

# BAB I

## PENDAHULUAN

### I.1 Latar Belakang

Dokumentasi asuhan keperawatan didasarkan pada standar keperawatan Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). Pendokumentasian keperawatan berorientasi pada Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Hasil Keperawatan Indonesia (SLKI) dapat memberikan dokumentasi keperawatan yang lengkap, mendalam dan terperinci sesuai dengan Peraturan No. 425 Tahun 2020. Observasi peneliti dan wawancara dengan kepala ruangan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan di RS Pasar Minggu Jakarta mengacu pada SDKI, SIKI, dan SLKI yang berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan No. 425 Tahun 2020. Pendokumentasian asuhan keperawatan di Indonesia sudah ada instruksi dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dalam bentuk peraturan pemerintah.

Pemerintah Indonesia telah mengatur dengan tegas mengenai pengelolaan rekam medis melalui kebijakan yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan. Pada tahun 1989, diterbitkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 749a/MENKES/Per/XII/1989 tentang Rekam Medik/ *Medical Records*. Namun, dengan perkembangan teknologi yang pesat, kesadaran pemerintah terhadap hal ini semakin meningkat, sehingga pada tahun 2008 diterbitkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 269 Tahun 2008 tentang Rekam Medik. Peraturan ini menyatakan bahwa rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap, dan jelas, atau dapat pula dalam bentuk elektronik. Selain itu, dalam konteks pelayanan kesehatan, terdapat juga pengaturan terkait rekam medis yang menyatakan bahwa pembuatan rekam medis merupakan kewajiban dokter. Hal ini diatur dalam Undang-undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran. Pasal 46 ayat (1) hingga (3) dan pasal 47 ayat (1) hingga (3) dalam undang-undang tersebut menjelaskan tentang kewajiban ini. Jika kewajiban ini dilanggar, dokter dapat dikenai sanksi pidana sesuai dengan ketentuan yang terdapat dalam pasal 79 huruf b Undang-undang Praktik Kedokteran tersebut (Amir, 2019).

Penggunaan *Electronic Health Records* (EHR) penting dalam bidang kesehatan, terutama dalam layanan keperawatan. Sadoughi et al., 2019 menyatakan bahwa penggunaan sistem EHR dirasakan mudah dan dapat diterima untuk pendokumentasian asuhan keperawatan (Sadoughi et al., 2019). Dokumentasi terkomputerisasi mengurangi waktu yang digunakan untuk proses dokumentasi, memungkinkan perawat untuk tetap berhubungan dengan pasien lebih lama selama perawatan, meminimalisasi kesalahan dalam dokumentasi dan evaluasi hasil perawatan (Tarigan and Handiyani, 2019). Penggunaan sistem EHR sudah familiar dan handal untuk memudahkan penyelesaian dokumentasi asuhan keperawatan (Tarigan and Handiyani, 2019). Penggunaan *Electronic Health Records* (EHR) lebih baik daripada dokumentasi dengan metode konvensional dengan menggunakan alat tulis kantor, terutama dalam hal waktu dan kemudahan.

Agarta dan Nelly (2019) pada penelitiannya menyebutkan bahwa kepuasan perawat dengan dokumentasi keperawatan *Electronic Health Records* (EHR) memudahkan pekerjaan perawat, lebih efektif dan efisien, membuat informasi lebih akurat dan terbaca, mengurangi konsumsi kertas dan secara signifikan meningkatkan produktivitas di tempat kerja (Agarta and Febriani, 2019). Selain itu, Agarta dan Nelly menyebutkan bahwa penggunaan EHR menguntungkan karena tingkat akurasi yang lebih tinggi, yaitu keabsahan / kevalidan data lebih terjamin, data pasien tercampur ataupun tertukar dengan pasien lain sangat rendah jika benar pada saat pengumpulan. sistem manual harus meninjau setiap catatan secara individual, tetapi dengan penggunaan EHR data pasien lebih akurat dan benar karena lebih sedikit intervensi manusia yang diperlukan. (Agarta & Febriani, 2019).

