



Dokumentasi Keperawatan Berbasis Kode

Coded Nursing Documentation (CND)

Dosen Pengampu

Adinda FAdhilah, S.Kep., Ns., M.Kep.

Konsep Coded Nursing Documentation (CND)

Pengertian & Definisi

Coded Nursing Documentation (CND) adalah sistem dokumentasi keperawatan yang menggunakan kode dan terminologi standar untuk merekam asuhan keperawatan secara sistematis, akurat, dan terstruktur. Berbeda dengan dokumentasi naratif konvensional, CND menggunakan sistem klasifikasi yang telah dibakukan secara nasional maupun internasional.

Dokumentasi keperawatan berbasis kode merupakan rekaman tertulis, elektronik, atau visual tentang semua tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien, yang dinyatakan dalam kode-kode dari sistem klasifikasi yang telah distandarisasi.

Latar Belakang Munculnya CND

Perkembangan teknologi informasi kesehatan dan kebutuhan akan standarisasi bahasa keperawatan mendorong lahirnya CND. Beberapa faktor pendorong utama:

- Kebutuhan komunikasi yang efektif antar tenaga kesehatan lintas profesi
- Tuntutan akuntabilitas dan legalitas dokumentasi keperawatan
- Integrasi rekam medis elektronik (RME) di fasilitas kesehatan
- Kebutuhan data keperawatan untuk penelitian dan pengembangan ilmu
- Tuntutan akreditasi rumah sakit yang mensyaratkan dokumentasi terstandar

Tujuan Penggunaan CND

- Menstandarisasi bahasa dan terminologi keperawatan
- Meningkatkan akurasi dan kelengkapan dokumentasi
- Memfasilitasi pertukaran informasi antar sistem informasi kesehatan
- Mendukung pengambilan keputusan klinis berbasis bukti

Sistem Klasifikasi Keperawatan dalam CND

CND menggunakan empat sistem klasifikasi utama yang saling melengkapi dalam merekam asuhan keperawatan secara komprehensif. Setiap sistem memiliki fungsi spesifik dalam proses dokumentasi.

NANDA-I

Nursing Diagnosis — Sistem diagnosis keperawatan yang menyediakan terminologi standar untuk mengidentifikasi masalah, risiko, dan promosi kesehatan pasien. Contoh: *00001 — Nyeri Akut*, *00023 — Ansietas*

NIC

Nursing Interventions Classification — Sistem klasifikasi intervensi keperawatan yang memuat lebih dari 550 tindakan keperawatan. Setiap intervensi memiliki kode unik dan aktivitas yang terukur. Contoh: *1400 — Manajemen Nyeri*

NOC

Nursing Outcomes Classification — Sistem klasifikasi luaran keperawatan untuk mengukur hasil asuhan. Mencakup lebih dari 500 indikator luaran dengan skala pengukuran 1–5. Contoh: *1605 — Kontrol Nyeri*

ICNP

International Classification for Nursing Practice — Sistem terminologi keperawatan internasional yang dikembangkan oleh ICN. Memungkinkan integrasi lintas negara dan sistem informasi global.

 **Prinsip Dasar CND:** Dokumentasi berbasis kode harus memenuhi prinsip akurasi, kelengkapan, ketepatan waktu, konsistensi, dan kerahasiaan. CND terintegrasi penuh dengan Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dan mendukung rekam medis elektronik yang aman dan terstandar.

Alur Dokumentasi & Penerapan CND di Rumah Sakit



Alur di atas menggambarkan proses dokumentasi keperawatan berbasis kode yang sistematis, mulai dari pengkajian awal hingga evaluasi akhir. Setiap tahap menggunakan kode dari sistem klasifikasi yang sesuai untuk memastikan konsistensi dan akurasi dokumentasi.

