

Dokumentasi Keperawatan: Model PIE, POS & CBE

Dosen Pengampu:

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

DOKUMENTASI KEPERAWATAN

D3 KEPERAWATAN



Pengertian & Latar Belakang Model Dokumentasi PIE

Apa Itu Model PIE?

Model dokumentasi **PIE (Problem – Intervention – Evaluation)** adalah sistem pencatatan keperawatan yang mengorganisasikan informasi berdasarkan tiga komponen utama: **masalah** yang diidentifikasi pada pasien, **intervensi** yang dilakukan perawat, dan **evaluasi** terhadap respons pasien terhadap tindakan tersebut.

Model ini dikembangkan sebagai alternatif dari sistem dokumentasi tradisional yang cenderung panjang, berulang, dan kurang terfokus. PIE menyederhanakan dokumentasi dengan mengintegrasikan catatan perkembangan pasien secara langsung dalam satu format yang sistematis dan mudah diakses oleh seluruh tim kesehatan.

Model PIE pertama kali diperkenalkan oleh **Phyllis E. Gebbie** dan **Mary Ann Lavin** pada tahun 1974 sebagai respons terhadap kebutuhan akan dokumentasi keperawatan yang lebih efisien, terstruktur, dan berorientasi pada masalah pasien secara nyata.

Latar Belakang Munculnya Model PIE

Sebelum model PIE diperkenalkan, dokumentasi keperawatan di banyak fasilitas kesehatan menggunakan sistem naratif bebas yang tidak terstruktur. Kondisi ini menimbulkan berbagai permasalahan:

- Dokumentasi yang panjang dan berulang-ulang sehingga menyita waktu perawat
- Kesulitan dalam menemukan informasi penting secara cepat saat dibutuhkan
- Kurangnya fokus pada masalah aktual pasien
- Rendahnya konsistensi antar perawat dalam pencatatan
- Minimnya keterkaitan antara rencana asuhan dengan tindakan dan evaluasi

Model PIE hadir untuk menjawab kebutuhan tersebut dengan menyediakan format yang **singkat, terstruktur, dan berorientasi pada masalah**, sehingga memudahkan komunikasi antar anggota tim kesehatan dan mendukung *continuity of care* yang lebih baik.

Tujuan & Prinsip Dasar Dokumentasi PIE

Tujuan Penggunaan Dokumentasi

PIE

→ Memudahkan Komunikasi Tim Kesehatan

PIE menyediakan format standar yang dapat dipahami oleh seluruh anggota tim, sehingga informasi tentang kondisi dan perkembangan pasien tersampaikan secara akurat dan konsisten.

→ Mendukung Continuity of Care

Dokumentasi yang terstruktur memastikan bahwa setiap perawat yang bertugas dapat melanjutkan asuhan keperawatan tanpa kehilangan informasi penting tentang kondisi pasien.

→ Meningkatkan Akuntabilitas Perawat

Setiap tindakan yang didokumentasikan dalam format PIE menjadi bukti tanggung jawab profesional perawat terhadap asuhan yang diberikan.

→ Memfasilitasi Evaluasi Kualitas Asuhan

Format PIE memungkinkan evaluasi terhadap efektivitas intervensi keperawatan secara sistematis dan terukur.

Prinsip Dasar Dokumentasi PIE

Berorientasi Masalah

Setiap catatan dimulai dari identifikasi masalah atau diagnosa keperawatan yang aktual, bukan dari tindakan yang dilakukan.

Singkat dan Jelas

Dokumentasi ditulis secara ringkas tanpa menghilangkan informasi penting. Hindari kalimat bertele-tele dan pengulangan yang tidak perlu.

Terstruktur dan Sistematis

Mengikuti urutan P → I → E secara konsisten dalam setiap sesi dokumentasi perkembangan pasien.

Objektif dan Faktual

Menggunakan data yang dapat diobservasi dan diukur, bukan asumsi atau interpretasi subjektif perawat.

Tepat Waktu

Dokumentasi dilakukan segera setelah tindakan keperawatan dilaksanakan untuk memastikan keakuratan informasi.

Hubungan PIE dengan Proses Keperawatan & Komponen Utama

Model dokumentasi PIE memiliki hubungan yang sangat erat dengan proses keperawatan. Setiap komponen PIE mencerminkan tahapan dalam proses keperawatan:

P (Problem) berkaitan dengan tahap pengkajian dan diagnosa keperawatan

I (Intervention) berkaitan dengan tahap perencanaan dan implementasi, sedangkan

E (Evaluation) berkaitan langsung dengan tahap evaluasi dalam proses keperawatan. Dengan demikian, PIE bukan sekadar format pencatatan, melainkan representasi tertulis dari seluruh proses berpikir klinis perawat.

