

**LAPORAN PENELITIAN**  
**HUBUNGAN PENGETAHUAN SDKI, SLKI DAN SIKI TERHADAP**  
**PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN DI RUMAH SAKIT BENYAMIN**  
**GULUH KOLAKA**



**TIM PENGUSUL :**

**Ketua**

**Ekawati Saputri, S.Kep.,Ns.,M.Kep (NIDN.0925088801)**

**Anggota**

**Ns. Evodius Nasus, S.Kep.,M.E (NIDN. 3430106501)**

**Dr. Grace Tedy Tulak, S.Kep.,Ns.,M.Kep (NIDN. 0920078505)**

**Muh. Rijal Tansilal (NIM. 232431296)**

**UNIVERSITAS SEMBILANBELAS NOVEMBER KOLAKA**

**2025**

## HALAMAN PENGESAHAN PENELITIAN

Jenis Penelitian : Penelitian Mandiri

Judul : Hubungan Pengetahuan SDKI, SLKI dan SIKI terhadap Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Benyamin Guluh Kolaka

Ketua Peneliti

a. Nama Lengkap : Ekawati Saputri, S.Kep.,Ns.,M.Kep

b. NIP dan NIDN : 198808252019032016/0925088801

c. Pangkat dan Jabatan : Lektor/Dosen

d. Program Studi : Keperawatan Program Diploma Tiga

e. Alamat Rumah : Jl. Pintu Selatan Kel. Laloeha, Kolaka

f. Nomor Hp : 085270827243

g. Alamat Surel (*email*) : ekawatisaputri@gmail.com

Anggota Peneliti 1

a. Nama Lengkap : Ns. Evodius Nasus, S.Kep.,M.E

b. NIP dan NIDN : 196510301986031012/3430106501

c. Pangkat dan Jabatan : Lektor/Dosen

d. Program Studi : Keperawatan Program Diploma Tiga

Anggota Peneliti 2

a. Nama Lengkap : Dr. Grace Tedy Tulak, S.Kep.,Ns.,M.Kep

b. NIP dan NIDN : 19850720 201903 2 018/0920078505

c. Pangkat dan Jabatan : Lektor/Dosen

d. Program Studi : Keperawatan Program Diploma Tiga

Anggota Peneliti 3 (Mahasiswa)

a. Nama Lengkap : Muh. Rijal Tansilal

b. NIM : 232431296

Jumlah Biaya : Rp. 2.500.000,-

Kolaka, 29 Juli 2025

Menyetujui,  
Ketua LPPM-PMP USN Kolaka

Ketua Peneliti

Nursamsir, S.E.,M.Si  
NIP.196712122021211004

Ekawati Saputri, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
NIP. 198808252019032016

## DAFTAR ISI

Halaman Judul.....	i
Halaman Pengesahan Penelitian .....	ii
DAFTAR ISI .....	iv
ABSTRAK .....	vi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	2
C. Tujuan .....	3
D. Manfaat .....	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	4
A. Tinjauan SDKI, SLKI dan SIKI.....	4
B. Tinjauan Dokumentasi Keperawatan.....	9
BAB III KERANGKA KONSEPTUAL & HIPOTESIS.....	20
A. Kerangka Konsep.....	20
B. Hipotesis.....	20
BAB IV METODE PENELITIAN.....	21
A. Desain Penelitian .....	21
B. Populasi, Sampel dan Sampling.....	21
C. Variabel Penelitian .....	22
D. Pengumpulan dan Analisa Data.....	23
F. Lokasi dan Waktu Penelitian .....	26
G. Etika Penelitian.....	26
BAB V HASIL DAN PEMBAHASAN .....	21
A. Hasil .....	28
B. Pembahasan .....	31
BAB V PENUTUP.....	21
A. Kesimpulan.....	34
B. Saran.....	34

DAFTAR PUSTAKA .....	36
Lampiran	

## ABSTRAK

Pendokumentasian asuhan keperawatan yang tepat dan sesuai standar menjadi indikator penting dalam menjamin mutu pelayanan keperawatan. Salah satu pendekatan yang digunakan untuk meningkatkan kualitas dokumentasi adalah penerapan standar nasional yang mencakup Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI). Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara pengetahuan perawat tentang SDKI, SLKI, dan SIKI dengan kinerja pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah Sakit Benyamin Guluh Kolaka.

Penelitian ini menggunakan desain deskriptif analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel penelitian berjumlah 50 perawat yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Data dikumpulkan melalui kuesioner yang terdiri dari 15 item pengetahuan dan 25 item pendokumentasian, kemudian dianalisis secara univariat dan bivariat menggunakan uji *chi-square*.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar perawat memiliki pengetahuan yang baik (62%) dan kinerja pendokumentasian yang baik (78%). Namun, hasil uji statistik menunjukkan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dengan kinerja pendokumentasian ( $p = 0,152$ ). Meskipun secara deskriptif terdapat kecenderungan bahwa pengetahuan yang lebih baik diikuti dengan dokumentasi yang lebih baik, secara statistik hubungan tersebut tidak signifikan.

Kesimpulannya, peningkatan kualitas pendokumentasian keperawatan tidak hanya ditentukan oleh tingkat pengetahuan perawat, tetapi juga dapat dipengaruhi oleh faktor lain seperti pelatihan, pengalaman kerja, supervisi, dan beban kerja. Oleh karena itu, intervensi peningkatan mutu dokumentasi perlu melibatkan pendekatan yang lebih komprehensif dan berkelanjutan.

**Kata kunci: Pengetahuan, SDKI, SLKI, SIKI, Pendokumentasian, Asuhan Keperawatan**

# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Pelayanan keperawatan merupakan suatu bentuk pelayanan yang diberikan oleh tenaga perawat kepada pasien. Bentuk pelayanan ini diharapkan berkualitas sehingga pasien merasakan kepuasan selama menjalani perawatan baik di rumah sakit maupun puskesmas. Salah satu bentuk pelayanan keperawatan yaitu pemberian asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan adalah rangkaian interaksi perawat dengan klien dan lingkungannya untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian klien dalam merawat dirinya (Undang-Undang Tentang Keperawatan No.38 Tahun 2014, 2014). Penilaian terhadap kualitas asuhan keperawatan juga dapat dilihat melalui pendokumentasian asuhan keperawatan. Dokumentasi adalah suatu catatan yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum (Apriani & Hadi, 2023). Adapun dokumentasi asuhan keperawatan merupakan komunikasi mengenai perawatan klien atau pasien yang dapat ditulis tangan atau dicetak atau disimpan dalam sistem audiovisual (Tandi et al., 2020). Dokumentasi keperawatan merupakan tanggung jawab profesional perawat yang dapat menunjukkan akuntabilitas perawat dalam memberikan asuhan keperawatan sehingga pendokumentasian asuhan keperawatan yang berkualitas diharapkan dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien (Saraswasta et al., 2020).

