HJK HOLISTIK JURNAL KESEHATAN
ISSN 1978-3337 (Print)
ISSN 2620-7478 (Online)
DOI: 10.33024

Nomor: 79/E/KPT/2023

INFORMASI ARTIKEL
Received: November, 25, 2024
Revised: January, 06, 2025
Available online: January, 07, 2025
at : https://e-jurnal.iphorr.com/index.php/hjk

Perancangan prototipe pendokumentasian keperawatan berbasis rekam medis elektronik di rumah sakit x dengan menggunakan teori perubahan Lewins

Lusianus Demon Kehi[1]*, Krisna Yetti[1], Tuti Afriani[1], Dyah Fitri Wulandari[2]

[1]Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
[2]RSUD Khidmat Sehat Afiat Depok
Korespondensi penulis: Lusianus Demon Kehi. *Email: hengkykehi@gmail.com

Abstract

Background: Nursing documentation is one of the crucial aspects in health services. This activity aims to record the nursing care process systematically, precisely, and accurately. Most hospitals still use paper-based documentation methods that have many weaknesses, so it is necessary to switch to a more efficient and effective method, namely electronic-based documentation.
Purpose: To design a prototype of nursing documentation based on electronic medical records in x hospital using Lewin's change theory.
Method: Nursing management residency activities were carried out in September-October 2024 at KiSA Depok hospital. This activity began with identifying problems through interview, observation and questionnaire methods. Interview activities were carried out with the head of the nursing division, the nursing committee and the head of the inpatient room. Observations were made on nursing care services in 3 inpatient rooms, namely the Amarilis room, the Asoka room, and the Aster room. The questionnaire was distributed via google form to all implementing nurses.
Results: Problem identification from several factors including the inpatient EMR team has not determined the concept of using electronic medical record-based nursing care standards and nursing staff have not received training in using electronic medical records. The limited number of computers in each room and the internet network is inadequate, there is no guidebook, standard operating procedures (SOP), use of EMR-based 3S nursing care standards, and there has been no determination of the time bone for implementing EMR in the hospital. In addition, there has been no design of EMR-based 3S nursing care standards and 3S data banks.
Conclusion: Documentation in the inpatient room is still paper-based, this method takes a long time, has a high potential for writing errors, absorbs large costs for paper procurement and requires large storage space. The solution to overcome this problem is to switch to an electronic-based documentation method.

Keywords: Documentation, Electronic; Nursing; Prototype; Design.

Pendahuluan: Pendokumentasian keperawatan merupakan salah satu aspek krusial dalam pelayanan kesehatan. Kegiatan ini bertujuan untuk mencatat proses asuhan keperawatan secara sistematis, tepat, dan akurat. Sebagian besar rumah sakit masih menggunakan metode pendokumentasian berbasis kertas yang memiliki banyak kelemahan, sehingga perlu beralih ke metode yang lebih efisien dan efektif yaitu pendokumentasian berbasis elektronik.
Tujuan: Untuk merancang prototipe pendokumentasian keperawatan berbasis rekam medis elektronik di rumah sakit x dengan menggunakan teori perubahan Lewins.

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v18i10.589

Metode: Kegiatan residensi manajemen keperawatan dilaksanakan pada 2 September-2 Oktober 2024 bertempat di RSUD KiSA Depok. Kegiatan ini diawali dengan melakukan identifikasi masalah melalui metode wawancara, observasi, dan kuesioner. Kegiatan wawancara dilakukan terhadap kepala bidang keperawatan, komite keperawatan, dan kepala ruangan rawat inap. Observasi dilakukan terhadap pelayanan asuhan keperawatan di 3 ruangan rawat inap, yaitu ruang Amarilis, ruang Asoka, dan ruang Aster. Kuesioner disebarkan melalui *google form* kepada seluruh perawat pelaksana.
Hasil: Identifikasi masalah dari beberapa faktor antara lain, tim RME rawat inap belum memutuskan konsep penggunaan standar asuhan keperawatan 3S (SDKI, SIKI, SLKI) berbasis rekam medis elektronik dan tenaga perawat belum dilatih mengenai penggunaan rekam medis elektronik. Masih terbatasnya jumlah komputer di setiap ruangan dan jaringan internet belum memadai, belum adanya panduan, SPO penggunaan standar asuhan keperawatan 3S berbasis RME, dan penetapan *time bone* implementasi RME di rawat inap. Selain itu, belum adanya desain standar asuhan keperawatan 3S berbasis RME dan bank data 3S.
Simpulan: Pendokumentasian di ruang rawat inap masih berbasis kertas, metode tersebut memakan waktu yang lama, potensi kesalahan penulisan tinggi, menyerap biaya yang besar untuk pengadaan kertas dan membutuhkan ruang penyimpanan yang besar. Solusi untuk mengatasi masalah tersebut adalah dengan beralih pada metode pendokumentasian berbasis elektronik.

Kata Kunci: Dokumentasi; Elektronik; Keperawatan; Prototipe; Rancangan.