P — Problem (Masalah)

Identifikasi masalah atau diagnosa keperawatan yang ditegakkan berdasarkan data pengkajian. Penulisan mencakup: label diagnosa, faktor penyebab (*related to*), dan tanda/gejala (*as evidenced by*). Prioritas masalah ditentukan berdasarkan urgensi dan kebutuhan pasien. Kode diagnosa (misalnya dari NANDA-I) dapat ditambahkan untuk standardisasi.

- Identifikasi masalah aktual atau risiko
- Penulisan diagnosa keperawatan lengkap
- Penetapan prioritas masalah

I — Intervention (Intervensi)

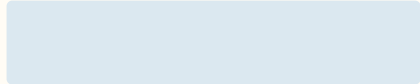
Tindakan keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah yang telah diidentifikasi. Dokumentasi mencakup: tindakan mandiri perawat, tindakan kolaboratif, edukasi yang diberikan, serta respons awal pasien terhadap intervensi. Setiap tindakan harus spesifik, terukur, dan dapat dipertanggungjawabkan secara profesional.

- Implementasi intervensi keperawatan
- Kolaborasi dengan tim kesehatan lain
- Dokumentasi tindakan yang dilakukan

E — Evaluation (Evaluasi)

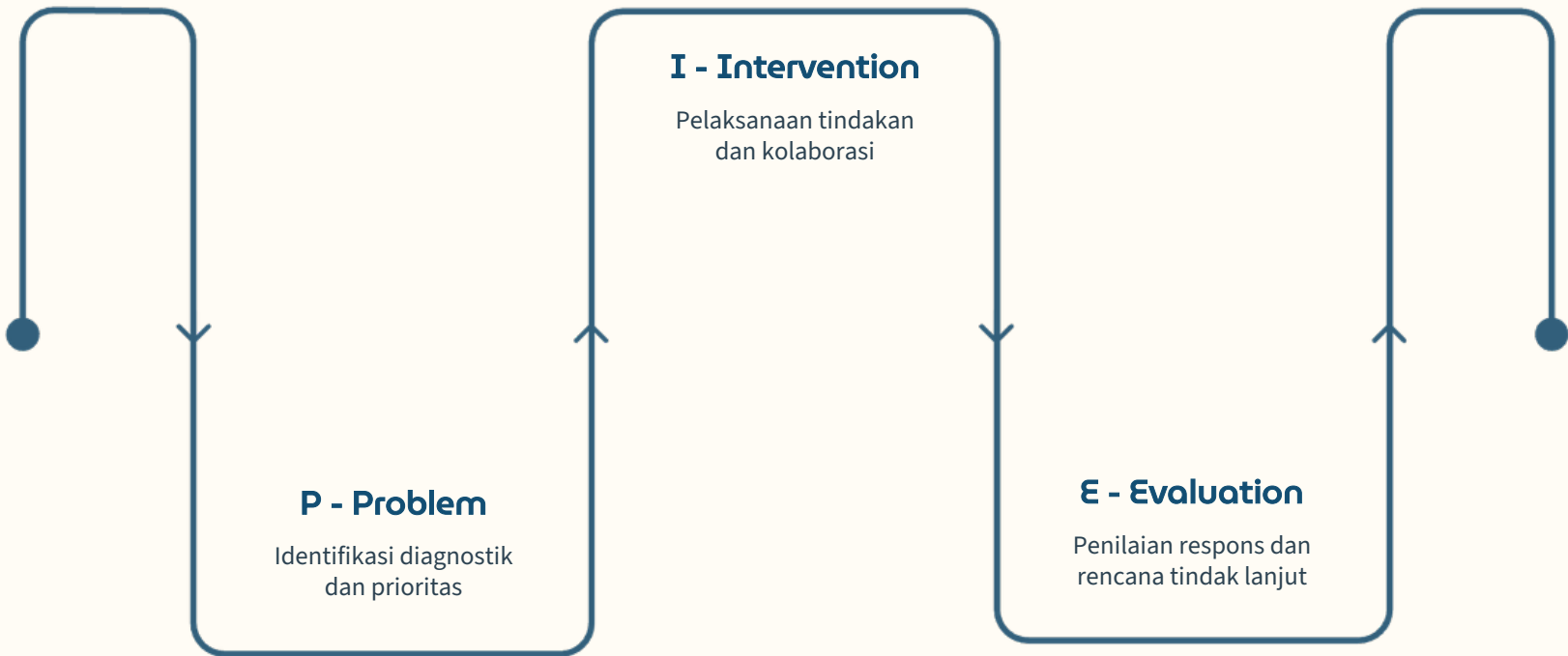
Respon pasien terhadap intervensi yang telah diberikan. Evaluasi mencakup: pencapaian tujuan asuhan, perubahan kondisi pasien, efektivitas intervensi, dan rencana tindak lanjut. Evaluasi yang baik bersifat spesifik, terukur, dan mencerminkan perkembangan nyata kondisi pasien.