Pendokumentasian asuhan keperawatan telah merujuk pada Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) untuk menentukan diagnosis keperawatan dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) untuk menentukan intervensi keperawatan (KMK Nomor HK.01.07/MENKES/425/2020 Tentang Standar Profesi Perawat, 2020) serta tambahan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) untuk menentukan luaran dan kriteria hasil yang ingin dicapai. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) dicetak pertama kali pada Desember 2016, namun untuk Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) dan Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) baru terbit pada tahun 2018 (Kartini & Ratnawati,

2022). Penerapan standar diagnosis, standar intervensi dan standar luaran sesuai dengan standar 3S (SDKI, SIKI, SLKI) merupakan suatu upaya meningkatkan mutu dokumentasi keperawatan sehingga dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan (Sudaryati et al., 2022). Hasil penelitian Pranatha dan Nugraha menunjukkan terdapat pengaruh terhadap kualitas pengisian dokumentasi keperawatan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Juanda Kuningan setelah dilakukan intervensi berupa penerapan Standar Nursing Language Berbasis Berbasis SDKI, SLKI dan SIKI (Pranatha & Nugraha, 2023). Menurut Wahyuliati dan Novita bahwa perawat yang memiliki standar keperawatan operasional di rumah sakit memiliki praktik dokumentasi asuhan keperawatan yang baik dibandingkan dengan perawat tanpa standar keperawatan operasional (Wahyuliati & Novita, 2023).

Rumah Sakit Benyamin Guluh Kolaka merupakan rumah sakit yang telah menggunakan SDKI, SLKI dan SIKI dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan. Berdasarkan hasil wawancara 2 orang perawat pelaksana bahwa SDKI, SLKI dan SIKI telah digunakan oleh seluruh perawat dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan. Namun demikian, pelatihan penggunaan SDKI, SLKI dan SIKI hanya diikuti oleh kepala ruangan, kemudian mengajarkan perawat pelaksana cara menggunakannya. Sebagian besar perawat masih belum dapat menentukan diagnosa keperawatan berdasarkan tanda dan gejala mayor. Berdasarkan hal tersebut, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Hubungan pengetahuan SDKI, SLKI dan SIKI terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah Sakit Benyamin Guluh Kolaka?”

## **B. Rumusan Masalah**

Adapun rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimana hubungan pengetahuan SDKI, SLKI dan SIKI terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah Sakit Benyamin Guluh Kolaka?”

### **C. Tujuan**

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah untuk menganalisis hubungan pengetahuan SDKI, SLKI dan SIKI terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah Sakit Benyamin Guluh Kolaka.

### **D. Manfaat**

Adapun manfaat dari penelitian ini sebagai berikut :

#### 1. Manfaat Praktis

Penelitian ini dapat bermanfaat bagi pengembangan penggunaan SDKI, SLKI dan SIKI terhadap kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan.

#### 2. Manfaat Teoritis

- a. Menambah wawasan bagi peneliti tentang kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan melalui penggunaan SDKI, SLKI dan SIKI
- b. Sebagai sumber acuan bagi peneliti selanjutnya untuk mengembangkan penggunaan SDKI, SLKI dan SIKI.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Tinjauan SDKI, SLKI, dan SIKI

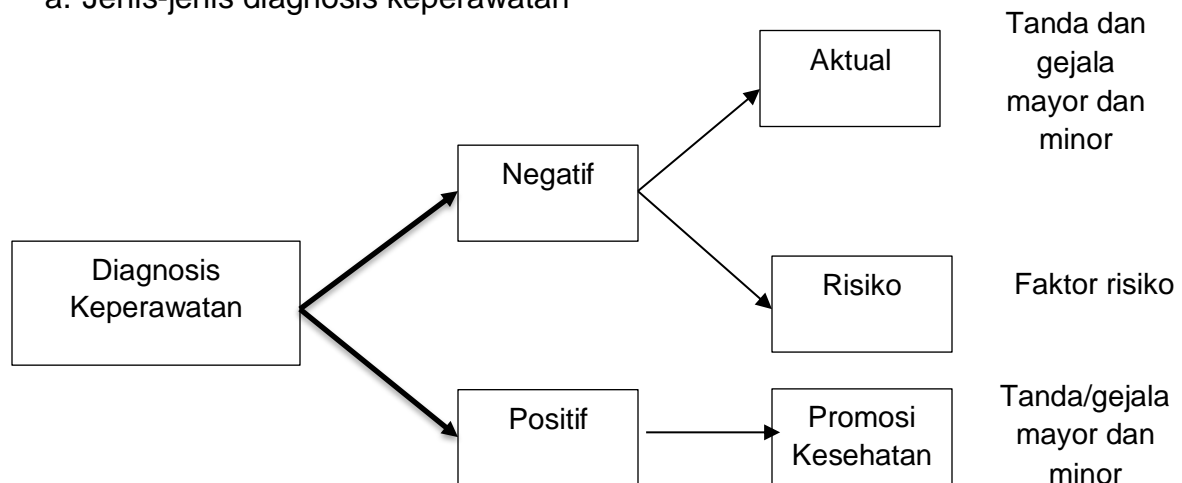
Standar praktek keperawatan merupakan acuan untuk praktik keperawatan yang harus dicapai oleh seorang perawat dan dikembangkan untuk membantu perawat melakukan validasi mutu dan mengembangkan keperawatan. Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) telah membuat standar pelayanan keperawatan yang disesuaikan dengan disparitas budaya dan kekhasan pelayanan keperawatan di Indonesia yang disebut 3S yaitu Standar Luanan Keperawatan Indonesia (SLKI), Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI), Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), akan tetapi masih banyak rumah sakit belum menggunakan sebagai panduan dalam pembuatan dokumentasi asuhan keperawatan (Awaliyani et al., 2021).

PPNI telah mengeluarkan standar asuhan keperawatan, Standar diagnosis keperawatan Indonesia, Standar intervensi keperawatan Indonesia, Standar luaran keperawatan Indonesia yaitu:

##### 1. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI) (Tim Pokja PPNI, 2017a)

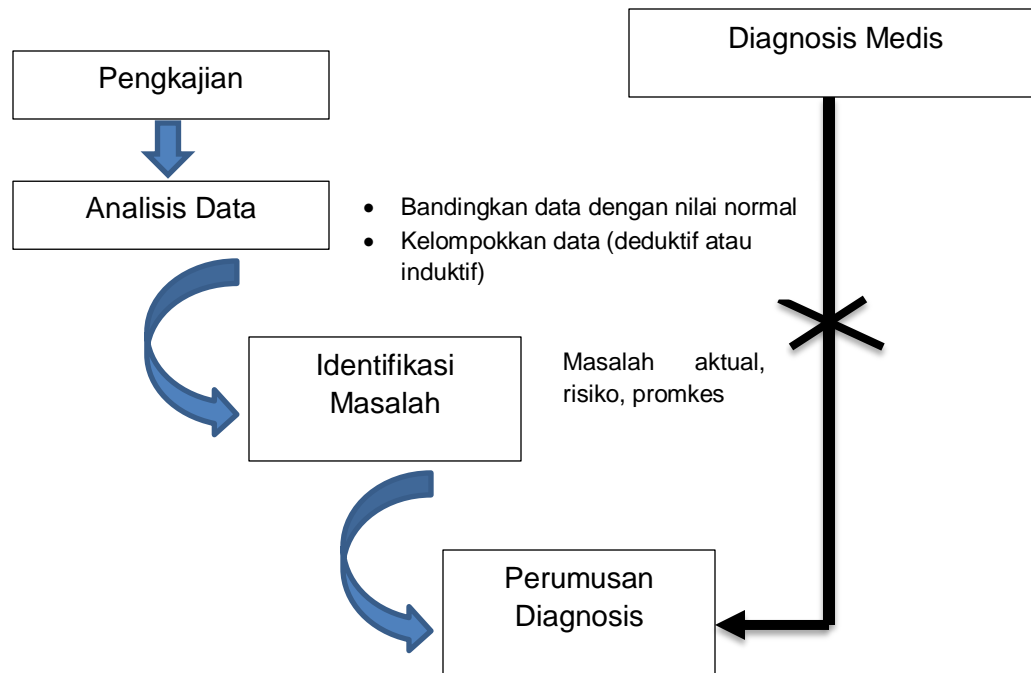
Diagnosis keperawatan merupakan bagian vital dalam menentukan asuhan keperawatan untuk mencapai kesehatan yang optimal. Diagnosis keperawatan digunakan untuk menilai klinis tentang respons klien terhadap masalah kesehatan baik aktual maupun potensial pada individu, keluarga dan komunitas.