Contoh Format Dokumentasi CND

Format dokumentasi CND umumnya mencakup kolom-kolom berikut:

- **Tanggal & Waktu** — Waktu pelaksanaan asuhan
- **Kode Diagnosa (NANDA-I)** — Misal: 00132 Nyeri Kronik
- **Kode Intervensi (NIC)** — Misal: 1400 Manajemen Nyeri
- **Kode Luaran (NOC)** — Misal: 1605 Kontrol Nyeri
- **Skor Luaran** — Nilai 1–5 berdasarkan pengukuran
- **Catatan Tambahan** — Informasi klinis pendukung

Hubungan CND dengan Patient Safety & Mutu

Penerapan CND secara konsisten di rumah sakit modern memberikan dampak langsung pada:

- Pengurangan kesalahan komunikasi antar shift
- Pencegahan duplikasi atau kelalaian tindakan
- Dukungan terhadap keputusan klinis berbasis bukti
- Mempermudah audit klinis dan akreditasi
- Meningkatkan kontinuitas asuhan keperawatan

Penggunaan Kode dalam Dokumentasi Keperawatan

Pemahaman mendalam tentang jenis-jenis kode dan cara penggunaannya merupakan kompetensi esensial bagi perawat dalam era dokumentasi elektronik. Berikut adalah empat jenis kode utama yang digunakan dalam dokumentasi keperawatan.

1

Kode Diagnosa Keperawatan

Menggunakan sistem **NANDA-I**. Setiap diagnosa memiliki kode numerik unik, label diagnosa, definisi, faktor terkait, dan karakteristik penentu. Contoh: **00001** — Nyeri Akut; **00078** — Manajemen Regimen Terapeutik Tidak Efektif.

2

Kode Intervensi Keperawatan

Menggunakan sistem **NIC**. Setiap intervensi memiliki kode 6 digit, label, definisi, dan daftar aktivitas. Contoh: **1400** — Manajemen Nyeri; **6486** — Manajemen Jalur Intravena.

3

Kode Luaran Keperawatan

Menggunakan sistem **NOC**. Mencakup label luaran, definisi, dan indikator terukur dengan skala Likert 1–5. Contoh: **1605** — Kontrol Nyeri; **0702** — Koping.

4

Kode Tindakan Medis Terkait

Melengkapi dokumentasi dengan kode prosedur medis (ICD-9-CM atau ICD-10-PCS) yang relevan dengan kondisi pasien, terutama untuk kolaborasi interdisipliner dan penagihan klaim.

Pendalaman Sistem NANDA-I, NIC, NOC, dan ICNP

NANDA-I — Struktur Diagnosa

Struktur diagnosa NANDA-I terdiri dari tiga komponen utama:

- **Label Diagnosa** — Nama masalah keperawatan (misal: Nyeri Akut)
- **Faktor Terkait** — Penyebab atau kondisi yang berkontribusi (misal: agen cedera biologis)
- **Karakteristik Penentu** — Tanda dan gejala yang mendukung diagnosa

Format penulisan: *PES (Problem-Etiology-Symptom)* atau *PE (Problem-Etiology)* untuk diagnosa risiko.

NIC — Kode Intervensi

Setiap kode NIC mencakup:

- Kode numerik 6 digit dan label intervensi
- Definisi operasional intervensi
- Daftar aktivitas keperawatan spesifik
- Referensi latar belakang (background reading)

Contoh: **1400 — Manajemen Nyeri** mencakup aktivitas: penilaian nyeri, pemberian analgesik, teknik non-farmakologi, dan evaluasi efektivitas.

NOC — Pengukuran Luaran

Setiap kode NOC mencakup:

- Label dan definisi luaran
- Indikator terukur (biasanya 5–8 indikator per luaran)
- Skala pengukuran 1–5 (sangat buruk hingga sangat baik)
- Pengukuran baseline dan follow-up

Contoh: **1605 — Kontrol Nyeri** diukur melalui: laporan nyeri, penggunaan analgesik, ekspresi wajah, aktivitas fisik, dan pola tidur.