PENDAHULUAN

Pendokumentasian keperawatan merupakan salah satu aspek krusial dalam pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk mencatat proses asuhan keperawatan secara sistematis, tepat, dan akurat. Pendokumentasian yang baik tidak hanya berfungsi sebagai bukti legal dari tindakan keperawatan, tetapi juga menjadi dasar untuk pengambilan keputusan klinis, meningkatkan komunikasi yang efektif, dan menunjukan kontinuitas dari pelayanan keperawatan (Shafiee, Shanbehzadeh, Nassari, & Kazemi-Arpanahi, 2022; Ahmad, Inayah, Murtiningsih, Mulyati, & Oyoh, 2024). Pendokumentasian yang tidak akurat dan tidak menggambarkan kondisi faktual pasien serta tidak menggambarkan kontinuitas pelayanan, akan sulit membuktikan bahwa pelayanan yang diberikan telah sesuai dengan standar (Tandi, Syahrul, & Erika, 2020). Hal ini menunjukan bahwa pendokumentasian keperawatan merupakan aspek penting dalam pelayanan keperawatan yang perlu dikelola dengan baik untuk menghasilkan *output* pelayanan yang berkualitas.

Dokumentasi keperawatan adalah proses pencatatan yang dilakukan oleh perawat baik secara manual maupun elektronik mengenai semua aspek perawatan pasien, termasuk penilaian, intervensi, hasil, dan respons pasien terhadap perawatan yang diterima. Dokumentasi keperawatan harus menggambarkan seluruh proses asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan (Wulanningsih & Mintasih, 2024). Dokumentasi keperawatan merupakan praktik keperawatan profesional yang integral dan vital yang mengacu pada proses pencatatan aktivitas keperawatan yang berkaitan dengan perawatan yang diberikan kepada klien individu untuk memastikan perawatan berkelanjutan yang efektif, aman, berkualitas dan berbasis bukti (Tamir, Geda, & Mengistie, 2021). Meskipun dokumentasi keperawatan memainkan peran penting dalam memastikan perawatan yang efektif dan berbasis bukti, kenyataannya kualitas pendokumentasian di banyak fasilitas kesehatan masih rendah.

Hal ini dapat diketahui dari berbagai hasil penelitian baik di tingkat global maupun nasional. Sebuah studi *cross-sectional* yang dilakukan di negara-negara Eropa mengungkapkan bahwa asuhan keperawatan yang terdokumentasi dengan baik hanya 28%, Iran 50.7%, Kanada 53.5 %, dan Ethiopia 30.4% (Ausserhofer, Zander, Busse, Schubert, De Geest, Rafferty, & Schwendiman, 2014; Ibrahim, Abd-Allah, Arafa, & Mohammed, 2017; Voyer, McCusker, Cole, Monette, Champoux, Ciampi, & Richard, 2014; Molla & Temesgen, 2024). Kualitas dokumentasi keperawatan yang rendah juga

Lusianus Demon Kehi[1]*, Krisna Yetti[1], Tuti Afriani[1], Dyah Fitri Wulandari[2]

[1]Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
[2]RSUD Khidmat Sehat Afiat Depok
Korespondensi penulis: Lusianus Demon Kehi. *Email: hengkykehi@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v18i10.589

ditemukan di rumah sakit jiwa di Norwegia, hanya 19% diagnosa keperawatan, 5% intervensi keperawatan, dan 14% hasil perawatan yang terdokumentasi dengan baik (Instefjord, Aasekjær, Espehaug, & Graverholt, 2014; Tandi et al., 2020). Kualitas dokumentasi keperawatan di Indonesia juga masih rendah yaitu masih berada pada angka 53% (Damanik, Fahmy, & Merdawati, 2020). Salah satu faktor rendahnya kualitas dokumentasi keperawatan adalah metode pendokumenatsian yang masih dilakukan secara manual.

Pendokumentasian secara manual memiliki banyak kelemahan. Metode ini menghabiskan waktu lebih lama dalam pencatatan, membutuhkan biaya yang tinggi untuk pengadaan kertas, dan memiliki resiko kehilangan yang tinggi (Wulandari & Handiyani, 2019). Selain itu, sangat rentan terhadap kesalahan penulisan yang dapat berdampak pada kesalahan pemberian obat atau tindakan (Solehudin, Stella, Firyal, Lestari, Koto, Istiani, Suryadi, Gunardi, Purnama, Susaldi, Daeli, & Hidayatullah, 2024). Kelemahan pada pendokumentasian manual, pemerintah telah mewajibkan agar semua rumah sakit segera beralih ke pendokumentasian berbasis rekam medis elektronik.

Berbagai hasil penelitian telah menunjukan bahwa pendokumentasian berbasis rekam medis elektronik terbukti memiliki manfaat yang lebih baik dibandingkan pendokumentasian berbasis kertas dalam meningkatkan efektivitas dan efisiensi pelayanan. Sebuah studi literatur menunjukan bahwa metode pendokumentasian berbasis elektronik lebih efisien dan efektif dari segi ketepatan waktu dan fokus pada pasien (Suganda & Hariyati, 2020). Selain itu, pendokumentasian berbasis rekam medis elektronik juga memiliki manfaat, meliputi efisiensi dalam manajemen data pasien, peningkatan akurasi, kecepatan dalam pengolahan informasi, perbaikan koordinasi, dan komunikasi diantara tim kesehatan (Puspitaningrum, Supriatun, & Putri, 2023). Hal ini menunjukan bahwa penggunaan rekam medis elektronik adalah solusi yang tepat dalam meningkatkan kualitas dokumentasi dan kualitas pelayanan secara keseluruhan.