##### a. Jenis-jenis diagnosis keperawatan



Gambar 2.1

## b. Proses Diagnostik



Gambar 2.2

## 2. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) (Tim Pokja PPNI, 2017b)

Merupakan segera treatment yang dilakukan oleh perawat didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*Outcome*). Treatment yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi.

### a. Komponen intervensi keperawatan

#### 1) Label

Nama dari intervensi yang merupakan kata kunci untuk memperoleh informasi tentang intervensi tersebut

#### 2) Defenisi

Makna dari label intervensi berupa perilaku yang dilakukan oleh perawat.

#### 3) Tindakan

Rangkaian aktifitas yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan intervensi keperawatan.

## b. Jenis tindakan keperawatan

### 1. Tindakan Observasi

Tindakan yang dilakukan untuk mengumpulkan dan menganalisis data status kesehatan pasien. Tindakan ini umumnya menggunakan kata-kata periksa, identifikasi, atau monitor.

### 2. Tindakan terapeutik

Tindakan yang secara langsung dapat berefek memulihkan status kesehatan pasien atau dapat mencegah perburukan masalah kesehatan pasien. Tindakan ini umumnya menggunakan kata-kata berikan, lakukan dan kata-kata lainnya.

### 3. Tindakan edukasi

Tindakan yang dilakukan untuk meningkatkan kemampuan pasien merawat dirinya dengan harapan pasien memperoleh perilaku baru yang dapat mengatasi masalahnya sendiri. Tindakan ini umumnya menggunakan kata-kata ajarkan, anjurkan atau latih.

### 4. Tindakan kolaborasi

Tindakan yang dilakukan bersama dengan profesi lainnya. Tindakan ini harus memiliki pengetahuan, keterampilan yang baik. Tindakan ini hanya dilakukan jika perawat memerlukan penanganan lebih lanjut. Tindakan ini umumnya menggunakan kata-kata kolaborasi, rujuk, atau konsultasikan.

## 3. Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI) (Tim Pokja PPNI, 2018)

### a. Defenisi luaran keperawatan

Luaran keperawatan merupakan hasil akhir intervensi keperawatan yang terdiri atas indikato-indikator atau kriteria-kriteria hasil pemulihan masalah. Luaran keperawatan merupakan perubahan kondisi yang spesifik dan terukur yang perawat harapkan sebagai respon terhadap asuhan keperawatan.

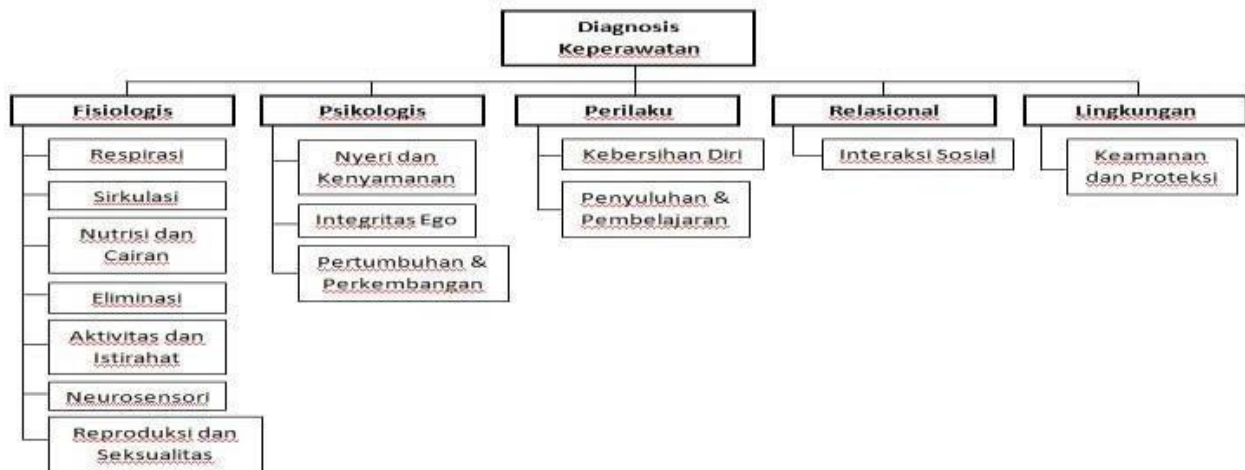
Luaran keperawatan dapat membantu perawat memfokuskan atau mengarahkan asuhan keperawatan karena merupakan respons fisiologis, psikologis, social, perkembangan, atau spritual yang menunjukkan perbaikan masalah kesehatan pasien.

b. Tujuan penyusunan Standar Luaran Keperawatan Indonesia (SLKI)

- 1) Menjadi acuan penentuan luaran (*outcome*) keperawatan mengarahkan intervensi keperawatan
- 2) Meningkatkan efektivitas asuhan keperawatan
- 3) Mengukur pencapaian level keberhasilan intervensi keperawatan
- 4) Meningkatkan mutu asuhan keperawatan

c. Klasifikasi luaran keperawatan

*Internasional Council of Nursing (ICN)* sejak tahun 1991 telah mengembangkan suatu system klasifikasi yang disebut dengan *Internasional Classification Nursing Practise (ICNP)*, dimana sistem klasifikasi ini tidak hanya mencakup klasifikasi diagnosis keperawatan, tetapi juga mencakup klasifikasi intervensi dan luaran keperawatan. ICNP membagi diagnosis, intervensi dan luaran keperawatan menjadi lima kategori yaitu fisiologi, psikologis, perilaku, relasional, dan lingkungan.



Gambar 2.3

d. Jenis luaran keperawatan

Jenis luaran keperawatan dibagi menjadi dua jenis yaitu luaran negatif dan luaran positif. Luaran negatif menunjukkan kondisi perilaku atau persepsi yang tidak sehat, sehingga penentuan luaran keperawatan ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bertujuan untuk menurunkan.

Sedangkan luaran positif menunjukkan kondisi, perilaku atau persepsi yang sehat sehingga penetapan luaran keperawatan ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan atau memperbaiki.