- Respon pasien terhadap tindakan
- Evaluasi hasil dan perkembangan kondisi
- Perencanaan tindak lanjut



Alur Pencatatan & Contoh Format Dokumentasi PIE

Alur Pencatatan dalam Model PIE



Setiap sesi dokumentasi perkembangan pasien mengikuti alur ini secara konsisten. Perawat mengidentifikasi masalah yang relevan, mendokumentasikan tindakan yang dilakukan, dan mengevaluasi respons pasien — semuanya dalam satu catatan yang terintegrasi.

Contoh Format Dokumentasi PIE

Tanggal	15 Januari 2025
P — Problem	Gangguan pertukaran gas b.d ketidakseimbangan ventilasi-perfusi d.d SpO ₂ 88%, frekuensi napas 28x/menit, penggunaan otot bantu napas, pasien tampak sesak.
I — Intervention	1. Posisikan semi-Fowler 45°. 2. Berikan O₂ 3 L/menit via nasal kanul. 3. Ajarkan teknik napas dalam. 4. Monitor SpO₂ setiap 30 menit. 5. 5. Kolaborasi pemberian bronkodilator nebulizer.
E — Evaluation	Setelah 30 menit: SpO ₂ meningkat menjadi 95%, frekuensi napas 20x/menit, pasien melaporkan sesak berkurang. Intervensi dilanjutkan, evaluasi ulang dalam 2 jam.

 Format di atas menunjukkan bagaimana satu masalah didokumentasikan secara lengkap dalam tiga komponen PIE yang saling berkaitan dan mudah dibaca oleh seluruh tim kesehatan.

Contoh Kasus & Penerapan PIE di Rumah Sakit

Contoh Kasus Penggunaan PIE

Identitas Pasien: Tn. S, 58 tahun, dirawat di ruang penyakit dalam dengan diagnosa medis PPOK eksaserbasi akut.

P — Problem: Bersihan jalan napas tidak efektif b.d peningkatan produksi sekret dan batuk tidak efektif d.d suara napas ronkhi, batuk produktif sulit, sputum kental kuning.

I — Intervention: 1) Ajarkan batuk efektif dan teknik huffing. 2) Lakukan fisioterapi dada (chest physiotherapy). 3) Berikan posisi nyaman (duduk tegak). 4) Anjurkan minum 2-3 liter/hari. 5) Kolaborasi pemberian mukolitik.

E — Evaluation: Setelah 2 jam intervensi: pasien mampu melakukan batuk efektif, suara ronkhi berkurang, sputum lebih encer dan mudah dikeluarkan. Pasien kooperatif. Intervensi dilanjutkan tiap shift.

Penerapan PIE di Rumah Sakit

Model PIE banyak diterapkan di rumah sakit Indonesia, terutama di ruang rawat inap, ICU, dan unit gawat darurat. Berikut adalah kondisi yang mendukung keberhasilan penerapan PIE:

- **Sistem rekam medis terintegrasi** yang memungkinkan akses cepat terhadap catatan perkembangan
- **Pelatihan reguler** bagi perawat tentang teknik dokumentasi yang benar
- **Audit dokumentasi** berkala untuk memastikan kualitas dan konsistensi pencatatan
- **Ketersediaan format baku** yang distandardisasi oleh institusi pelayanan
- **Komitmen manajemen** dalam mendukung budaya dokumentasi yang akuntabel

Di beberapa rumah sakit, PIE telah diintegrasikan ke dalam sistem informasi keperawatan berbasis elektronik (*Electronic Health Record*), sehingga dokumentasi menjadi lebih efisien dan mudah diakses.



Karakteristik Model PIE & Teknik Penulisan yang Benar

Karakteristik Utama Model PIE



Berorientasi Masalah Pasien

Setiap catatan dimulai dari masalah aktual yang dihadapi pasien, bukan dari tindakan yang dilakukan perawat. Ini memastikan fokus tetap pada kebutuhan pasien.



Singkat dan Sistematis

Format terstruktur memungkinkan dokumentasi yang ringkas tanpa mengorbankan kelengkapan informasi. Mengurangi pengulangan dan redundansi data.