Saat ini, meskipun pemerintah Indonesia telah menetapkan kebijakan untuk mengimplementasikan rekam medis elektronik (RME) di seluruh fasilitas kesehatan melalui Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 24 Tahun 2022, masih banyak rumah sakit yang menggunakan sistem manual berbasis kertas. Berdasarkan survei yang dilakukan oleh Persatuan Rumah Sakit Indonesia (PERSI) pada Maret 2022, dari sekitar 3.000 rumah sakit di Indonesia, hanya 50% yang telah beralih ke RME dan hanya 16% dari mereka yang telah melaksanakan sistem tersebut dengan optimal (Izza & Lailiyah, 2024). Hal ini menunjukkan bahwa meskipun adanya regulasi untuk mempercepat transformasi digital di sektor kesehatan, proses transisi dari pendokumentasian manual ke elektronik masih menghadapi berbagai hambatan.

Salah satu tantangan yang dihadapi oleh rumah sakit X di Depok dalam mengimplementasikan rekam medis elektronik di instalasi rawat inap adalah belum adanya sebuah desain tentang pendokumetasian keperawatan dalam rekam medis elektronik berdasarkan standar yang digunakan yaitu standar asuhan keperawatan 3S, Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Fenomena ini peneliti temukan saat melakukan praktek residensi selama 1 bulan yaitu mulai 2 September – 2 Oktober 2024 menggunakan 3 metode identifikasi masalah yaitu wawancara, observasi, dan kuesioner.

Uraian dan fenomena diatas yang melatarbelakangi peneliti untuk mengembangkan sebuah prototipe pendokumentasian keperawatan berdasarkan standar 3S (SDKI, SIKI, SLKI) berbasis rekam medis elekronik dengan harapan dapat menjadi panduan dalam implementasi rekam medis elektronik di ruang rawat inap khusus bagian pendokumentasian asuhan keperawatan.

METODE

Kegiatan residensi manajemen keperawatan dilaksanakan pada 2 September-2 Oktober 2024 bertempat di RSUD KiSA Depok. Kegiatan ini diawali dengan melakukan identifikasi masalah melalui metode wawancara, observasi, dan kuesioner. Kegiatan wawancara dilakukan terhadap kepala bidang keperawatan, komite keperawatan, dan kepala ruangan rawat inap. Observasi dilakukan terhadap pelayanan asuhan keperawatan di 3 ruangan rawat inap yaitu ruang Amarilis, ruang Asoka, dan ruang Aster.

Lusianus Demon Kehi[1]*, Krisna Yetti[1], Tuti Afriani[1], Dyah Fitri Wulandari[2]

[1]Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
[2]RSUD Khidmat Sehat Afiat Depok
Korespondensi penulis: Lusianus Demon Kehi. *Email: hengkykehi@gmail.com

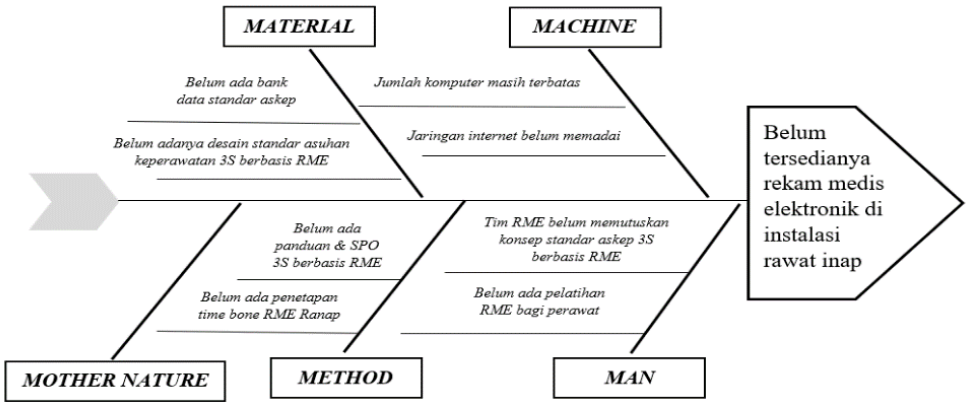
DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v18i10.589

Kuesioner disebarkan melalui *google form* kepada seluruh perawat pelaksana dan ketua tim di 3 ruangan rawat inap tersebut. Hasil dari wawancara, observasi dan pengisian kuesioner dianalisis masalahnya menggunakan metode diagram Ishikawa, yaitu metode yang sering digunakan dalam menganalisis suatu akar masalah dengan melihat dari faktor 5M yaitu *man* (sumber daya manusia), *machine* (mesin/alat), *material* (bahan), *method* (metode) dan *mother nature* (lingkungan).

Selanjutnya dilakukan analisis SWOT untuk mengidentifikasi kekuatan (*strengths),* kelemahan (*weaknesses),* ancaman (*threats*), dan peluang (*opportunities*) dari organisasi. Analisis SWOT digunakan untuk menganalisis faktor internal organisasi yaitu kekuatan dan kelemahan agar mampu memanfaatkan dan mengantisipasi faktor eksternal yaitu peluang dan tantangan.