<b>No.</b>	<b>Jenis Luaran</b>	<b>Contoh Luaran</b>
1.	<b>Positif</b>	Bersihan jalan nafas Keseimbangan cairan Integritas kulit jaringan Citra tubuh
2.	<b>Negatif</b>	Tingkat nyeri Tingkat kelelahan Tingkat ansietas Tingkat berduka Respons alergi lokal

Tabel 2.1

e. Komponen luaran keperawatan

Luaran keperawatan memiliki tiga komponen utama yaitu :

1. Label

Komponen ini merupakan nama dari luaran keperawatan yang terdiri atas kata kunci untuk memperoleh informasi terkait luaran keperawatan. Label luaran keperawatan merupakan kondisi perilaku atau persepsi pasien yang dapat diubah atau diatasi dengan intervensi keperawatan, label intervensi keperawatan terdiri atas beberapa kata (1 kata s.d 4 kata) yang diawali dengan kata benda yang berfusi sebagai descriptor atau penjelasan luaran keperawatan

2. Ekspektasi

Merupakan penilaian terhadap hasil yang diharapkan tercapai yang menggambarkan seperti apa kondisi, perilaku atau persepsi pasien akan

berubah setelah diberikan intervensi Keperawatan. Terdapat tiga ekspektasi yang diharapkan perawat:

<b>No.</b>	<b>Ekspetasi</b>	<b>Definisi</b>
1.	Meningkat	Bertambah dalam ukuran, jumlah, derajat atau tingkat
2.	Menurun	Berkurang dalam ukuran, Jumlah,derajat atau tingkatan
3.	Membaik	Menimbulkan efek yang lebih baik, adekuat atau efektif

Tabel 2.2

### 3. Kriteria Hasil

Merupakan karakteristik pasien yang dapat diamati atau diukur oleh perawat dan dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian oleh perawat dan dijadikan sebagai dasar untuk menilai pencapaian hasil intervensi keperawatan. Variasi penggunaan skala likert (1-3) kriteria hasil luaran keperawatan

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Memburuk</b>	Tetap	Membaik
<b>1</b>	2	3
<b>Meningkat</b>	Tetap	Menurun
<b>1</b>	2	3
<b>Menurun</b>	Tetap	Meningkat

Tabel 2.3

Kriteria hasil juga dapat disebut indikator karena menggambarkan perubahan-perubahan yang ingin dicapai setelah pemberian intervensi keperawatan.

## B. Tinjauan Dokumentasi Keperawatan

### 1. Definisi Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan merupakan suatu bukti laporan dan catatan yang memuat semua data yang diperlukan untuk menentukan diagnosis keperawatan

yang valid sehingga berguna untuk kepentingan klien, perawat, dan tim kesehatan sebagai tanggung jawab perawat (Iqbal et al., 2021).

Dokumentasi keperawatan merupakan salah satu bentuk upaya membina dan mempertahankan akuntabilitas perawatan dan pelayanan keperawatan dimana kualitas asuhan keperawatan tergantung pada akuntabilitas dari individu perawat dalam hal menggunakan proses keperawatan pada pelaksanaan asuhan keperawatan (McCarthy et al., 2019).

Dokumentasi keperawatan terstandardisasi, memberikan umpan balik yang berharga bagi organisasi keperawatan dan profesional kesehatan untuk merencanakan perawatan yang aman, berkualitas, dan mendorong hasil yang positif bagi pasien (Nur et al., 2021).

## 2. Komponen dokumentasi keperawatan

Prabowo (2020) menyebutkan bahwa Dokumentasi keperawatan ini disusun berdasarkan sebuah system yang saling berkaitan satu sama lainnya, yang merupakan sebuah jaringan yang berkesinambungan, komponen keperawatan terdiri dari :

### a. Sarana komunikasi

Komunikasi yang efektif memungkinkan perawat untuk mengkomunikasikan kepada rekan sejawat atau tenaga kesehatan lainnya tentang apa yang sudah, sedang dan yang akan dilakukan. Proses komunikasi yang baik maka akan tercipta relasi yang harmonis antara semua elemen yang membentuk system keperawatan (Prabowo, 2020). Timbulnya rasa saling percaya diantara berbagai pihak membuat pasien akan lebih terbuka terhadap para petugas keperawatan, termasuk keluarga pasien yang mendampingi pasien selama proses keperawatan.

Informasi-informasi yang penting bahkan amat rahasia tentang diri pasien akan mudah didapatkan oleh petugas keperawatan. Selain itu rasa nyaman diantara petugas keperawatan dan pasien serta keluarga pasien akan tercipta selama proses keperawatan terjadi (Suyanti et al., 2021).

b. Dokumentasi proses keperawatan

Proses keperawatan merupakan metode yang digunakan dalam menyelesaikan permasalahan kesehatan yang dihadapi oleh pasien selama masa perawatan. Dokumentasi yang meliputi pengkajian, perumusan diagnosis, intervensi dan implementasi dan evaluasi, Proses ini jika dilakukan dengan baik dan benar maka akan memberikan kontribusi yang positif bagi pasien (Efendy, 2017).

c. Standar keperawatan

Untuk menghasilkan sebuah dokumentasi keperawatan yang baik, selain standar keperawatan yang baik juga dibutuhkan standar pendokumentasian yang bertaraf nasional dan internasional, dengan adanya standar tersebut maka petugas keperawatan memiliki petunjuk serta arah saat melakukan berbagai catatan dan dokumentasi dan memiliki berbagai pola atau format pencatatan yang tepat. Sebuah Dokumentasi yang baik harus mengikuti berbagai karakteristik standar Keperawatan (Dewi et al., 2019).

3. Tujuan dokumentasi keperawatan

a. Tujuan utama dari pendokumentasian sebagai berikut (Indunisiah, 2020):

1. Mengidentifikasi status kesehatan pasien dalam rangka mencatat kebutuhan klien, merencanakan, melaksanakan tindakan keperawatan dan mengevaluasi tindakan
2. Dokumentasi digunakan untuk keperluan hukum, etika, penelitian dan keuangan

b. Tujuan khusus dari dokumentasi keperawatan antara lain (Nursalam, 2017):

1. Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang dilakukan (Pendekatan proses keperawatan)
2. Mendokumentasikan timbang terima (Pergantian shif/jaga)
3. Mendokumentasikan health education melalui dischas planning
4. Mendokumentasikan kegiatan supervisi
5. Mendokumentasikan kegiatan penyelesaian kasus melalui metode Keperawatan

4. Manfaat dokumentasi keperawatan

Adapun manfaat dokumentasi keperawatan (Siegert et al., 2021):

a. Sebagai sarana komunikasi dengan profesi kesehatan lainnya

Dokumentasi keperawatan yang dilakukan secara tepat, akurat dan lengkap dapat berguna untuk membantu koordinasi asuhan keperawatan yang diberikan oleh tim kesehatan, mencegah pengulangan informasi terhadap pasien atau tim kesehatan lainnya, dan membiasakan diri untuk mencatat apa yang telah dilakukan, serta dapat mengurangi berbagai kesalahan tindakan keperawatan yang mungkin terjadi.