ICNP — Standarisasi Internasional

ICNP dikembangkan oleh International Council of Nurses (ICN) dan mencakup:

- Terminologi keperawatan yang dapat diterjemahkan lintas bahasa
- Struktur aksial: Fokus, Judgement, dan Tindakan
- Kompatibilitas dengan sistem klasifikasi lain (NANDA, NIC, NOC)
- Dukungan untuk praktik keperawatan global dan penelitian internasional

Teknik Penggunaan Kode & Contoh Kasus

Cara Memilih Kode yang Sesuai

1. **Identifikasi masalah keperawatan** berdasarkan data pengkajian yang komprehensif
2. **Cocokkan dengan definisi** dalam buku referensi NANDA-I/NIC/NOC terbaru
3. **Verifikasi karakteristik penentu** atau indikator yang sesuai dengan kondisi pasien
4. **Konsultasikan dengan tim** jika terdapat ketidakpastian pemilihan kode
5. **Dokumentasikan dengan lengkap** termasuk kode, label, dan skor yang relevan

Integrasi Kode dengan SIMRS

Dalam sistem SIMRS modern, kode keperawatan diintegrasikan melalui:

- Dropdown menu pilihan kode NANDA-I, NIC, dan NOC
- Auto-suggestion berdasarkan kata kunci diagnosa
- Validasi otomatis kelengkapan dokumentasi
- Linkage dengan rekam medis elektronik pasien

Contoh Kasus Klinis

Pasien: Tn. A, 55 tahun, post-operasi fraktur femur hari ke-2

- **NANDA-I:** 00132 — Nyeri Kronik b.d. agen cedera fisik
- **NIC:** 1400 — Manajemen Nyeri; 2210 — Administrasi Analgesik
- **NOC:** 1605 — Kontrol Nyeri (skor baseline: 2/5)

Analisis Dokumentasi: Periksa apakah kode yang dipilih sesuai dengan kondisi aktual, apakah semua komponen PES terdokumentasi, dan apakah skor NOC diukur secara konsisten setiap shift.



Kesalahan Umum: Memilih kode berdasarkan kebiasaan tanpa verifikasi definisi, tidak memperbarui kode sesuai edisi terbaru, dan dokumentasi yang tidak lengkap (hanya kode tanpa label).

Keunggulan Dokumentasi Berbasis Kode

Penerapan CND memberikan manfaat multidimensional yang mencakup aspek pelayanan klinis, sistem informasi, mutu, hingga pendidikan dan penelitian keperawatan.



Keunggulan dalam Pelayanan

Dokumentasi lebih standar dan konsisten, mempermudah komunikasi antar tenaga kesehatan lintas shift dan profesi. Mengurangi ambiguitas bahasa, meningkatkan akurasi dokumentasi, dan memfasilitasi *continuity of care* yang optimal. Perawat pengganti dapat memahami kondisi pasien secara cepat melalui kode yang terstandar.



Keunggulan dalam Sistem Informasi

Mempermudah input data elektronik dengan dropdown kode, mempercepat pencarian rekam medis pasien, mendukung integrasi penuh dengan SIMRS, memfasilitasi analisis *big data* kesehatan, dan mempermudah pelaporan statistik keperawatan untuk manajemen rumah sakit.



Keunggulan dalam Mutu Pelayanan

Mendukung *evidence-based nursing* melalui data terstandar, mempermudah audit dokumentasi internal dan eksternal, meningkatkan *patient safety* dengan mengurangi kesalahan komunikasi, dan mendukung proses akreditasi rumah sakit (SNARS/JCI) yang mensyaratkan dokumentasi terstruktur.



Keunggulan dalam Pendidikan & Penelitian

Mempermudah penelitian keperawatan dengan data terstandar yang dapat dianalisis secara kuantitatif, memudahkan evaluasi efektivitas asuhan keperawatan, mendukung pengembangan ilmu keperawatan berbasis bukti, dan menjadi sumber data untuk penyusunan kebijakan klinis.



Perbandingan Efisiensi: Studi menunjukkan bahwa dokumentasi berbasis kode dapat mengurangi waktu dokumentasi hingga 30% setelah masa adaptasi, meningkatkan kelengkapan dokumentasi hingga 85%, dan mengurangi kesalahan komunikasi antar shift secara signifikan.

Tantangan Penerapan Dokumentasi Berbasis Kode

Meskipun CND menawarkan banyak keunggulan, penerapannya di lapangan menghadapi berbagai hambatan yang perlu diidentifikasi dan diatasi secara sistematis.

