar dokumentasi secara rutin.	Terapkan Double-Check untuk Data Kritis Untuk data yang bersifat kritis seperti dosis obat tinggi, hasil laboratorium abnormal, atau perubahan kondisi akut — lakukan verifikasi dengan rekan sejawat sebelum dicatat dan dilaporkan.	

Studi Kasus: Analisis Kesalahan Dokumentasi

Analisis studi kasus membantu mahasiswa memahami bagaimana kesalahan dokumentasi terjadi dalam konteks nyata dan bagaimana seharusnya situasi tersebut ditangani. Kemampuan mengidentifikasi dan menganalisis kesalahan adalah kompetensi inti yang harus dikuasai setiap perawat.

1

Kasus 1: Copy-Paste Riwayat Alergi

Situasi: Perawat A mendokumentasikan riwayat alergi pasien Ny. S dengan menyalin data dari catatan kunjungan sebelumnya tanpa melakukan pengkajian ulang. Ternyata pasien telah mengembangkan alergi baru terhadap penisilin sejak kunjungan terakhir.

Kesalahan: Copy-paste tanpa verifikasi ulang kondisi terkini.

Dampak: Pasien diberikan antibiotik berbasis penisilin dan mengalami reaksi anafilaksis.

Pelajaran: Setiap pengkajian baru harus dilakukan secara mandiri dan menyeluruh.

2

Kasus 2: Tulisan Tidak Terbaca

Situasi: Perawat B menuliskan instruksi pemberian morfin 10 mg dengan tulisan tangan yang tidak jelas sehingga terbaca sebagai 40 mg oleh perawat shift berikutnya.

Kesalahan: Tulisan tidak terbaca untuk data kritis dosis obat.

Dampak: Overdosis opioid pada pasien dan kondisi darurat medis.

Pelajaran: Data dosis obat harus ditulis dengan sangat jelas atau menggunakan sistem elektronik dengan konfirmasi ganda.

3

Kasus 3: Dokumentasi Terlambat

Situasi: Perawat C mendokumentasikan perubahan tanda vital pasien yang signifikan (tekanan darah turun drastis) empat jam setelah pengukuran karena sibuk dengan pasien lain.

Kesalahan: Keterlambatan dokumentasi dan pelaporan kondisi klinis kritis.

Dampak: Tim medis tidak segera mengetahui perubahan kondisi sehingga intervensi terlambat diberikan.

Pelajaran: Perubahan kondisi yang signifikan harus segera didokumentasikan dan dilaporkan tanpa penundaan.



Standar Singkatan dan Simbol dalam Dokumentasi Keperawatan

Penggunaan singkatan dan simbol dalam dokumentasi keperawatan bertujuan untuk efisiensi, namun jika tidak distandarkan dapat menjadi sumber kesalahan yang berbahaya. Memahami singkatan yang aman, dianjurkan, dan yang harus dihindari adalah kompetensi wajib setiap perawat profesional.

Common Medical Abbreviations and Symbols					
When in doubt – Spell it out!					
Note: this is not a full compilation of medical abbreviations. Consult your facility policies for additional facility-specific information.					
Abbreviations		4.5% Normal Saline Half Normal Saline	0.45NaCl	Year old	y/o
After meals	pc	Minute, minimum	min.	Symbols	
Antibiotics	ABX	Maximum. most	max.	before	$\overline{a}$
Antecubital	AC	Nasal Cannula	n/c	with	$\overline{c}$
As desired	ad lib	Nausea/Vomiting	N/V	with	w/
As soon as possible	ASAP	Nausea/vomiting/diarrhea	N/V/D	after	$\overline{p}$
Bathroom	BR	Night shift	noc	without	$\overline{s}$
Bathroom Privileges	BRP	None	$\emptyset$	without	w/o
Bed side commode	BSC	Not applicable	N/A	change	Δ
Before meals	ac	Occupational Therapy/Therapist	OT	female	♀
Bilateral, Bilaterally	Bilat.	Oxygen	O ₂	male	♂
Blood Glucose	BG	Patient	pt.	One	-i
Blood Pressure	BP	Per	/	Two	-ii
Bowel Movement	BM	Per hour	/ ^o	Three	-iii
Bowel Sound	BS	Pharmacy or Prescription	Rx	Left	L (circled)
by	Via	Physical Therapy/Therapist	PT	Right	R (circled)
Complains of	c/o	Piggy Back	PB	With or without Maybe or maybe not possible	+/-
Degree	°	quantity, amount	qty	Increase (up)	↑
Diagnosis	Dx	regarding	re	Decrease (down)	↓
Due to	d/t	Related to	r/t	Greater than	>
each	ea	Room air	r/a	Less than	<
End of shift	EOS	Rule out	r/o	Leads to	→
Every	q	Secondary to	s/t	Number	#
Extremity	ext.	Signs & Symptoms	s/s	Times	X
Fasting Blood Glucose	FBG	Speech Therapy/Therapist	ST	per	/
Keep Vein Open	KVO	Status post	s/p	at	@
Low Intermittent Suction	LIS	Surgery	Sx		
Hours of sleep	hs	Therapy	Thx		
Immediately	STAT	Times	X		
Intravenous	IV	To keep open	TKO		
Common IV Solutions	(see below)	Treatment	TX		
5% Dextrose in Water	DSW	Vital signs stable	VSS		
Normal Saline	NS/0.9	Vital signs	VS		
Lactated Ringers Ringers Lactate	LR	Wheelchair	w/c		