b. Mekanisme pertanggung jawaban

- 1) Dokumentasi dapat dijadikan sebagai settle concern (dapat digunakan untuk menjawab ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan yang diterima, dokumentasi yang dicatat secara lengkap tentang apa yang telah dilakukan dapat dijadikan bukti jika ada gugatan dari pasien)
- 2) Dokumentasi yang ditulis dapat menjadi alat pelindung pasien dari tindakan malpraktik yang mungkin dilakukan oleh tenaga keperawatan, Hal ini dapat membuat pasien jadi merasa aman dan nyaman selama proses perawatan
- 3) Dengan catatan yang baik kita dapat menyelamatkan diri kita sendiri, jika terjadi hal yang tidak diinginkan

c. Sebagai kegiatan penelitian

Berbagai informasi yang dituliskan dalam dokumentasi keperawatan dapat digunakan sebagai sumber data untuk kegiatan penelitian, kegiatan ini dilakukan sebagai bagian dari penilaian asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien.

d. Sebagai sarana pendidikan

Dokumentasi yang tercatat dengan baik akan membantu para mahasiswa untuk makin memperluas wawasannya, dengan dokumentasi yang tercatat dengan sistematis mahasiswa khususnya keperawatan dapat mengetahui berbagai tanda, gejala, komplikasi atau berbagai perawatan yang diberikan kepada pasien.

e. Sebagai sarana pembayaran

Dokumentasi tertulis sangat bermanfaat sebagai bukti untuk melakukan berbagai pembayaran, Bagi pasien bukti tertulis dapat digunakan sebagai bukti untuk pihak ketiga yaitu asuransi kesehatan, dengan adanya bukti maka pasien dapat mengajukan klaim kepada pihak asuransi atau perusahaan untuk mendapatkan uang pengganti selama pasien mendapatkan perawatan di rumah sakit

f. Sebagai jaminan kualitas pelayanan

Melalui dokumentasi keperawatan yang tertulis dengan baik dan efisien seluruh tim keperawatan serta pasien itu sendiri, dapat memantau seluruh proses keperawatan, khususnya pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan dari institusi kesehatan. Dengan terpantaunya seluruh kegiatan keperawatan, kualitas pelayanan pun dapat terus terjaga, dan sebagai alat kontrol terhadap kinerja para perawat dan institusi kesehatan itu sendiri (Prabowo, 2020).

g. Sebagai bahan akreditasi institusi kesehatan

Dokumen yang tersusun baik dan rapi serta sesuai pedoman sangat bermanfaat bagi proses akreditasi, proses akreditasi merupakan salah satu cara untuk tetap mempertahankan kualitas pelayanan. Hasil akreditasi yang baik adalah perwujudan bahwa rumah sakit selalu menjaga kualitas pelayanan mereka.

h. Mengidentifikasi status kesehatan pasien

Dokumentasi keperawatan yang tercatat sangat bermanfaat bagi penyembuhan pasien yang sedang dirawat melalui dokumentasi yang tersusun secara baik dan terstandar dapat menentukan berbagai kebutuhan pasien serta evaluasi dari tindakan yang diberikan dapat dilakukan dengan baik (Nursalam, 2017).

## 5. Proses keperawatan

Proses keperawatan adalah pendekatan keperawatan professional yang dilakukan untuk mengidentifikasi, mendiagnosis dan mengatasi respons manusia terhadap kesehatan dan penyakit. Penerapan proses keperawatan yang dilakukan

oleh perawat dapat memberikan perawatan yang tepat dan efektif. Langkah pertama yang dilakukan adalah yaitu pengkajian, penetapan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, intervensi keperawatan dan evaluasi keperawatan (Kusnadi, 2017).

## 6. Pengkajian keperawatan

Pengkajian merupakan proses keperawatan yang dilakukan pertama kali untuk mengumpulkam data/informasi secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan untuk menentukan status kesehatan dan fungsional kerja serta respons klien pada saat ini dan sebelumnya.

Tujuan dari pengkajian keperawatan adalah untuk menyusun data base atau data dasar untuk menyusun kebutuhan pasien, masalah pasien dan respon pasien terhadap masalah (Suyanti et al., 2021).

Adapun kriteria proses meliputi:

1. Pengumpulan data dilakukan dengan cara anamnesis, observasi, pemeriksaan fisik, serta studi dokumentasi hasil pemeriksaan penunjang
2. Sumber data adalah klien, keluarga, atau orang yang terkait, tim kesehatan, rekam medis dan catatan lain
3. Data yang dikumpulkan difokuskan untuk mengidentifikasi:
  - Status kesehatan klien masa lalu
  - Status kesehatan klien saat ini
  - Status bio-psikologis-sosial-spiritual
  - Respon terhadap terapi
  - Harapan terhadap tingkat kesehatan yang optimal
  - Resiko resiko tinggi masalah

Untuk melakukan langkah pertama ini dibutuhkan sebuah kemampuan dan pengetahuan oleh perawat, yaitu observasi secara sistematis pada pasien, kemampuan berkomunikasi secara verbal maupun nonverbal, kemampuan menjadi pendengar yang baik, kemampuan membangun suatu trust serta kemampuan untuk melakukan pengkajian fisik keperawatan (Rico-Blázquez et al., 2021).

## 7. Diagnosis keperawatan

Setelah dilakukan tahap pengkajian keperawatan, tahap selanjutnya adalah penetapan diagnosis keperawatan. Proses keperawatan pada tahap ini adalah membentuk kesimpulan diagnosis yang akan menentukan pelayanan keperawatan yang akan diterima oleh pasien. Kesimpulan dari diagnosis keperawatan meliputi masalah yang ditangani oleh perawat (masalah keperawatan) dan masalah yang memerlukan penanganan dari berbagai disiplin keilmuan (masalah kolaborasi) (Suyanti et al., 2021).

Proses diagnosis keperawatan merupakan hasil analisis dan identifikasi perawat dari respons yang diberikan oleh klien terhadap masalah pelayanan kesehatan. Formulasi diagnosis keperawatan adalah bagaimana diagnosis ini dapat digunakan untuk pemecahan masalah keperawatan sebagai identifikasi masalah yang membutuhkan asuhan keperawatan. Dengan menentukan etiologi masalah maka dapat dijumpai faktor yang menjadi kendala atau penyebab. (Indunisiah, 2020).

Tujuan diagnosis keperawatan menurut (Saraswasta et al., 2020):

1. Mengidentifikasi masalah yang dialami oleh klien respon klien terhadap penyakit, program pengobatan dan tersdiagnostik
2. Mengidentifikasi factor-faktor yang menunjang atau menyebabkan suatu masalah (mengidentifikasi etiologi)
3. Mengidentifikasi keadaan klien termasuk kemampuan klien untuk mencegah atau menyelesaikan masalah yang dialami (mengidentifikasi tanda dan gejala).

Komponen diagnosis keperawatan

### 1. Problem/Masalah (P)

Masalah adalah kesenjangan atau penyimpangan dari keadaan normal yang seharusnya tidak terjadi, yang merupakan gambaran keadaan klien dalam memberikan tindakan keperawatan. Masalah keperawatan disusun dengan menggunakan 3S yang dikeluarkan oleh PPNI yang telah disepakati bersama.