Penggunaan *Electronic Health Record* (EHR) di Amerika sejak tahun 2001 hingga 2011, terjadi peningkatan yang signifikan dalam penggunaan sistem rekam medis elektronik oleh dokter, meningkat dari hanya 18% menjadi 57%. Pada tahun 2013, penggunaan rekam medis elektronik terus meningkat, dengan 72% dokter menggunakan tablet mereka untuk mengakses platform telemedis elektronik.

Saat ini, hampir tidak ada penggunaan kertas dalam catatan rekam medis di Amerika. Dengan adopsi teknologi rekam medis, akses terhadap catatan medis pasien menjadi lebih mudah. Dokter dapat dengan mudah mengakses seluruh

catatan medis yang diperlukan untuk mendukung proses diagnosis dan pengambilan keputusan dalam perawatan pasien selama pemeriksaan

Tuulikki Vehko dan rekan menyatakan pada jurnalnya bahwa penelitian di bidang fungsi Teknologi Informasi dan Komunikasi (TIK) dan kegunaan dalam pekerjaan di bidang kesehatan telah difokuskan pada dua bidang utama. Pertama, beberapa penelitian berfokus pada pengalaman dan kepuasan dengan sistem catatan kesehatan elektronik (EHR). Misalnya, di Texas dan Norwegia, kepuasan perawat dengan EHRs mereka telah ditemukan rendah. Di antara dokter Kanada, kemudahan penggunaan sistem informasi pasien mempengaruhi kepuasan mereka dan sistem informasi pasien yang mudah digunakan ditemukan lebih dapat diterima. Di antara perawat Kanada, penentu terpenting kepuasan mereka adalah kompatibilitas EHR dengan gaya kerja yang disukai perawat, praktik yang ada, dan nilai-nilai. Penelitian di Finlandia, dokter menyatakan sikap yang lebih kritis terhadap sistem EHR ketika desain yang buruk, perlambatan sistem dan downtime sistem sering terjadi. Kedua, banyak peneliti telah berfokus pada beban kerja dalam perawatan kesehatan dan penelitian menunjukkan bahwa keperawatan adalah pekerjaan stres tinggi dan perawat berisiko menderita tekanan psikologis (Vehko dkk., 2019).

Tekanan waktu di antara tenaga kesehatan telah diakui dalam banyak penelitian di Finlandia. Tekanan waktu telah ditemukan untuk menurunkan kualitas perawatan jangka panjang. Penyimpangan kualitas dan waktu yang tidak mencukupi untuk menyelesaikan tugas yang diperlukan (dengan kata lain, tekanan waktu tinggi) terkait dengan peningkatan tingkat stres personel. Studi terbaru menunjukkan bahwa tekanan waktu dan stres terkait sistem informasi adalah sumber stres yang penting juga di kalangan dokter Finlandia. Di sisi lain, peningkatan kegunaan dan stabilitas teknis sistem EHR mengarah pada kesejahteraan terkait pekerjaan yang lebih baik, termasuk tekanan waktu yang lebih rendah (Vehko dkk., 2019).

Penggunaan Electronic Health Records (EHR) di Indonesia pertama beroperasi dari tahun 2013 dan merupakan aplikasi berbasis web yang dikembangkan sendiri oleh tim UMSI internal sebagai bahan pendukung dalam proses akreditasi JCI. Berdasarkan data dari Bagian Program dan Informasi dalam

Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan tahun 2017, dari 2743 total keseluruhan rumah sakit di Indonesia, terdapat 1423 yang sudah menggunakan sistem informasi rumah sakit, sedangkan 134 rumah sakit yang sudah memiliki sistem informasi rumah sakit namun tidak berfungsi, dan sebanyak 1177 rumah sakit yang masih belum memiliki sistem informasi rumah sakit. Rumah Sakit Umum Pusat Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta adalah salah satu rumah sakit yang pelayanannya sudah menggunakan SIMRS. SIMRS yang digunakan di RSCM bernama *Electronic Health Records* (EHR) .