Fokus pada Respons Pasien

Bagian evaluasi secara khusus mendokumentasikan bagaimana pasien merespons intervensi, bukan sekadar mencatat bahwa tindakan telah dilakukan.



Mendukung Continuity of Care

Format yang konsisten memungkinkan perawat berikutnya memahami kondisi dan perkembangan pasien secara cepat dan akurat.

Teknik Penulisan PIE yang Benar

1

Gunakan Bahasa Objektif dan Faktual

Tulis apa yang diobservasi, bukan interpretasi. Contoh: *"Pasien mengeluh nyeri skala 7/10"* lebih baik daripada *"Pasien tampak kesakitan"*.

2

Tulis Segera Setelah Tindakan

Dokumentasi yang ditunda meningkatkan risiko kesalahan dan kelalaian informasi penting. Usahakan mencatat dalam waktu maksimal 30 menit setelah tindakan.

3

Gunakan Singkatan yang Ditetapkan Institusi

Hindari singkatan yang tidak standar atau ambigu. Gunakan hanya singkatan yang telah disepakati dan tercantum dalam kebijakan rumah sakit.

4

Tanda Tangan dan Cantumkan Nama Jelas

Setiap entri harus ditandatangani dengan nama terang dan nomor registrasi perawat untuk memastikan akuntabilitas profesional.



Kesalahan Umum & Analisis Dokumentasi PIE

Kesalahan Umum dalam Dokumentasi PIE

1 Dokumentasi Tidak Lengkap Hanya mencatat P dan I tanpa E, atau sebaliknya. Ketiga komponen harus selalu ada untuk membentuk catatan yang utuh dan bermakna.	2 Menggunakan Bahasa Subjektif Menggunakan istilah seperti "tampak baik" atau "keluhan berkurang" tanpa data pengukuran yang spesifik dan terukur.
3 Dokumentasi Terlambat Mencatat tindakan beberapa jam setelah dilaksanakan, sehingga detail penting terlewat atau tidak akurat.	4 Penggunaan Singkatan Tidak Standar Singkatan yang tidak disepakati institusi dapat menimbulkan miskomunikasi dan berpotensi membahayakan pasien.

Contoh Analisis Dokumentasi PIE

Berikut adalah perbandingan dokumentasi yang **kurang tepat** dan **lebih tepat** untuk kasus yang sama:

✗ Kurang Tepat

P: Pasien sesak napas

I: Diberikan oksigen

E: Pasien membaik

✓ Lebih Tepat

P: Gangguan pertukaran gas b.d V/Q mismatch d.d SpO₂ 88%, RR 28x/menit

I: O₂ 3 L/menit via nasal kanul, posisi semi-Fowler, monitor SpO₂

E: SpO₂ 95%, RR 20x/menit, sesak berkurang (skala 3→1)



Poin Penting: Dokumentasi yang baik harus spesifik, terukur, dan dapat diverifikasi. Hindari kalimat umum yang tidak memberikan informasi klinis yang bermakna bagi tim kesehatan.

Konsep Model Dokumentasi POS (Problem Oriented System)

Pengertian & Latar Belakang POS

Problem Oriented System (POS) adalah sistem dokumentasi medis dan keperawatan yang mengorganisasikan seluruh informasi klinis berdasarkan daftar masalah (*problem list*) pasien. Model ini dikembangkan oleh **Dr. Lawrence Weed** pada tahun 1968 di Yale University sebagai respons terhadap kebutuhan akan dokumentasi klinis yang lebih terstruktur dan mudah dilacak.

POS menjadi fondasi dari banyak sistem dokumentasi modern, termasuk SOAP (**S**ubjective, **O**bjective, **A**ssessment, **P**lan) dan SOAPIER yang merupakan pengembangan lebih lanjut khusus untuk keperawatan.

Tujuan utama POS adalah menciptakan rekam medis yang **sistematis, terpusat pada masalah, dan mudah diakses** oleh seluruh anggota tim kesehatan untuk mendukung pengambilan keputusan klinis yang tepat.

Struktur & Komponen Dokumentasi POS

01

Database (Basis Data)

Kumpulan data awal pasien meliputi: identitas, riwayat kesehatan, hasil pengkajian fisik, hasil laboratorium, dan data diagnostik lainnya. Merupakan fondasi seluruh dokumentasi.

02

Daftar Masalah (Problem List)

Daftar terstruktur semua masalah kesehatan pasien — medis, keperawatan, psikososial — yang diberi nomor dan tanggal identifikasi. Daftar ini menjadi rujukan utama seluruh catatan perkembangan.