Ciri-ciri masalah keperawatan

- a. Merupakan respon pasien terhadap penyakit, program pengobatan dan tes diagnostik
- b. Masalah terkait dengan pemenuhan kebutuhan hidup manusia
- c. Ada intervensi keperawatan untuk menyelesaikan masalah keperawatan

## 2. Etiologi atau penyebab (E)

Keadaan ini menunjukkan penyebab keadaan atau masalah keperawatan yang memberikan arah terapi keperawatan. Penyebab suatu masalah meliputi perilaku, lingkungan, interaksi antara perilaku dan lingkungan.

Unsur-unsur dalam identifikasi etiologi:

- a) Patofisiologi penyakit
- b) Situasional (personal dan lingkungan)
- c) Medikasi

## 3. Maturasional (Remaja, Lansia) sign dan symptom (S /Tanda dan Gejala)

## 4. Ciri dan tanda atau gejala merupakan informasi untuk menentukan rumus diagnosis keperawatan atau batasan karakteristik

Karakteristik diagnosis keperawatan

- a. Diagnosis keperawatan aktual
- b. Diagnosis keperawatan risiko atau risiko tinggi
- c. Diagnosis keperawatan sejahtera (Potensial untuk meningkatkan kesehatan klien)
- d. Diagnosis keperawatan sindrom (Tasew et al., 2019).

## 8. Perencanaan keperawatan

Setelah mengidentifikasi diagnosis keperawatan, tahap selanjutnya adalah penetapan rencana asuhan keperawatan. Perencanaan merupakan bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan yang dijadikan sebagai pedoman untuk mengarahkan tindakan keperawatan dalam usaha membantu,

meringankan, memecahkan masalah atau untuk memenuhi kebutuhan klien (Tasew et al., 2019).

Perawat menyusun perencanaan keperawatan berdasarkan rumusan diagnosis keperawatan yang merupakan petunjuk dalam membuat tujuan dan intervensi keperawatan untuk mencegah dan menurunkan atau mengeliminasi masalah kesehatan klien (Indunisiah, 2020).

Tujuan perencanaan keperawatan adalah (Awaliyani et al., 2021):

1. Tujuan administratif

- a. Untuk mengidentifikasi fokus keperawatan kepada klien atau kelompok
- b. Untuk membedakan tanggung jawab perawat dan profesi kesehatan lainnya
- c. Untuk menyediakan suatu kriteria guna pengulangan dan evaluasi keperawatan
- d. Untuk menyediakan kriteria hasil pasien

2. Tujuan Klinik

- a. Menyediakan suatu pedoman penulisan
- b. Mengkomunikasikan dengan staf perawat apa yang diajarkan apa yang diobservasi, dan apa yang dilaksanakan
- c. Menyediakan kriteria hasil sebagai pengulangan dan evaluasi keperawatan
- d. Rencana tindakan yang spesifik secara langsung bagi individu, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya untuk melaksanakan tindakan.

Prosedur perumusan perencanaan keperawatan (Prabowo, 2020):

- a. Menetapkan prioritas masalah
- b. Penentuan tujuan hasil yang diharapkan
- c. Penentuan rencana tindakan

9. Pelaksanaan keperawatan

Intervensi keperawatan yang dilakukan oleh perawat berdasarkan pertimbangan dan pengetahuan klinis yang dimiliki berupa perawat langsung dan tidak langsung. Penanganan langsung adalah penanganan yang dilaksanakan setelah berinteraksi dengan pasien. Penanganan tidak langsung adalah

penanganan yang dilakukan tanpa adanya pasien namun tetap bersifat representative untuk klien.

1. Pelaksanaan tindakan keperawatan
  - a. Intervensi keperawatan independen
  - b. Intervensi keperawatan dependen
  - c. Intervensi keperawatan kolaboratif
2. Proses implementasi pelaksanaan keperawatan
3. Pengkajian ulang terhadap pasien
  - a. Meninjau dan merevisi rencana asuhan keperawatan yang ada
  - b. Mengorganisasi sumber daya dan pemberian asuhan
  - c. Mengantisipasi dan pencegahan komplikasi
  - d. Mengimplementasikan intervensi

#### 10. Evaluasi keperawatan

Evaluasi dilakukan dengan membandingkan antara hasil akhir yang diamati dan tujuan atau kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Saraswasta et al., 2020). Proses evaluasi perawat membuat keputusan klinis dan terus menerus dan mengarahkan kembali asuhan keperawatan. Perawat juga dapat membandingkan perilaku dan respon pasien sebelum dan sesudah dilakukan asuhan keperawatan. Berfikir kritis dapat mengarahkan perawat untuk menganalisis temuan berdasarkan evaluasi.

Macam-macam evaluasi menurut (Prabowo, 2020):

##### 1. Evaluasi formatif

Evaluasi formatif berfokus pada aktifitas proses keperawatan dan hasil tindakan keperawatan yang disebut dengan evaluasi proses. Evaluasi formatif harus segera dilakukan setelah perawat melaksanakan tindakan keperawatan

##### 2. Evaluasi sumatif

Evaluasi sumatif atau evaluasi hasil merupakan evaluasi respon (jangka panjang) terhadap tujuan, Bagaimana penilaian terhadap perkembangan kemajuan kearah tujuan atau hasil akhir yang diinginkan. Metode yang

digunakan pada evaluasi jenis ini adalah wawancara, menanyakan respon pasien terkait layanan keperawatan yang dilakukan, observasi dan pemeriksaan fisik (Malawat et al., 2021).

Tujuan evaluasi:

1. Melihat dan menilai kemampuan klien dalam mencapai tujuan
2. Menentukan apakah tujuan keperawatan telah tercapai atau belum
3. Mengkaji penyebab jika tujuan asuhan keperawatan belum tercapai

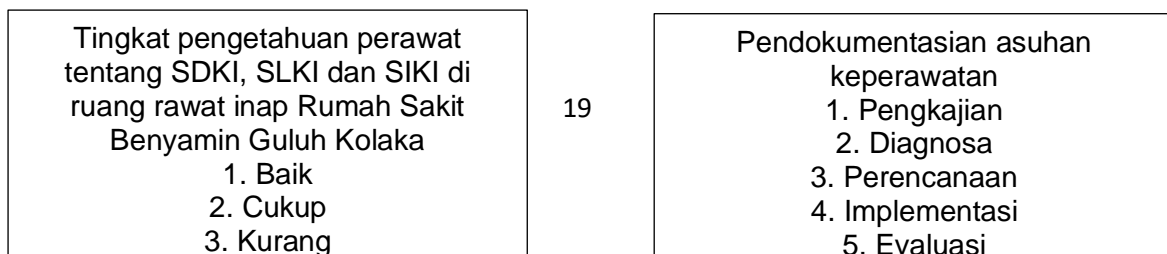
Proses evaluasi:

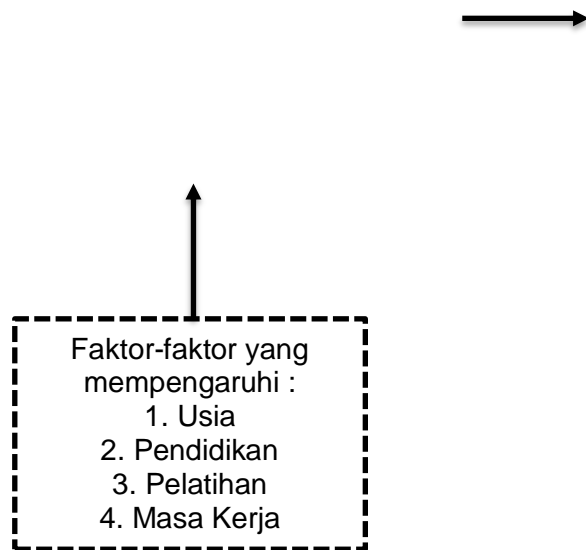
1. Mengumpulkan data evaluasi
2. Interpretasi dan menyimpulkan temuan
3. Modifikasi rencana keperawatan

### **BAB III**

## **KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS**

### **A. Kerangka Konseptual**





Gambar 3.1  
Kerangka Konsep

## B. Hipotesis

Hipotesis dalam penelitian ini adalah ada pengaruh tingkat pengetahuan tentang SDKI, SLKI dan SIKI terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan.