RSUD Pasar Minggu Jakarta berdasarkan hasil pengamatan yang dilakukan pada tanggal 20 Maret 2023 sudah menggunakan *Electronic Health Records* (EHR) pada setiap ruangan seperti ICU,IGD, Ruang Rawat Inap untuk mendokumentasikan asuhan keperawatan. Hasil Observasi penggunaan EHR di RSUD Pasar Minggu Jakarta perawat menjadi lebih mudah dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan karena setelah melakukan tindakan keperawatan, perawat hanya tinggal mengetik tindakan yang sudah dilakukan sehingga waktu bersama pasien bisa lebih lama sehingga waktu pencatatan dokumentasi lebih efektif. Namun, dikarenakan di setiap ruangan hanya memiliki 6 komputer ,staf keperawatan, terutama perawat, lebih cenderung duduk lama di depan komputer karena menghabiskan banyak waktu untuk mengetik dokumen keperawatan.

Hasil wawancara dari 10 perawat yang telah dilakukan pada tanggal 20 Maret 2023 7 orang (70%) perawat setuju bahwa penggunaan *Electronic Health Records* (EHR) sangat memudahkan pekerjaan perawat dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan, memperoleh hasil lebih efisien dan efektif, membuat data lebih akurat dan mudah dibaca, menghemat kertas dan meningkatkan produktivitas secara signifikan. Namun, 3 orang (30%) perawat mengatakan kekurangan pada penggunaan *Electronic Health Records* (EHR) karena setiap ruangan memiliki 6 buah komputer, sehingga mereka selalu bergiliran menggunakan komputer dan tidak bisa langsung mengetik asuhan keperawatan sehingga komputer mengalami kesalahan sistem atau mati listrik beresiko mengganggu pekerjaan perawat perawat karena mereka harus menunggu sistem kembali normal .

Hasil pengalaman peneliti saat berdinasi di RSUD Pasar Minggu Jakarta ruangan IGD dan ICU hasil pengkajian dan catatan keperawatan belum ditulis secara lengkap. Perawat cenderung menggunakan *template* catatan keperawatan saat mendokumentasikan asuhan keperawatan sehingga perawat yang bertugas terkadang perawat lupa menambahkan tindakan keperawatan yang dilakukan dengan demikian saat asuhan keperawatan yang diterbitkan ada kesalahan dalam penulisan tindakan keperawatan yang harus dilakukan setelahnya.

Penggunaan *Electronic Health Records* berdampak positif pada kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan. Made Indra menyebutkan pada jurnalnya yaitu berdasarkan 6 penelitian yang telah ditinjau, disimpulkan bahwa memodifikasi catatan keperawatan dengan menggunakan model VIPS dapat meningkatkan baik kualitas maupun kuantitas catatan keperawatan. Selain itu, penggunaan *Electronic Health Records* (EHR) juga dapat meningkatkan kualitas catatan keperawatan, dengan fokus pada kelengkapan, kemudahan, efektivitas, dan dampak positifnya, seperti meningkatkan keselamatan pasien, serta memudahkan koordinasi antara pasien dan perawat (Astarini, 2018).

Keuntungan penggunaan *Electronic Health Records* (EHR) disebutkan oleh Eric,dkk pada jurnalnya yaitu sistem EHR dapat mempromosikan penggunaan data kemajuan klien dan meningkatkan efisiensi. Selain itu, manfaat sistem EHR meliputi: (1) memfasilitasi penggunaan penilaian standar yang dapat mempromosikan pemantauan kemajuan, (2) hubungan yang lebih baik dengan intervensi berbasis bukti, (3) komunikasi yang lebih efektif antara penyedia dan pengawas, dan (4) penggunaan data untuk mempromosikan peningkatan kualitas dan penelitian.

Penelitian sekarang muncul yang menunjukkan potensi EHRs untuk dampak positif dalam model perawatan terkoordinasi. Sebagai contoh, Matiz dan rekannya menemukan bahwa peningkatan EHR yang menambahkan *template* rencana perawatan dikaitkan dengan peningkatan empat kali lipat dalam penggunaan rencana perawatan. King dan rekannya menemukan bahwa penggunaan EHR dikaitkan dengan kepatuhan dokter terhadap proses koordinasi perawatan berbasis penelitian. Hsiao dan rekan menemukan bahwa dokter yang menggunakan EHR

lebih mungkin menerima informasi pasien yang diperlukan untuk koordinasi perawatan daripada mereka yang tidak (Bruns dkk., 2018).