03

Rencana Tindakan (Initial Plan)

Rencana diagnostik, terapeutik, dan edukatif untuk setiap masalah yang teridentifikasi. Mencakup intervensi medis dan keperawatan yang direncanakan.

04

Catatan Perkembangan (Progress Notes)

Catatan berkala yang mengikuti format SOAP/SOAPIER, mengupdate status setiap masalah dan mengevaluasi efektivitas intervensi yang telah diberikan.

Model POS: Problem Oriented System

Karakteristik Model POS

Problem Oriented System (POS) adalah model dokumentasi yang paling komprehensif dan sistematis. Model ini dikembangkan oleh Dr. Lawrence Weed dan menggunakan pendekatan **SOAP** (Subjective, Objective, Assessment, Plan) secara terintegrasi. POS menempatkan masalah pasien sebagai pusat dari seluruh dokumentasi, sehingga setiap catatan selalu merujuk pada masalah yang telah diidentifikasi.

POS mencakup empat komponen utama: **Database** (kumpulan data awal pasien), **Problem List** (daftar masalah yang teridentifikasi), **Initial Plan** (rencana awal penanganan), dan **Progress Notes** (catatan perkembangan menggunakan format SOAP). Pendekatan ini memastikan bahwa seluruh tim kesehatan memiliki pemahaman yang sama tentang kondisi dan rencana perawatan pasien.

Keunggulan POS

- Data pasien sangat lengkap dan terstruktur
- Memudahkan komunikasi multidisiplin karena format standar
- Evaluasi perkembangan masalah lebih sistematis
- Mendukung pendekatan holistik dalam asuhan keperawatan

Format SOAP dalam POS

S — Subjective

Keluhan dan pernyataan pasien.
Contoh: *"Pasien mengatakan nyeri perut sejak pagi, skala 7/10"*

O — Objective

Data objektif perawat. Contoh:
TD 140/90, wajah meringis, abdomen tegang

A — Assessment

Analisis dan diagnosa keperawatan. Contoh: *Nyeri akut b.d. inflamasi peritoneum*

P — Plan

Rencana tindakan. Contoh:
Kolaborasi pemberian analgesik, monitor tanda vital tiap 2 jam

SOAP/SOAPIER dalam POS, Format, & Ringkasan

Format SOAP & SOAPIER dalam POS

Dalam sistem POS, catatan perkembangan menggunakan format **SOAP** atau pengembangannya **SOAPIER** yang lebih komprehensif untuk keperawatan:

S — Subjective Keluhan dan pernyataan pasien/keluarga tentang kondisi yang dirasakan (contoh: "Saya merasa sesak sejak pagi")	O — Objective Data yang dapat diobservasi dan diukur: tanda vital, hasil pemeriksaan fisik, data laboratorium
A — Assessment Analisis dan diagnosa keperawatan berdasarkan data S dan O; identifikasi masalah aktual	P — Plan Rencana tindakan: intervensi keperawatan, kolaborasi, edukasi, dan rujukan yang diperlukan

SOAPIER menambahkan: **I** (Implementation — tindakan yang telah dilakukan), **E** (Evaluation — respons pasien), dan **R** (Revision — revisi rencana berdasarkan evaluasi).

Ringkasan: PIE vs POS

Aspek	Model PIE	Model POS
Fokus Utama	Masalah – Intervensi – Evaluasi	Daftar masalah terstruktur
Format Catatan	P → I → E	SOAP / SOAPIER
Problem List	Tidak wajib	Wajib ada
Database Awal	Tidak spesifik	Wajib ada
Kompleksitas	Lebih sederhana	Lebih komprehensif
Penggunaan	Ruang rawat, ICU	Rekam medis lengkap

✔ **Kesimpulan:** Baik PIE maupun POS memiliki keunggulan masing-masing. PIE lebih praktis untuk dokumentasi harian, sementara POS lebih komprehensif untuk rekam medis menyeluruh. Perawat profesional harus menguasai keduanya.

Konsep Dasar Charting By Exception (CBE)

Pengertian CBE

Charting By Exception (CBE) adalah model dokumentasi keperawatan yang hanya mencatat temuan atau kondisi yang **menyimpang dari standar normal**. Prinsip utamanya adalah: *"jika kondisi pasien normal, tidak perlu ditulis."* Model ini dikembangkan sebagai respons terhadap kebutuhan efisiensi dokumentasi di lingkungan pelayanan kesehatan yang padat dan dinamis.