Langkah selanjutnya adalah penetapan prioritas masalah menggunakan metode USG (*urgency, seriousness,* dan *growth*). Analisis menggunakan metode USG, menentukan prioritas masalah berdasarkan tiga kriteria utama yaitu *urgency* (kedekatan waktu) yang menilai seberapa mendesak masalah tersebut harus segera ditangani, *seriousness* (keseriusan) dari masalah yang dihadapi organisasi, dan *growth* (pertumbuhan) yaitu menilai seberapa besar kemungkinan masalah tersebut akan berkembang atau memburuk seiring waktu. Setelah masalah yang menjadi prioritas utama ditetapkan, langkah selanjutnya adalah menyusun *plan of action* (POA) untuk mengatasi masalah tersebut dan dilakukan evaluasi.

HASIL



Gambar Diagram Isikhawa

Berdasarkan gambar diagram Isikhawa, akar masalah yang teridentifikasi pada faktor *man* yaitu tim RME rawat inap belum memutuskan konsep penggunaan standar asuhan keperawatan 3S berbasis rekam medis elektronik dan tenaga perawat belum dilatih mengenai penggunaan rekam medis elektronik. Pada faktor *machine*, masalah yang teridentifikasi yaitu masih terbatasnya jumlah komputer di setiap ruangan dan jaringan internet belum memadai. Pada faktor *method*, masalah yang teridentifikasi adalah belum adanya panduan dan SPO penggunaan standar asuhan keperawatan 3S berbasis RME, belum adanya penetapan *time bone* implementasi RME di rawat inap. Pada faktor *material*, masalah yang teridentifikasi adalah belum adanya desain standar asuhan keperawatan 3S berbasis RME dan bank data 3S, sedangkan pada faktor *mother nature*, tidak ada masalah yang teridentifikasi.

Lusianus Demon Kehi[1]*, Krisna Yetti[1], Tuti Afriani[1], Dyah Fitri Wulandari[2]

[1]Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
[2]RSUD Khidmat Sehat Afiat Depok
Korespondensi penulis: Lusianus Demon Kehi. *Email: hengkykehi@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v18i10.589

Tabel 1. Analisis SWOT

Analisis	Hasil
Strengths	- Dukungan yang kuat dari manajemen - Tim ERM sudah di bentuk - Respon Positif dari para perawat pelaksana - Standar 3S sudah terimplementasi secara manual - Sarpras sudah tersedia walaupun belum lengkap / memadai - Anggaran sudah dialokasikan - Rumah Sakit memiliki reputasi yang baik di mata masyarakat
Weaknesses	- Belum adanya desain standar asuhan keperawatan 3S berbasis RME beserta bank data 3S - SDM belum dilatih ERM 3S - Jumlah komputer dan laptop masih kurang - Jaringan internet belum stabil - Belum ada pedoman dan SPO penggunaan standar 3S berbasis RME - Belum ada penetapan target waktu implementasi RME di rawat inap
Opportunities	- Dukungan dari Dinkes dan Pemda - Peningkatan peran teknologi informasi digital era revolusi industri 4.0 - Kemenkes mendukung upaya digitalisasi rumah sakit - Integrasi sistem kesehatan nasional
Treats	- Sanksi dari Pemerintah - Rumah Sakit lain telah beralih ke RME - Persaingan antar rumah sakit terhadap pelayanan yang cepat dan mudah diakses - Perubahan persepsi pasien dan masyarakat terhadap pelayanan di Rumah Sakit - Perubahan regulasi dari Pemerintah

Lusianus Demon Kehi[1]*, Krisna Yetti[1], Tuti Afriani[1], Dyah Fitri Wulandari[2]

[1]Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
[2]RSUD Khidmat Sehat Afiat Depok
Korespondensi penulis: Lusianus Demon Kehi. *Email: hengkykehi@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v18i10.589

Tabel 2. Prioritas Masalah menggunakan Metode USG

Daftar Masalah	U	S	G	Ranking
Perawat belum dilatih terkait penggunaan RME di Rawat Inap	3	5	3	11
Sarana dan Prasarana belum memadai (Komputer & Jaringan Internet)	4	5	4	13
Belum adanya desain standar asuhan keperawatan 3S berbasis RME beserta bank data 3S	5	5	5	15
Belum ada Regulasi (SPO dan Panduan) penggunaan Standar 3S berbasis RME	2	3	3	8
Belum ada penetapan time bone penerapan RME di rawat inap	3	5	4	12
Tim RME Rawat inap belum memutuskan konsep penerapan standar asuhan keperawatan 3S berbasis RME	3	4	2	9

Berdasarkan perankingan pada analisis USG, dapat diketahui bahwa masalah yang mendapat skor tertinggi (15) yaitu belum adanya *software* 3S beserta bank data 3S. Hal ini menunjukkan dari 6 masalah yang ada, prioritas utama adalah belum adanya desain standar asuhan keperawatan 3S berbasis rekam medis elektronik beserta bank data 3S.