Penelitian manfaat rekam medis pada negara berkembang menyebutkan ada beberapa manfaat yaitu manfaat ekonomi, klinis, dan akses informasi klinis. Pada manfaat ekonomi yakni penghematan biaya, efisiensi biaya, dan efektivitas biaya. Berikutnya pada manfaat klinis, Penerapan rekam medis elektronik memiliki manfaat dalam mengurangi kesalahan medis dan meningkatkan keselamatan pasien. Dengan menggunakan rekam medis elektronik, kesalahan medis dapat berkurang hingga 55%. Penggunaan rekam medis elektronik juga dapat meningkatkan keterbacaan data, karena dokumen-dokumen medis didokumentasikan secara komputerisasi, mengurangi risiko kesalahan baca dan kehilangan data. Selain itu, menggunakan rekam medis elektronik juga dapat meningkatkan produktivitas tenaga medis. Para peneliti juga menyatakan bahwa penggunaan *electronic health records* dapat menyelesaikan tugas dengan lebih cepat, menghemat waktu, dan menyederhanakan pekerjaan mereka (Tiorentap, 2020).

Indonesia sendiri pada penelitian yang dilakukam oleh (Kimalaha dkk, 2018) yang dilakukan di RS. Dr. Tjitrowardojo Purworejo didapati bahwa perawat yang mendokumentasikan asuhan keperawatan secara lengkap sebanyak 34 (52,%) dan kurang lengkap sebanyak 31 (47,7%). Selain itu, penelitian yang dilakukan oleh (Etlidawati and Arini, 2020) dengan tempat penelitian di RSUD Hj. Anna Lasmanah Banjarnegara hasilnya adalah sebanyak 63 (96,9%) perawat melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan tidak lengkap dan 2 (3,1%) perawat melakukan pendokumentasian keperawatan secara lengkap.

Penelitian serupa dilakukan oleh Ramadani et al., (2018) yang dilakukan di RSUD dr. H. Andi Abdurrahman Noor Kabupaten Tanah Bumbu Kalimantan Selatan sebanyak 24 (54,5%) dokumen tidak lengkap dan 20 (45,5%) dokumen lengkap. Selain itu hasil penelitian yang dilakukan oleh Widyanti et al., (2021) di RSUD Wiradadi Husada Banyumas didapati hasil 36 (62,1%) perawat mendokumentasikan asuhan keperawatan secara lengkap dan 22 (37,9%) perawat mendokumentasikan asuhan keperawatan cukup lengkap. *Electronic Health Records* (EHR) adalah bagian penting dari sistem kesehatan, bersama dengan

banyak sistem klinis lainnya, di masa depan di mana informasi diubah menjadi pengetahuan kemungkinan akan membutuhkan semua bagian dari sistem yang bekerja sama. Setiap pertemuan pasien dapat berpotensi memberikan kesempatan bagi pasien dan dokter untuk berkontribusi pada pemahaman kita tentang perawatan kesehatan dan berpartisipasi dalam penelitian dan uji klinis (Payne et al., 2015).

Penerapan *Electronic Health Records* (EHR) di rumah sakit merupakan tantangan dengan tingkat kompleksitas yang tinggi karena melibatkan berbagai pihak yang terlibat. pendukung, teknologi, dan fasilitas. Dukungan dari pimpinan, karyawan dan alat yang digunakan diperlukan untuk mengimplementasikan RME. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk menambahkan faktor selain TAM yang dapat mempengaruhi penggunaan sistem EMR. Selain itu, faktor kegunaan yang dirasakan tergantung pada sejauh mana seseorang percaya bahwa penggunaan sistem EHR akan ada peningkatan kinerja dalam pekerjaannya. (Sadoughi et al., 2019).