CBE menggunakan sistem **checklist terstandarisasi** yang berisi parameter klinis normal. Perawat hanya mencatat ketika ditemukan nilai atau kondisi di luar rentang normal yang telah ditetapkan. Pendekatan ini secara signifikan mengurangi beban dokumentasi tanpa mengorbankan keselamatan pasien.

Latar Belakang Munculnya CBE

CBE muncul pada era 1980–1990an sebagai respons terhadap beberapa permasalahan dokumentasi keperawatan:

- Dokumentasi yang terlalu panjang dan berulang sehingga menyita waktu perawat dari asuhan langsung
- Tingginya beban administratif perawat di rumah sakit dengan rasio pasien tinggi
- Kebutuhan akan sistem dokumentasi yang lebih efisien dan terstandarisasi
- Perkembangan rekam medis elektronik yang membutuhkan format lebih ringkas
- Tuntutan akuntabilitas yang lebih tinggi dengan dokumentasi yang tetap berkualitas

Tujuan Penggunaan CBE

- Mengurangi waktu dokumentasi tanpa mengurangi kualitas informasi klinis
- Memfokuskan perhatian tim kesehatan pada kondisi abnormal yang memerlukan intervensi
- Menstandarisasi dokumentasi antar perawat dan antar shift
- Mendukung implementasi sistem informasi manajemen rumah sakit (SIMRS)

Prinsip Dasar dan Komponen Dokumentasi CBE

1

Prinsip "Normal Tidak Perlu Ditulis"

Ini adalah fondasi utama CBE. Semua parameter yang berada dalam batas normal *tidak perlu dicatat secara naratif*. Perawat cukup menandai checklist yang menunjukkan kondisi normal. Pencatatan naratif hanya dilakukan ketika ditemukan penyimpangan, sehingga waktu dokumentasi berkurang drastis.

2

Standar Normal dalam CBE

Setiap institusi kesehatan harus menetapkan **standar normal terukur** untuk setiap parameter klinis, seperti: tanda-tanda vital (TD, nadi, suhu, pernapasan), tingkat kesadaran, status nutrisi, eliminasi, kondisi kulit, dan parameter laboratorium. Standar ini menjadi acuan bagi perawat untuk menentukan apakah suatu temuan perlu didokumentasikan secara naratif atau cukup ditandai pada checklist.

3

Sistem Checklist dalam CBE

Format CBE menggunakan **lembar checklist terstandarisasi** yang mencakup semua parameter asesmen keperawatan. Setiap parameter memiliki kolom "normal" yang dapat dicentang. Jika ditemukan abnormalitas, perawat beralih ke catatan naratif untuk mendeskripsikan temuan, intervensi, dan evaluasi secara lengkap. Checklist ini biasanya terintegrasi dalam format *flow sheet* yang mudah diakses.

4

Alur Pencatatan CBE

Alur dokumentasi CBE: (1) Lakukan asesmen pasien → (2) Bandingkan temuan dengan standar normal → (3) Jika normal, centang checklist → (4) Jika abnormal, catat secara naratif mencakup kondisi, intervensi, dan respons pasien → (5) Evaluasi dan tindak lanjut pada shift berikutnya. Alur ini memastikan tidak ada informasi abnormal yang terlewat.

 **Contoh Kasus CBE:** Pasien post-operasi appendektomi hari ke-1. Tanda vital: TD 120/80 mmHg, nadi 88x/menit, suhu 36,8°C, RR 20x/menit — semua dalam batas normal, sehingga cukup dicentang pada checklist. Namun, pasien melaporkan nyeri luka operasi skala 6/10 — kondisi ini **abnormal** dan harus dicatat naratif: intervensi pemberian analgesik, evaluasi respons nyeri setelah 30 menit, dan rencana tindak lanjut.

Penerapan CBE di Rumah Sakit Modern

Implementasi di Lingkungan Klinis

CBE banyak diterapkan di rumah sakit modern, terutama di unit-unit dengan volume pasien tinggi seperti **IGD, ruang perawatan intensif (ICU/ICCU), ruang bedah, dan bangsal rawat inap umum**. Di Indonesia, penerapan CBE semakin berkembang seiring dengan digitalisasi rekam medis melalui SIMRS (Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit).

Format CBE biasanya terintegrasi dalam *nursing care plan* elektronik, *flow sheet* tanda vital, lembar observasi khusus, dan dokumentasi asuhan keperawatan berbasis komputer. Perawat mengakses format digital, mencentang parameter normal, dan hanya menulis catatan naratif untuk kondisi abnormal.