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil wawancara dengan kepala bidang keperawatan, ketua komite keperawatan, dan 3 kepala ruangan, diketahui bahwa telah diterapkan pendokumentasian keperawatan berbasis rekam medis elektronik di instalasi rawat jalan. Selain itu, juga berproses dalam menyiapkan implementasi pendokumentasian berbasis rekam medis elektronik di instalasi rawat inap. Tim rekam medis elektronik sudah dibentuk dan anggaran sudah dialokasikan, tetapi belum dihitung secara rinci. Beberapa kendala yang dihadapi dalam proses persiapan yaitu jumlah komputer masih terbatas, jaringan internet belum stabil, petugas belum dilatih terkait penggunaan dokumentasi elektronik, belum ada panduan dan SPO penggunaan dokumentasi elektronik, belum ada bak data 3S serta belum adanya desain tentang integrasi standar asuhan keperawatan 3S berbasis rekam medis elektronik.

Selanjutnya observasi di 3 ruangan rawat inap menemukan bahwa, terdapat jumlah komputer masih terbatas di setiap ruangan yaitu masih memiliki 1 komputer di setiap *nurse station*, pendokumentasian sudah menggunakan standar 3S (SDKI, SIKI, SLKI), namun masih dilakukan secara manual, belum ada SPO pendokumentasian elektronik, setiap ruangan sudah memiliki buku standar asuhan keperawatan 3S dari PPNI. Hasil observasi di poli jantung yang telah menggunakan dokumentasi berbasis elektronik menunjukan bahwa kualitas internet masih melambat.

Hasil pembagian kuesioner tentang kesiapan rumah sakit X dalam mengimplementasikan pendokumentasian berbasis rekam medis elektronik kepada seluruh perawat pelaksana di 3 ruangan

Lusianus Demon Kehi[1]*, Krisna Yetti[1], Tuti Afriani[1], Dyah Fitri Wulandari[2]

[1]Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
[2]RSUD Khidmat Sehat Afiat Depok
Korespondensi penulis: Lusianus Demon Kehi. *Email: hengkykehi@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v18i10.589

rawat inap, diperoleh rata-rata kesiapan rumah sakit X dalam mengimplementasikan sebesar 69% dengan rincian aspek *man* 75%, *machine* 66%, *material* 55%, *methode* 60%, *mother nature* 90%. Hasil ini menunjukan masih banyak hal yang perlu disiapkan dengan aspek yang perlu mendapat perhatian lebih yaitu aspek material.

Akar masalah berdasarkan diagram Isikhawa yang teridentifikasi pada faktor *man* yaitu tim RME rawat inap belum memutuskan konsep penggunaan standar asuhan keperawatan 3S berbasis rekam medis elektronik dan tenaga perawat belum dilatih mengenai penggunaan rekam medis elektronik. Pada faktor *machine*, masalah yang teridentifikasi yaitu masih terbatasnya jumlah komputer di setiap ruangan dan jaringan internet belum memadai. Pada faktor *method*, masalah yang teridentifikasi adalah belum adanya panduan dan SPO penggunaan standar asuhan keperawatan 3S berbasis RME, belum adanya penetapan *time bone* implementasi RME di rawat inap. Pada faktor *material*, masalah yang teridentifikasi adalah belum adanya desain standar asuhan keperawatan 3S berbasis RME dan bank data 3S, sedangkan pada faktor *mother nature*, tidak ada masalah yang teridentifikasi (Rohman, & Umar, 2024).

Teori perubahan Kurt Lewin terdiri dari 3 tahap yaitu *unfreezing*, *moving*, dan *refreezing* (Robbins & Judge, 2024). Langkah pertama menurut teori Lewin yaitu *unfreezing*, mencairkan status quo yang dianggap sebagai keadaan keseimbangan yang ada. Pada tahap ini, individu menyadari pentingnya perubahan dan mempersiapkan diri untuk menghadapi perubahan yang akan terjadi (Wulandari & Handiyani, 2019). Proses ini diperlukan untuk mengatasi hambatan individu dan kelompok terhadap perubahan dengan tiga metode yakni, meningkatkan faktor-faktor yang mendorong perubahan, mengurangi kekuatan yang menahan perubahan, dan mengombinasikan kedua metode tersebut. Aktivitas penting dalam tahap ini termasuk memotivasi, membangun kepercayaan, mengenali kebutuhan perubahan, serta melibatkan peserta dalam diskusi untuk mengidentifikasi masalah dan menemukan solusinya secara bersama (Mellita & Elpanso, 2020). Individu harus mampu mengenali permasalahan, mengidentifikasi kebutuhan yang mendorong perubahan, dan menggerakkan seluruh elemen organisasi untuk memahami pentingnya perubahan (Nurhasanah, Hayadi, Yusuf, Prasetyo, Manajemen, Bangsa, & Lewin, 2024).