Oleh karena itu, hal tersebut menjadi dasar peneliti melakukan penelitian untuk menganalisis hubungan persepsi penggunaan TAM dengan asuhan keperawatan EHR perawat di RS Tk. II Moh. Ridwan Meuraksa Jakarta. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi persepsi penggunaan *Technology Acceptance Model* (TAM) yang berhubungan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan metode *Electronic Health Records* di ruang rawat inap RS Tk. II Moh. Ridwan Meuraksa Jakarta.

## **I.2 Rumusan Masalah**

Asuhan keperawatan membutuhkan dokumen yang rapi dan terperinci, dan ini menjadi tugas penting yang harus dilakukan oleh perawat. Pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan salah satu bentuk tanggung jawab seorang perawat. Pendokumentasian yang tidak dilakukan secara lengkap dan teliti dapat menyebabkan asuhan keperawatan tidak efektif, karena catatan asuhan keperawatan ini merupakan informasi yang akan diberikan oleh perawat pada shift berikutnya dapat digunakan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Kesalahan dalam mendiagnosis, merencanakan, dan tindakan keperawatan dapat menyebabkan kecacatan atau kematian, yang dapat membawa perawat ke pengadilan. Dokumen

keperawatan yang dapat membuktikan tindakan yang telah diambil perawat untuk pasien (Nursalam, 2016).

Dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat dapat berpedoman pada standar keperawatan yang ditetapkan oleh Persatuan Perawat Nasional Indonesia atau PPNI. Dengan mengacu pada Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) untuk membuat dokumentasi yang lengkap, komprehensif dan terspesialisasi dalam asuhan keperawatan (Keputusan Menteri Kesehatan No. 425, 2020)

Hasil wawancara dari 10 perawat yang telah dilakukan pada tanggal 20 Maret 2023, 7 orang (70%) perawat setuju bahwa penggunaan *Electronic Health Records* (EHR) sangat memudahkan pekerjaan perawat dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan, memperoleh hasil lebih efisien dan efektif, penggunaan *Electronic Health Records* (EHR) dapat menghasilkan data yang lebih akurat dan mudah dibaca, mengurangi penggunaan kertas, dan meningkatkan produktivitas secara signifikan. Namun, ada beberapa perawat (30%) yang menyatakan kekurangan dalam penggunaan EHR. Salah satu kendala yang mereka alami adalah terbatasnya jumlah komputer di setiap ruangan, di mana terdapat 6 komputer, sehingga perawat harus bergantian menggunakan komputer untuk mengetik asuhan keperawatan. Hal ini dapat menjadi masalah ketika komputer mengalami gangguan sistem atau mati listrik, yang berisiko mengganggu pekerjaan perawat karena mereka harus menunggu sistem kembali normal sebelum dapat melanjutkan tugasnya. Adapun pertanyaan penelitian ini adalah sebagai berikut :

- a. Bagaimana gambaran deskripsi karakteristik perawat, termasuk usia, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, dan masa kerja di Ruang Rawat Inap RS Tk. II Moh. Ridwan Meuraksa?
- b. Bagaimana gambaran penggunaan *Electronic Health Records* di Ruang Rawat Inap RS Tk. II Moh. Ridwan Meuraksa?
- c. Bagaimana hubungan persepsi penggunaan *Technology Acceptance Model* (TAM) dengan pendokumentasian asuhan keperawatan *Electronic Health Records* (EHR) di Ruang Rawat Inap RS Tk. II Moh. Ridwan Meuraksa Jakarta ?

- d. Bagaimana hubungan usia perawat perawat dengan pendokumentasian asuhan keperawatan *Electronic Health Records* (EHR) di Ruang Rawat Inap RS Tk. II Moh. Ridwan Meuraksa Jakarta?
- e. Bagaimana hubungan jenis kelamin perawat dengan pendokumentasian asuhan keperawatan *Electronic Health Records* (EHR) di Ruang Rawat Inap RS Tk. II Moh. Ridwan Meuraksa Jakarta?
- f. Bagaimana hubungan masa kerja perawat dengan pendokumentasian asuhan keperawatan *Electronic Health Records* (EHR) di Ruang Rawat Inap RS Tk. II Moh. Ridwan Meuraksa Jakarta?
- g. Bagaimana hubungan tingkat pendidikan perawat perawat dengan pendokumentasian asuhan keperawatan *Electronic Health Records* (EHR) di Ruang Rawat Inap RS Tk. II Moh. Ridwan Meuraksa Jakarta?
- h. Bagaimana hubungan status pernikahan perawat dengan pendokumentasian asuhan keperawatan *Electronic Health Records* (EHR) di Ruang Rawat Inap RS Tk. II Moh. Ridwan Meuraksa Jakarta?