Prinsip, Tujuan, dan Penggunaan Singkatan yang Aman

Singkatan medis adalah bentuk penulisan ringkas dari istilah klinis yang digunakan untuk mempercepat proses dokumentasi. Namun, penggunaannya harus mengikuti prinsip keamanan dan standar yang berlaku agar tidak menimbulkan ambiguitas yang membahayakan pasien.

Tujuan Penggunaan Singkatan

- Menghemat waktu penulisan dokumentasi
- Meningkatkan efisiensi komunikasi antar tenaga kesehatan
- Menyeragamkan terminologi klinis dalam satu institusi
- Memudahkan pembacaan catatan medis yang padat

Prinsip Penggunaan Aman

- Hanya gunakan singkatan yang tercantum dalam daftar resmi institusi
- Hindari singkatan yang memiliki lebih dari satu makna
- Tidak menggunakan singkatan untuk instruksi dosis obat yang kritis
- Jika ragu, tulis lengkap

Singkatan Umum yang Diperbolehkan

Singkatan	Kepanjangan	Konteks
TTV	Tanda-Tanda Vital	Pengkajian umum
BB/TB	Berat Badan / Tinggi Badan	Antropometri
N/V	Nausea / Vomiting (mual/muntah)	Keluhan GI
IVFD	Intravenous Fluid Drip	Terapi cairan
RR	Respiratory Rate (frekuensi napas)	TTV
TD	Tekanan Darah	TTV
Nadi	Denyut jantung per menit	TTV
SpO2	Saturasi oksigen perifer	Monitoring
GCS	Glasgow Coma Scale	Status neurologis
NGT	Nasogastric Tube	Alat medis

Singkatan Berbahaya dan Risiko Kesalahan Simbol

Beberapa singkatan dan simbol telah diidentifikasi oleh organisasi keselamatan pasien internasional (seperti ISMP dan Joint Commission) sebagai sumber kesalahan yang signifikan dan **tidak boleh digunakan** dalam dokumentasi klinis.



Singkatan Tidak Dianjurkan

- **"U"** untuk unit — sering terbaca sebagai angka "0" (nol) atau "4"
- **"IU"** untuk International Unit — sering terbaca sebagai "IV" (intravena)
- **"QD"** untuk sekali sehari — terbaca seperti "QID" (4x sehari)
- **"MS"** — bisa berarti morfin sulfat atau magnesium sulfat
- **"MSO4" / "MgSO4"** — dapat tertukar satu sama lain



Simbol Berisiko Tinggi

- Simbol **">"** (lebih besar dari) terbaca sebagai angka "7"
- Simbol **"<"** (lebih kecil dari) terbaca sebagai huruf "L"
- Simbol **"@"** terbaca sebagai angka "2"
- Titik desimal yang hilang: menulis **".5 mg"** bukan "0.5 mg" berisiko terbaca sebagai "5 mg"
- Nol setelah koma: menulis **"1.0 mg"** berisiko terbaca sebagai "10 mg"



Kebijakan Rumah Sakit

- Setiap institusi wajib memiliki daftar singkatan resmi yang diperbolehkan
- Perawat harus menggunakan hanya singkatan yang ada dalam daftar tersebut
- Singkatan baru tidak boleh dibuat sendiri tanpa persetujuan komite medis
- Pelatihan singkatan standar wajib diberikan saat orientasi pegawai baru
- Audit dokumentasi berkala dilakukan untuk memantau kepatuhan penggunaan singkatan



Aturan emas dalam penggunaan singkatan: **Jika singkatan berpotensi menimbulkan lebih dari satu interpretasi, tulis lengkap.** Keselamatan pasien selalu lebih penting daripada efisiensi penulisan.

Documenting and Reporting

List guidelines for effective documentation, including those of the American Nurses Association.