Langkah kedua dalam teori perubahan Lewin adalah *moving* atau perubahan itu sendiri. Pada tahap ini, individu dan organisasi mulai bergerak dari keadaan lama menuju kondisi yang baru. Terdapat tiga aktivitas yang dapat membantu dalam proses perubahan. Pertama, meyakinkan karyawan atau peserta bahwa kondisi status quo yang mereka jalani saat ini tidak lagi efektif, serta memotivasi mereka untuk melihat masalah dari sudut pandang yang baru dan berbeda. Kedua, bekerja sama dalam mengadopsi hal-hal baru. Ketiga, memastikan bahwa setiap individu memiliki informasi yang relevan dan hubungan antar anggota terjalin dengan saling menghormati dan didukung oleh pimpinan yang mendukung perubahan tersebut (Mellita & Elpanso, 2020). Saat tahap *moving* sudah dimulai, penting untuk menjaga momentum perubahan agar tetap berjalan (Robbins & Judge, 2024). Hal ini dapat dilakukan dengan terus memberikan dukungan, memastikan komunikasi terbuka, dan memantau kemajuan secara berkala. Mempertahankan fokus pada tujuan perubahan dan memberikan dorongan yang berkelanjutan kepada semua anggota tim sangatlah penting agar proses perubahan tidak berhenti di tengah jalan.

Langkah ketiga dalam teori perubahan Lewin adalah membekukan kembali atau *refreezing*. Pada tahap ini, tujuan utamanya adalah mengonsolidasikan perubahan yang telah dilakukan, agar menjadi bagian permanen dari budaya dan praktik organisasi. Tanpa langkah terakhir ini, perubahan kemungkinan besar hanya akan berumur pendek, dan karyawan akan berusaha untuk kembali ke kondisi keseimbangan sebelumnya (Robbins & Judge, 2024). Proses *refreezing* melibatkan penetapan kebiasaan baru, pembentukan sistem dan struktur yang mendukung perubahan, serta memastikan bahwa individu merasa nyaman dengan kondisi baru (Mellita & Elpanso, 2020). Penting untuk memberikan dukungan berkelanjutan dan pengakuan terhadap pencapaian individu dan tim selama proses ini, agar perubahan dapat dipertahankan dan tidak kembali ke cara lama.

Berdasarkan pembahasan teori perubahan Kurt Lewin diatas, maka dilakukan pemecahan masalah menggunakan metode teori perubahan Kurt Lewin.

Lusianus Demon Kehi[1]*, Krisna Yetti[1], Tuti Afriani[1], Dyah Fitri Wulandari[2]

[1]Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
[2]RSUD Khidmat Sehat Afiat Depok
Korespondensi penulis: Lusianus Demon Kehi. *Email: hengkykehi@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v18i10.589

Masalah yang teridentifikasi adalah ada aspek material yaitu belum adanya desain standar asuhan keperawatan 3S berbasis rekam medis elektronik beserta bank data 3S. Menurut teori perubahan Kurt Lewin, langkah pertama tahap perubahan adalah *unfreezing*. Implementasi dalam penelitian ini adalah dimulai dengan melakukan identifikasi masalah, analisis masalah, dan mempresentasikan kepada pihak manajemen keperawatan serta para kepala ruangan tentang perioritas masalah yang ditemukan yaitu belum adanya desain standar asuhan keperawatan 3S berbasis rekam medis elektronik beserta bank data. Selain itu, menyampaikan solusinya adalah perancangan sebuah prototipe pendokumentasian keperawatan berdasarkan standar asuhan keperawatan 3S berbasis rekam medis elektronik beserta keuntungan dan pentingnya perubahan ini, seperti peningkatan efisiensi kerja, akurasi data, dan kemudahan akses informasi pasien.

Langkah selanjutnya adalah tahap *moving*. Kegiatan yang dilakukan pada tahap ini yaitu menggunakan pendekatan 5 fungsi manajemen yaitu *planning, organizing, staffing, actuating*, dan *controlling.* Kegiatan yang dilakukan pada tahap *planning* antara lain, membuat *plan of action*, dimulai dengan mendalami konsep penggunaan standar asuhan keperawatan 3S berdasarkan buku panduan yang dikeluarkan oleh PPNI, dan membuat rancangan awal prototipe 3S yaitu kerangka, alur penginputan data, dan desain tampilan prototipe berbasis rekam medis elektronik.

Selanjutnya adalah mulai melakukan pengelompokan data standar asuhan keperawatan 3S sesuai kebutuhan prototipe. Kegiatan pada tahap ini *organizing* yaitu mempresentasikan rancangan awal desain prototipe pendokumentasian asuhan keperawatan berbasis rekam medis elektronik kepada jajaran manajemen keperawatan, para kepala ruangan, dan tim rekam medis elektronik. Pada tahap ini hal-hal yang disampaikan adalah desain dan alur penginputan data serta kelompok data yang dibutuhkan sebagai bank data sesuai kebutuhan prototipe. Bersama tim rekam medis elektronik, membentuk sebuah tim besar yang terdiri dari utusan para kepala ruangan dan perawat dari setiap ruangan yang berjumlah 30 orang untuk melengkapi bank data 3S sesuai kelompok data yang ada pada prototipe. Bank data 3S diambil dari buku panduan yang dikeluarkan oleh DPP PPNI edisi 1 cetakan 3 tahun 2017. Bank data 3S yang disiapkan disesuaikan dengan 10 besar penyakit 6 bulan terakhir pada 3 ruangan rawat inap.