Tantangan Sumber Daya Manusia

Kurangnya pemahaman perawat tentang sistem *coding*, kesulitan menghafal ratusan kode NANDA-I/NIC/NOC, resistensi terhadap perubahan dari dokumentasi naratif ke berbasis kode, serta kebutuhan pelatihan berkelanjutan yang memakan waktu dan biaya. Perawat senior seringkali lebih nyaman dengan dokumentasi konvensional.

Tantangan Teknis & Infrastruktur

Integrasi sistem kode dengan SIMRS yang sudah ada seringkali kompleks dan memerlukan penyesuaian teknis. Gangguan sistem komputer, keterbatasan fasilitas teknologi di RS daerah, serta kebutuhan pembaruan sistem klasifikasi secara berkala (NANDA-I diperbarui setiap 3–4 tahun) menjadi hambatan teknis yang nyata.

Tantangan Dokumentasi Klinis

Kesalahan pemilihan kode yang tidak sesuai kondisi pasien, ketidaksesuaian antara diagnosa dan kode intervensi/luaran, risiko dokumentasi tidak lengkap (hanya kode tanpa narasi pendukung), serta ketergantungan berlebihan pada sistem elektronik yang berisiko jika terjadi gangguan sistem.

Tantangan Organisasi & Manajemen

Biaya implementasi yang tinggi termasuk pengadaan software, pelatihan, dan pemeliharaan sistem. Dukungan manajemen yang tidak konsisten, standarisasi kebijakan antar unit yang berbeda, serta kebutuhan monitoring dan evaluasi sistem secara berkala memerlukan komitmen organisasi yang kuat.

Tantangan Etika & Hukum

Kerahasiaan data pasien dalam sistem elektronik, keamanan sistem informasi dari ancaman *cyber*, legalitas dokumentasi elektronik sebagai bukti hukum, serta tanggung jawab hukum atas kesalahan pemilihan kode yang berdampak pada keselamatan pasien.

Strategi Mengatasi Tantangan & Kesimpulan

Strategi Mengatasi Tantangan

- **Pelatihan Coding Berkelanjutan**

Workshop reguler penggunaan NANDA-I, NIC, dan NOC dengan studi kasus klinis nyata. Sertakan simulasi penggunaan SIMRS berbasis kode.
- **Penguatan SOP & Kebijakan**

Standarisasi prosedur dokumentasi berbasis kode di seluruh unit, disertai panduan referensi cepat (*quick reference guide*) yang mudah diakses.
- **Mentoring & Pendampingan**

Sistem *buddy* antara perawat berpengalaman dalam CND dan perawat baru. Evaluasi berkala kualitas dokumentasi dengan umpan balik konstruktif.
- **Pengembangan Kompetensi Digital**

Pelatihan literasi digital dan penggunaan SIMRS, termasuk keamanan data, privasi pasien, dan legalitas dokumentasi elektronik.

Kesimpulan & Take-Home Messages

Setelah mempelajari materi ini, mahasiswa diharapkan mampu:

- 1 Memahami Konsep CND**

Menjelaskan pengertian, latar belakang, tujuan, dan prinsip dasar dokumentasi keperawatan berbasis kode serta hubungannya dengan sistem informasi kesehatan.
- 2 Menggunakan Kode Standar**

Memilih dan menuliskan kode NANDA-I, NIC, NOC, dan ICNP yang sesuai dengan kondisi klinis pasien secara akurat dan lengkap.
- 3 Menganalisis Manfaat CND**

Mengidentifikasi keunggulan dokumentasi berbasis kode dalam aspek pelayanan, sistem informasi, mutu, dan penelitian keperawatan.
- 4 Mengidentifikasi Solusi**

Mengenali hambatan penerapan CND dan mengusulkan strategi solusi yang realistis dan berbasis bukti untuk konteks praktik keperawatan di Indonesia.

✔ **Pesan Kunci:** Dokumentasi berbasis kode bukan sekadar kewajiban administratif, melainkan fondasi praktik keperawatan profesional yang akuntabel, aman, dan berbasis bukti.