Keunggulan dalam Era Digital

- Kompatibel dengan sistem rekam medis elektronik (RME)
- Memungkinkan *real-time monitoring* kondisi pasien oleh tim multidisiplin
- Mendukung pengambilan keputusan klinis berbasis data
- Memudahkan audit kualitas dokumentasi dan akreditasi rumah sakit

Format Dokumentasi CBE — Contoh

Parameter Normal (Checklist ✓)

- ✓ TD: 110–130/70–85 mmHg
- ✓ Nadi: 60–100 x/menit
- ✓ Suhu: 36,5–37,5°C
- ✓ RR: 16–24 x/menit
- ✓ Kesadaran: Compos Mentis
- ✓ Luka operasi: kering, tidak ada drainase

Temuan Abnormal (Catatan Naratif)

- Nyeri skala 6/10 — diberikan Paracetamol 500 mg IV
- Mual (+) — diberikan Ondansetron 4 mg IV
- Produksi urine < 0,5 ml/kgBB/jam — evaluasi hidrasi

Format ini memastikan informasi kritis tidak terlewat sementara dokumentasi tetap efisien.

Perbandingan Model PIE, POS, dan CBE

Ketiga model dokumentasi memiliki karakteristik yang berbeda secara mendasar. Pemahaman perbandingan ini penting agar perawat dapat memilih dan menerapkan model yang paling sesuai dengan konteks pelayanan.

Aspek	PIE	POS	CBE
Fokus Utama	Masalah, tindakan, evaluasi	Masalah pasien secara menyeluruh	Penyimpangan dari kondisi normal
Bentuk Pencatatan	Terstruktur singkat (P-I-E)	Sistematis dan lengkap	Checklist / exception
Pendekatan	Problem solving	Problem oriented	Efisiensi dokumentasi
Detail Dokumentasi	Sedang	Lengkap dan mendalam	Singkat (hanya abnormal)
Penggunaan SOAP	Tidak selalu	Ya, terintegrasi	Tidak utama
Waktu Dokumentasi	Relatif cepat	Lebih lama	Sangat cepat
Fokus Evaluasi	Respon pasien terhadap intervensi	Perkembangan masalah pasien	Kondisi abnormal yang muncul
Kesesuaian RME	Cukup baik	Baik untuk data lengkap	Sangat baik



Persamaan Ketiga Model: Ketiganya bertujuan meningkatkan kualitas dokumentasi keperawatan, mendukung komunikasi antar tim kesehatan, memastikan kontinuitas asuhan, dan memenuhi standar akuntabilitas profesional perawat. Pemilihan model bergantung pada kebijakan institusi, kompleksitas kasus, dan ketersediaan sistem informasi.

Kelebihan dan Kekurangan Model PIE

✓ Kelebihan Model PIE

- **Singkat dan sistematis** — Format tiga komponen (P-I-E) mudah dipahami dan diterapkan oleh perawat dari berbagai tingkat pengalaman, mengurangi kebingungan dalam dokumentasi.
- **Fokus pada masalah pasien** — Setiap catatan selalu merujuk pada masalah keperawatan yang spesifik, sehingga dokumentasi tetap relevan secara klinis dan tidak bertele-tele.
- **Mudah mengevaluasi perkembangan** — Komponen evaluasi yang eksplisit memungkinkan perawat dan tim kesehatan melacak respons pasien terhadap intervensi secara berkala dan terstruktur.
- **Mempermudah continuity of care** — Format yang konsisten antar shift memudahkan serah terima pasien dan memastikan tidak ada informasi penting yang terlewat dalam transisi perawatan.

⚠ Kekurangan Model PIE

Data dasar kadang kurang lengkap

Karena fokus pada masalah aktual, data asesmen awal yang komprehensif kadang tidak terdokumentasi secara memadai, terutama data yang belum menjadi "masalah" namun berpotensi relevan.

Membutuhkan kemampuan analisis perawat

Perawat harus mampu mengidentifikasi masalah keperawatan secara akurat dan merumuskannya dalam format yang tepat. Perawat pemula mungkin mengalami kesulitan dalam menentukan prioritas masalah.

Potensi pengulangan masalah

Masalah yang sama yang berlanjut selama beberapa hari dapat menyebabkan dokumentasi yang repetitif jika tidak dikelola dengan baik, terutama pada kasus kronis dengan masalah yang stagnan.

Rekomendasi: PIE paling efektif digunakan di ruang rawat inap umum dengan kasus-kasus yang memiliki masalah keperawatan jelas dan memerlukan evaluasi berkala, seperti ruang penyakit dalam, bedah, dan kebidanan.