Tahap *staffing* yaitu membagi kelompok besar yang telah dibentuk ke dalam kelompok-kelompok kecil yang terdiri dari 2 orang dan setiap kelompok didampingi oleh peneliti bersama tim rekam medis elektronik. Kegiatan ini menghasilkan sebuah bank data 3S siap untuk dijadikan database prototipe pada saat proses integrasi ke dalam sistem rekam medis elektronik. Selanjutnya tahap *actuating*, bersama tim rekam medis elektronik mendampingi dan memberikan arahan kepada setiap kelompok kecil yang sudah dibagi untuk melakukan penginputan data dari buku standar 3S ke dalam *form excel* yang sudah disiapkan, selanjutnya bank data 3S yang sudah selesai diketik di kirim ke dalam sebuah *gdrive* sebagai database untuk diintegrasikan ke dalam sistem rekam medis elektronik.

Selanjutnya adalah tahap *controlling* yaitu mengevaluasi hasil bank data 3S yang telah selesai diketik apakah sudah sesuai pengelompokan data yang dibutuhkan oleh desain prototipe. Jumlah data diagnosa yang dihasilkan yaitu 62 diagnosa keperawatan dari 149 daftar diagnosa keperawatan dalam buku SDKI, 260 intervensi keperawatan dari 590 intervensi keperawatan dalam buku SIKI, dan 90 luaran keperawatan dari 139 daftar luaran keperawatan dalam buku SLKI. Kegiatan selanjutnya adalah melakukan presentasi sebagai uji coba internal prototipe dan setelah itu memberi kesempatan kepada peserta untuk menyampaikan pendapat terhadap fitur-fitur prototipe yang menurut peserta masih memiliki kekurangan.

Tahap *refreezing* yaitu prototipe yang telah selesai akan dipresentasikan kepada pihak manajemen rumah sakit dan pemangku kepentingan untuk mendapatkan persetujuan akhir sebelum implementasi. Meskipun tahap *refreezing* biasanya melibatkan pembekuan perubahan sebagai standar baru, namun pada tahap ini masih berfokus pada pemaparan prototipe tanpa pelaksanaan penuh. Kegiatan di tahap ini antara lain, mempresentasikan prototipe yang sudah final kepada pihak manajemen keperawatan, para kepala ruangan, tim rekam medis elektronik, dan tenaga IT RS termasuk menunjukkan keunggulan serta potensi efisiensi yang dihasilkan jika sistem ini diterapkan di seluruh rumah sakit.

Langkah selanjutnya adalah melakukan evaluasi dan rencana tindak lanjut. Evaluasi dilakukan menggunakan metode pembagian kuesioner kepada para peserta yang hadir untuk mendapatkan *feedback* terkait penyempurnaan prototipe sebelum diimplementasikan sebagai bagian dari sistem rekam medis elektronik rumah sakit. Hasil pengisian kuesioner

Lusianus Demon Kehi[1]*, Krisna Yetti[1], Tuti Afriani[1], Dyah Fitri Wulandari[2]

[1]Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
[2]RSUD Khidmat Sehat Afiat Depok
Korespondensi penulis: Lusianus Demon Kehi. *Email: hengkykehi@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v18i10.589

menunjukan tingkat penerimaan atau *approval rating* terhadap prototipe yang dihasilkan adalah sebesar 85%. Hal ini menunjukan bahwa, rumah sakit telah menyetujui rancangan prototipe pendokumentasian keperawatan berbasis rekam medis elektronik dan siap untuk diintegrasikan ke dalam sistem rekam medis elektronik.

Beberapa hal yang perlu ditindaklanjuti agar prototipe 3S berbasis rekam medis elektronik dapat terimplementasi secara optimal yaitu dibutuhkan pelatihan kepada seluruh user terkait penggunaannya, penambahan fasilitas pendukung (komputer dan sistem jaringan internet), penambahan data 3S ke dalam bank data 3S sesuai masalah di masing-masing unit, penyusunan SPO penggunaan standar asuhan keperawatan 3S berbasis rekam medis elektronik dan monitoring serta evaluasi secara berkala.

SIMPULAN

Pendokumentasian di ruang rawat inap RSUD X saat ini masih berbasis kertas. Metode ini memiliki banyak kelemahan yaitu memakan waktu yang lama, potensi kesalahan penulisan tinggi, menyerap biaya yang besar untuk pengadaan kertas, dan membutuhkan ruang penyimpanan yang besar. Solusi untuk mengatasi masalah tersebut adalah dengan beralih pada metode pendokumentasian berbasis elektronik. Metode ini memiliki banyak manfaat yaitu lebih efisien dalam waktu pengisian, memudahkan akses untuk mencari, lebih mudah untuk dibaca, tidak membutuhkan biaya yang besar untuk pengadaan kertas, meminimalisir potensi kesalahan penulisan, tidak membutuhkan ruang penyimpanan yang besar, dan data tidak rusak meskipun disimpan dalam waktu yang lama.

DAFTAR PUSTAKA

Ausserhofer, D., Zander, B., Busse, R., Schubert, M., De Geest, S., Rafferty, A. M., & Schwendimann, R. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in European hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ quality & safety*, *23*(2), 126-135

Ahmad, M., Inayah, L., Murtiningsih, M., Mulyati, M., & Oyoh, O. (2024). Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Peningkatan Kualitas Pendokumentasian Asuhan Keperawatan. *Journal of Telenursing (JOTING)*, *6*(2), 2102-2110.