### **I.3 Tujuan Penelitian**

#### **I.3.1 Tujuan Umum**

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan metode *Electronic Health Record* (EHR) di ruang rawat inap RS Tk. II Moh. Ridwan Meuraksa Jakarta.

#### **I.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui gambaran deskripsi karakteristik perawat, termasuk usia, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, dan masa kerja di ruang rawat inap RS Tk. II Moh. Ridwan Meuraksa Jakarta.
- b. Mengetahui gambaran penggunaan *Electronic Health Records* di Ruang Rawat Inap RS Tk. II Moh. Ridwan Meuraksa Jakarta
- c. Menganalisis persepsi penggunaan *Technology Acceptance Model* (TAM) dengan pendokumentasian asuhan keperawatan *Electronic Health Records* (EHR) di Ruang Rawat Inap RS Tk. II Moh. Ridwan Meuraksa Jakarta

- d. Menganalisis hubungan usia perawat perawat dengan pendokumentasian asuhan keperawatan *Electronic Health Records* (EHR) di Ruang Rawat Inap RS Tk. II Moh. Ridwan Meuraksa Jakarta
- e. Menganalisis hubungan jenis kelamin perawat dengan pendokumentasian asuhan keperawatan *Electronic Health Records* (EHR) di Ruang Rawat Inap RS Tk. II Moh. Ridwan Meuraksa Jakarta
- f. Menganalisis hubungan masa kerja perawat dengan pendokumentasian asuhan keperawatan *Electronic Health Records* (EHR) di Ruang Rawat Inap RS Tk. II Moh. Ridwan Meuraksa Jakarta
- g. Menganalisis hubungan tingkat pendidikan perawat perawat dengan pendokumentasian asuhan keperawatan *Electronic Health Records* (EHR) di Ruang Rawat Inap RS Tk. II Moh. Ridwan Meuraksa Jakarta
- h. Menganalisis hubungan status pernikahan perawat dengan pendokumentasian asuhan keperawatan *Electronic Health Records* (EHR) di Ruang Rawat Inap RS Tk. II Moh. Ridwan Meuraksa Jakarta

#### **I.4 Manfaat Penelitian**

- a. Manfaat teoritis
  - 1) Penelitian ini memiliki manfaat dalam memperkaya dan memperluas pengetahuan di bidang keperawatan, terutama dalam manajemen keperawatan, terkait faktor-faktor yang mempengaruhi pendokumentasian asuhan keperawatan yang berbasis komputer..
- b. Manfaat Praktis
  - 1) Bagi Manajemen Rumah Sakit  
Penelitian ini bermanfaat bagi manajemen rumah sakit untuk memberikan masukan kepada kepala ruangan dan manajemen di rumah sakit dalam mengatasi kendala yang terkait dengan penerapan *Electronic Health Records* (EHR) dalam asuhan keperawatan. Diharapkan bahwa hasil penelitian ini dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di rumah sakit.
  - 2) Bagi Akademisi

Penelitian ini memiliki potensi untuk memperluas pemahaman dan pengetahuan tentang persepsi penggunaan TAM yang terkait dengan pendokumentasian asuhan keperawatan menggunakan *Electronic Health Records* (EHR). Hasil penelitian ini juga dapat digunakan sebagai bahan perbandingan antara teori dan praktik di lapangan, memberikan wawasan yang lebih luas dalam hal tersebut.

3) Bagi Peneliti Selanjutnya

Penelitian ini dapat menjadi sumber referensi dan memberikan saran bagi penelitian-penelitian selanjutnya dalam bidang yang sama.