## BAB IV METODE PENELITIAN

### A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskripsi analitik dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian deskriptik bertujuan memaparkan peristiwa-peristiwa penting yang terjadi pada masa kini. Deskripsi, peristiwa dilakukan secara sistematis dan lebih menekankan pada data faktual daripada penyimpulan. Penelitian yang menekankan pada waktu pengukuran atau observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat, dan dinilai secara simultan pada suatu saat jadi tidak ada *follow up* (Nursalam, 2013).

## **B. Populasi, Sampel dan Sampling**

### **1. Populasi**

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat di ruang rawat inap dan ruang ICU Rumah Sakit Benyamin Guluh Kolaka.

### **2. Sampel**

Sampel penelitian ini adalah perawat yang memenuhi kriteria inklusi, kriteria eksklusi dan kriteria *drop out*.

Kriteria inklusi penelitian ini sebagai berikut :

- a. Perawat primer dan pelaksana dengan jenjang karir minimal PK I
- b. Bekerja di ruang rawat inap dan ruang ICU

Kriteria eksklusi penelitian ini sebagai berikut :

- a. Menduduki jabatan struktural
- b. Perawat sedang cuti atau sakit saat dilakukan penelitian
- c. Perawat sedang mengikuti pelatihan/tugas belajar

Kriteria *drop out* adalah responden yang ditengah penelitian mengalami sakit atau cuti.

### **3. Sampling**

Teknik sampling yang digunakan pada penelitian ini adalah *non probability sampling: purposive sampling* yaitu metode pemilihan sampel yang dilakukan berdasarkan maksud dan tujuan tertentu yang ditentukan oleh peneliti.

### C. Variabel Penelitian

#### 1. Variabel Independen

Variabel independen dalam penelitian ini adalah pengetahuan tentang SDKI, SLKI dan SIKI

#### 2. Variabel Dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kinerja pendokumentasian asuhan keperawatan

#### 3. Definisi Operasional

Definisi operasional masing-masing variabel penelitian ini dapat dilihat dalam tabel berikut ini:

No.	Variabel	Definisi Operasional	Cara dan Alat Pengumpulan Data	Hasil Pengukuran	Skala Ukur
1.	Variabel Independen: Pengetahuan perawat	Pengetahuan merupakan hasil tahu setelah perawat melakukan pengindraan terhadap suatu masalah yang terjadi pada pasien sehingga mampu untuk merumuskan diagnosis keperawatan berbasis SDKI, menyusun perencanaan sesuai SLKI dan SIKI di ruang rawat inap dan ICU Rumah Sakit Benyamin Guluh Kolaka.	Cara pengumpulan data yaitu dengan cara responden mengisi sendiri kuesioner yang di berikan. Alat pengumpulan data yang di gunakan yaitu Kuisisioner pengetahuan perawat.	Semakin tinggi skor yang diperoleh, maka semakin baik tingkat pengetahuan perawat. Sedangkan semakin rendah skor yang diperoleh, maka tingkat pengetahuan yang dimiliki oleh perawat rendah. Dikategorikan sebagai berikut : Baik, bila subyek menjawab benar $\geq 75\%$ seluruh pertanyaan. Cukup, bila subyek menjawab benar $56\% - 74\%$ seluruh pertanyaan. Kurang, bila subyek menjawab benar $<56\%$	Interval
2.	Variabel Dependen: Pendokumentasian asuhan keperawatan	Hasil kerja pendokumentasian asuhan keperawatan yang meliputi pengkajia, diagnosa, perencanaan,	Cara pengumpulan data yaitu dengan cara responden mengisi sendiri kuesioner yang di berikan. Alat pengumpulan data	Semakin tinggi skor yang diperoleh, maka semakin baik pendokumentasian asuhan keperawatan. Sedangkan semakin	Ordinal

		implementasi dan evaluasi.	yang di gunakan yaitu Kuisisioner pendokumentasian asuhan keperawatan.	rendah skor yang diperoleh, maka pendokumentasian asuhan keperawatan kurang. Dikategorikan sebagai berikut : Kurang : 0-59 Cukup : 60-79 Baik : 80-100	
--	--	----------------------------	--	---	--

#### D. Pengumpulan dan Analisa Data

##### 1. Metode Pengumpulan Data

Responden yang terpilih sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi kemudian diberi laman *Google form* yang berisi daftar pertanyaan yang digunakan untuk mengukur tingkat pengetahuan perawat tentang kelengkapan pendokumentasian diagnosis keperawatan berbasis SDKI, SLKI dan SIKI.

##### 2. Instrumen Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data pada penelitian ini akan dijelaskan yaitu sebagai berikut :

##### a. Kuesioner Pengetahuan

Lembar kuesioner ini terdiri dari 2 bagian yaitu data demografi responden yang berisi nama, umur, jenis kelamin, pendidikan, lama masa kerja, pelatihan, jenjang karir dan pernyataan kuesioner. Kuesioner pengetahuan diukur menggunakan lembar kuesioner yang dikembangkan oleh peneliti sendiri berdasarkan panduan buku SDKI, SLKI dan SIKI yang telah dilakukan uji validitas. Pada kuesioner pengetahuan perawat terdapat 15 pertanyaan berupa pilihan ganda (*multiple choice question*) tentang kelengkapan diagnosis keperawatan berbasis SDKI, perencanaan keperawatan berbasis SLKI dan SIKI. Jika jawaban yang dipilih benar maka diberi skor 1 dan jika jawaban yang dipilih salah maka diberi skor 0. Total skor pada kuesioner ini ada pada rentang 0-15. Minimal skor adalah 0 dan maksimal skor adalah 15. Semakin tinggi skor yang diperoleh maka semakin baik tingkat pengetahuan

perawat dan semakin rendah skor yang diperoleh maka tingkat pengetahuan yang dimiliki perawat rendah.

b. Kuesioner Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Lembar ini terdiri dari 25 item penilaian yang terbagi menjadi : pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Dengan kriteria penilaian; Baik = 80-100, Cukup = 60-79, Kurang = 0-59.

3. Analisa Data

a. Analisa Univariat

Variabel dalam penelitian ini adalah pengetahuan perawat dan kinerja pendokumentasian asuhan keperawatan berbasis SDKI, SLKI dan SIKI di ruang rawat inap dan ICU di Rumah Sakit Benyamin Guluh Kolaka.