Kelebihan dan Kekurangan Model POS dan CBE

Model POS — Analisis

Kelebihan:

- **Data pasien lebih lengkap** — Database komprehensif mencakup riwayat kesehatan, asesmen fisik, dan data psikososial secara menyeluruh
- **Pendekatan terintegrasi** — Format SOAP memudahkan kolaborasi antar profesi kesehatan dalam satu bahasa dokumentasi yang sama
- **Evaluasi masalah lebih jelas** — Progress notes yang terstruktur memungkinkan pemantauan perkembangan setiap masalah secara individual
- **Mendukung komunikasi tim** — Problem list yang terupdate menjadi referensi bersama seluruh tim perawatan

Kekurangan:

- **Dokumentasi lebih panjang** — Kelengkapan data memerlukan waktu pencatatan yang lebih banyak, berpotensi mengurangi waktu asuhan langsung
- **Lebih kompleks** — Membutuhkan pemahaman mendalam tentang format SOAP dan kemampuan analisis klinis yang matang
- **Risiko inkonsistensi** — Tanpa pelatihan memadai, kualitas dokumentasi dapat bervariasi antar perawat

Model CBE — Analisis

Kelebihan:

- **Menghemat waktu secara signifikan** — Studi menunjukkan pengurangan waktu dokumentasi hingga 30–50% dibanding model tradisional
- **Dokumentasi lebih efisien** — Fokus pada abnormalitas memastikan informasi kritis tidak tenggelam dalam catatan rutin
- **Mengurangi penulisan berulang** — Checklist terstandarisasi menghilangkan redundansi pencatatan parameter normal
- **Praktis di pelayanan sibuk** — Ideal untuk IGD, ICU, dan ruang dengan rasio perawat-pasien tinggi

Kekurangan:

- **Risiko data penting tidak tercatat** — Temuan yang "hampir abnormal" atau perubahan subtil dapat terlewat jika tidak melebihi batas standar
- **Membutuhkan standar normal yang jelas** — Tanpa standar yang terdefinisi dengan baik, konsistensi dokumentasi antar perawat sulit dijaga
- **Membutuhkan ketelitian tinggi** — Perawat harus cermat membedakan kondisi yang perlu dicatat naratif dan yang cukup dicentang
- **Kurang detail bila terjadi masalah kompleks** — Kasus dengan banyak abnormalitas simultan dapat menghasilkan dokumentasi yang terfragmentasi



Sintesis: Memilih Model Dokumentasi yang Tepat

Pemilihan model dokumentasi keperawatan tidak bersifat mutlak — setiap model memiliki konteks optimal penggunaannya. Faktor yang perlu dipertimbangkan meliputi: kompleksitas kasus, beban kerja perawat, ketersediaan sistem informasi, kebijakan institusi, dan kompetensi tim keperawatan.



Gunakan PIE Ketika...

Ruang rawat inap dengan kasus sedang, kebutuhan evaluasi berkala, tim perawat dengan variasi pengalaman, dan prioritas pada kontinuitas asuhan antar shift. PIE juga cocok untuk institusi yang baru memulai standarisasi dokumentasi.

30–50%

Penghematan Waktu

Estimasi pengurangan waktu dokumentasi dengan CBE dibanding model tradisional di lingkungan pelayanan sibuk



Gunakan POS Ketika...

Kasus kompleks dengan multi-morbiditas, kebutuhan kolaborasi multidisiplin intensif, pendidikan klinis (RS pendidikan), dan institusi yang mengutamakan kelengkapan data untuk penelitian dan akreditasi. POS ideal untuk kasus kronis dan kompleks.

3

Model Utama

PIE, POS, dan CBE — masing-masing dengan keunggulan kontekstual yang saling melengkapi dalam praktik keperawatan modern



Gunakan CBE Ketika...

Lingkungan pelayanan sibuk (IGD, ICU, OK), rekam medis elektronik terimplementasi, rasio perawat-pasien tinggi, dan kebutuhan efisiensi waktu maksimal. CBE paling optimal bila didukung standar normal yang jelas dan pelatihan memadai.

1

Prinsip Universal

Apa pun model yang dipilih, dokumentasi harus akurat, tepat waktu, lengkap, dan mencerminkan asuhan keperawatan yang berkualitas

✔ **Poin Kunci untuk Mahasiswa:** Kemampuan memilih dan menerapkan model dokumentasi yang tepat merupakan kompetensi profesional perawat. Pahami konteks klinis, kenali kekuatan dan keterbatasan setiap model, dan selalu utamakan keselamatan pasien dalam setiap keputusan dokumentasi. Di era digital, penguasaan SIMRS dan rekam medis elektronik menjadi keterampilan wajib yang melengkapi pemahaman model dokumentasi.