Damanik, M., Fahmy, R., & Merdawati, L. (2020). Gambaran Keakuratan Dokumentasi Asuhan Keperawatan. *Jurnal Kesehatan Andalas*, *8*(4), 138–144.

Instefjord, M. H., Aasekjær, K., Espehaug, B., & Graverholt, B. (2014). Assessment of quality in psychiatric nursing documentation–a clinical audit. *BMC nursing*, *13*, 1-7.

Izza, A. A., & Lailiyah, S. (2024). Literature review: Overview of the Implementation of Electronic Medical Records in Indonesian Hospitals based on Minister of Health Regulation (Permenkes) Number 24 of 2022 concerning Medical Records. *Media Gizi Kesmas*, *13*(1), 549-562.

Rohman, M. K., & Umar, Z. (2024). Evaluasi Unit Rekam Medis di Puskesmas Berdasarkan Metode Analisis Diagram Fishbone. *Jurnal Pengabdian kepada Masyarakat Nusantara*, *5*(2), 2403-2409.

Ibrahim, R. A., Abd-Allah, K. F., Arafa, O. S., & Mohammed, S. S. (2017). Effect of nursing care standards on nurses' performance in caring for patients with cardiac arrhythmias. *Egyptian Nursing Journal*, *14*(3), 251-258.

Mellita, D., & Elpanso, E. (2020). Model Lewin Dalam Manajemen Perubahan Teori Klasik Menghadapi Disrupsi Dalam Lingkungan Bisnis. *Mbia*, *19*(2), 142–152.

Molla, F., & Temesgen, W. A. (2024). Nurses' Documentation Practice and Associated Factors in Eight Public Hospitals, Amhara Region, Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Sage Journals*, *10.*

Nurhasanah, D., Hayadi, B. H., Yusuf, F. A., Prasetyo, E., Manajemen, M., Bangsa, U. B., & Lewin, K. (2024). Change Organization Theory of Kurt Lewin. *Musytari: Jurnal Manajemen, Akuntansi, Dan Ekonomi*, *5*(2), 133–143.

Puspitaningrum, I., Supriatun, E., & Putri, S. D. (2023). Dokumentasi Keperawatan Berbasis Elektronik Meningkatkan Keselamatan Pasien dan Mutu Asuhan Keperawatan. *Diagnosa: Jurnal Ilmu Kesehatan dan Keperawatan, 1*(3), 255-267.

Lusianus Demon Kehi[1]*, Krisna Yetti[1], Tuti Afriani[1], Dyah Fitri Wulandari[2]

[1]Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
[2]RSUD Khidmat Sehat Afiat Depok
Korespondensi penulis: Lusianus Demon Kehi. *Email: hengkykehi@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v18i10.589

Robbins, S. P., & Judge, T. A. (2024). *Organizational Behaviour (19th ed.).* Pearson.

Shafiee, M., Shanbehzadeh, M., Nassari, Z., & Kazemi-Arpanahi, H. (2022). Development and evaluation of an electronic nursing documentation system. *Bmc Nursing*, *21*, 1-12.

Solehudin, S., Stella, S., Firyal, F., Lestari, N. E., Koto, Y., Istiani, H. G., Suryadi, B., Gunardi, S., Purnama, A., Susaldi S., Daeli, W., & Hidayatullah, A. (2024). Analisis Penerapan Manajemen Dokumentasi Asuhan Keperawatan Elektronik. *Jurnal Riset Rumpun Ilmu Kesehatan*, *3*(1), 235–245.

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.

Tamir, T., Geda, B., & Mengistie, B. (2021). Documentation practice and associated factors among nurses in harari regional state and dire dawa administration governmental hospitals, eastern ethiopia. *Advances in Medical Education and Practice*, *12*, 453–462.

Tandi, D., Syahrul, S., & Erika, K. A. (2020). Kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan di rumah sakit: A Literature Review. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, *9*(1), 12–20.

Voyer, P., McCusker, J., Cole, M. G., Monette, J., Champoux, N., Ciampi, A., & Richard, S. (2014). Nursing documentation in long-term care settings: New empirical evidence demands changes be made. *Clinical nursing research*, *23*(4), 442-461.

Wulandari, D. F., & Handiyani, H. (2019). Pengembangan Dokumentasi Keperawatan Berbasis Elektronik Di RS X Kota Depok Dengan Menggunakan Teori Perubahan Lewins. *(Jkg) Jurnal Keperawatan Global*, *4*(1), 55–64.

Wulanningsih, E. S., & Mintasih, S. (2024). Hubungan Motivasi Perawat dengan Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan. *Health Reserch's Journal*, *1*(2), 23-33.

Lusianus Demon Kehi[1]*, Krisna Yetti[1], Tuti Afriani[1], Dyah Fitri Wulandari[2]

[1]Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
[2]RSUD Khidmat Sehat Afiat Depok
Korespondensi penulis: Lusianus Demon Kehi. *Email: hengkykehi@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.33024/hjk.v18i10.589