Identify measures to protect confidential client information.

Describe the purposes of client records.

Compare and contrast different methods of documentation, including electronic health records, source-oriented records, problem-oriented medical records, PIE charting, focus charting, and charting by exception.

Describe the nurse's role in communicating with other health care professionals by reporting.

Ethics

List five common modes of value transmission.

Describe three steps in the valuing process.

Use values, clarification strategies in clinical practice.

Compare and contrast the principle-based and care-based approaches to bioethics.

Describe nursing practice that is consistent with the code of ethics for nursing.

Describe moral distress and ways to promote moral resilience.

Recognize ethical issues as they arise in nursing practice.

Use an ethical framework and decision-making process to resolve ethical problems.

Describe three typical concerns of the nurse advocate.

Legal

Describe law and describe its four sources of laws.

Describe laws affecting nursing practice.

Describe the professional and legal regulation of nursing practice.

Identify grounds for suspending or revoking a license or registration.

Differentiate intentional torts (assault and battery, defamation, invasion of privacy false imprisonment, fraud) and unintentional torts (negligence).

Evaluate personal areas of potential liability in nursing.

Prinsip Legal dan Etika dalam Penulisan Laporan Keperawatan

Dokumentasi keperawatan bukan sekadar catatan administratif — ia adalah dokumen hukum yang dapat digunakan sebagai bukti di pengadilan, dasar pertanggungjawaban profesi, dan cerminan integritas seorang perawat. Memahami aspek legal dan etika dokumentasi adalah kewajiban setiap tenaga keperawatan.

Aspek Legal, Etika, dan Konsekuensi Pelanggaran

Dokumentasi keperawatan yang baik tidak hanya mencerminkan kompetensi klinis, tetapi juga integritas moral dan tanggung jawab hukum seorang perawat. Pelanggaran terhadap prinsip legal dan etika dokumentasi dapat membawa konsekuensi serius bagi perawat, pasien, dan institusi.

Dokumentasi sebagai Bukti Hukum

Rekam medis memiliki kekuatan hukum sebagai dokumen resmi yang dapat digunakan dalam proses litigasi, investigasi malpraktik, dan pembelaan hak pasien. Prinsip hukum yang berlaku: **"If it wasn't documented, it wasn't done"** — artinya tindakan yang tidak didokumentasikan dianggap tidak dilakukan di mata hukum.

Prinsip Etika Dokumentasi

→ Kejujuran (Veracity)

Perawat wajib mencatat data secara jujur dan akurat sesuai dengan kondisi nyata pasien. Tidak boleh menambah, mengurangi, atau memodifikasi data demi kepentingan tertentu.

→ Kerahasiaan (Confidentiality)

Data pasien bersifat rahasia dan hanya boleh diakses oleh tenaga kesehatan yang berwenang. Berbagi informasi pasien tanpa izin merupakan pelanggaran etika dan hukum.

→ Akuntabilitas (Accountability)

Perawat bertanggung jawab penuh atas setiap catatan yang ditandatanganinya. Setiap entri harus mencantumkan nama lengkap, gelar, tanggal, dan waktu pencatatan.

Larangan dan Konsekuensi Hukum

- **Pemalsuan data** (falsifikasi rekam medis) — merupakan tindak pidana yang dapat dikenai hukuman penjara
- **Penghapusan catatan** — tidak diperbolehkan; koreksi hanya boleh dilakukan dengan garis tunggal disertai paraf dan tanggal
- **Pendokumentasian tindakan yang belum dilakukan** — termasuk pemalsuan dan berbahaya bagi pasien
- **Pelanggaran kerahasiaan** — dapat berujung pada pencabutan izin praktik

Informed Consent dan Dokumentasi

Setiap tindakan invasif atau prosedur medis yang memerlukan persetujuan pasien harus didokumentasikan dengan formulir informed consent yang ditandatangani. Perawat bertanggung jawab memastikan pasien memahami prosedur sebelum menandatangani, dan dokumentasi proses ini wajib ada dalam rekam medis.

Etika Dokumentasi Elektronik

- Jangan berbagi kata sandi akses sistem rekam medis elektronik
- Selalu log out setelah selesai menggunakan terminal
- Tidak mengakses data pasien yang bukan dalam tanggung jawab Anda
- Laporkan segera jika menemukan akses tidak sah ke sistem



Regulasi terkait: UU Kesehatan No. 17 Tahun 2023, Permenkes No. 24 Tahun 2022 tentang Rekam Medis, dan Kode Etik Keperawatan Indonesia (PPNI) mengatur secara eksplisit kewajiban dokumentasi yang jujur, akurat, dan terjaga kerahasiaannya.