1) Analisa data pengetahuan perawat

Untuk menilai pengetahuan perawat menggunakan soal pilihan ganda dengan 4 pilihan jawaban. Jika responden menjawab benar maka diberi skor 1 dan jika menjawab salah diberi skor 0. Setelah skoring tiap jawaban dilakukan, skor yang diperoleh dijumlahkan keseluruhannya. Pada penelitian ini variabel pengetahuan perawat disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

2) Analisa data kinerja pendokumentasian asuhan keperawatan berbasis SDKI, SLKI dan SIKI

Untuk menilai pendokumentasian asuhan keperawatan terdiri atas pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Setiap pernyataan diberi angka 0 jika Tidak, 1 jika Jarang, 2 jika Kadang, 3 jika Sering, dan 4 jika Selalu. Setelah skoring tiap jawaban dilakukan, skor yang diperoleh dijumlahkan keseluruhannya. Pada penelitian ini variabel kelengkapan pendokumentasian diagnosis keperawatan disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

b. Analisa Bivariat

Analisa bivariat adalah analisis yang dilakukan untuk mengetahui hubungan antara dua variabel yang diteliti. Pengujian hipotesis untuk mengambil

keputusan apakah hipotesis yang diujikan cukup meyakinkan ditolak atau diterima. Pada penelitian ini hasil ukur berupa numerik, sehingga perlu dilakukan uji normalitas untuk mengetahui data berdistribusi normal atau tidak. Uji normalitas yang digunakan adalah Kolmogorove Smirnov karena jumlah sampel lebih dari 50 responden.

Pada analisa data yang dilakukan oleh peneliti didapatkan nilai p-value  $< 0,001$  yang artinya nilai p-value  $< 0,05$  sehingga dikatakan data tidak berdistribusi normal, maka uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini yaitu Spearman's Rho (Swarjana, 2015). Untuk melihat kemaknaan perhitungan statistik maka di jelaskan sebagai berikut :

1) Nilai signifikansi hipotesis

(Menurut Swarjana, 2016) Nilai signifikansi hipotesis yaitu :

- a. Jika nilai signifikansi (sig)  $< \alpha$  (0,05), maka  $H_a$  diterima merupakan hipotesis yang menyatakan adanya perbedaan atau hubungan diantara dua atau lebih variabel.
- b. Jika nilai signifikansi (sig)  $> \alpha$  (0,05), maka  $H_a$  ditolak merupakan hipotesis tidak adanya hubungan antara perbedaan atau hubungan diantara variabel

2) Arah korelasi

(Menurut Sugiyono 2017) sifat korelasi dapat dibedakan menjadi 2, yaitu:

- a. Arah hubungan positif (+) berarti jika variabel X mengalami kenaikan maka variabel Y juga akan mengalami kenaikan atau sebaliknya, jika variabel X mengalami penurunan maka variabel Y juga akan mengalami penurunan.
- b. Arah korelasi negatif (-) berarti jika variabel X mengalami kenaikan maka variabel Y mengalami penurunan begitu pula sebaliknya, jika variabel x mengalami penurunan maka variabel Y mengalami kenaikan.

3) Kekuatan korelasi

(Menurut Sugiyono, 2017), kekuatan korelasi sebagai berikut :

- a. 0,00 berarti tingkat hubungan sangat rendah

- b. 0,20-0,399 berarti tingkat hubungan rendah.
- c. 0,40-0,599 berarti tingkat hubungan sedang.
- d. 0,60-0,799 berarti tingkat hubungan kuat.
- e. 0,80-1,000 berarti tingkat hubungan sangat kuat.

## **E. Lokasi dan Waktu Penelitian**

### 1. Lokasi Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Ruang Rawat Inap Kelas I, VVIP, VIP, Kelas 2/3, Perawatan Nifas, Perinatologi, Ruang ICU Rumah Sakit Benyamin Guluh Kolaka.

### 2. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan bulan Mei hingga Juni 2025.

## **F. Etik Penelitian**

Etik penelitian di jabarkan sebagai berikut :

### 1. Lembar persetujuan (*Informed Consent*)

Lembar persetujuan adalah suatu lembar yang berisikan tentang permintaan persetujuan kepada calon responden pada penelitian ini dengan membutuhkan tanda tangan pada lembar *Informed Consent* tersebut. Pada saat penelitian dilakukan, *Informed Consent* diberikan sebelum responden mengisi lembar kuesioner dengan tujuan agar responden mengerti maksud dan tujuan penelitian serta mengetahui dampak dari penelitian tersebut. Semua responden bersedia menandatangani *informed consent*.

### 2. Tanpa nama (*anonimity*)

*Anonimity* merupakan masalah etika dalam penelitian keperawatan dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden dalam alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data (kuesioner) tersebut sehingga kerahasiaan data responden akan tetap terjaga. Peneliti sudah menuliskan kode nama pada alat ukur yang dipakai pada lembar pengumpulan data.

### 3. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Kerahasiaan merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan pada hasil penelitian.

4. Menghargai martabat manusia

Dalam hal ini, peneliti harus memegang prinsip yaitu menghormati harkat martabat manusia, terutama terkait dengan:

a. *Self determination*

Peneliti sudah memberikam hak sepenuhnya terhadap responden untuk memutuskan secara sukarela apakah responden ingin berpartisipasi dalam penelitian ini atau tidak, tanpa berisiko untuk dihukum, dipaksa atau diperlakukan tidak adil. Peneliti sudah memberikan hak sepenuhnya kepada responden untuk berpartisipasi dan tidak melakukan intervensi dalam pengisian kuesioner.

b. *Full disclosure* (mendapat penjelasan lengkap)

Peneliti sudah menjelaskan secara penuh tentang sifat penelitian, hak subjek untuk menolak berperan serta, tanggung jawab penelitian serta kemungkinan risiko dan manfaat yang bisa terjadi.

## **BAB V**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Hasil**

Hasil analisa data tentang persepsi perawat tentang hubungan pengetahuan SDKI, SLKI dan SIKI terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah Sakit Benyamin Guluh Kolaka sebagai berikut.

#### 1. Karakteristik Responden

Karakteristik responden pada penelitian tentang hubungan pengetahuan SDKI, SLKI dan SIKI terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah Sakit Benyamin Guluh Kolaka dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 4.1 Karakteristik Responden (N=50)

<b>Karakteristik</b>	<b>Frekuensi (%)</b>
<b>Usia</b>	
Mean (SD)	36,46(5,31)
<b>Jenis Kelamin</b>	
Laki-laki	6(12)
Perempuan	44(88)
<b>Pendidikan Terakhir</b>	
D3 Keperawatan	22(44)
S1 Keperawatan	7(14)
Profesi Ners	21(42)
<b>Level Jenjang Karir</b>	
PK 0	3(6)
PK I	11(22)
PK II	23(46)
PK III	9(18)
PK IV	4(8)
<b>Pernah Mengikuti Pelatihan SDKI, SLKI dan SIKI</b>	
Ya	20(40)
Tidak	30(60)

Tabel ini menunjukkan bahwa rata-rata usia responden adalah 36,46 tahun dengan standar deviasi 5,31, menunjukkan bahwa mayoritas responden berada pada usia produktif. Berdasarkan jenis kelamin, sebagian besar responden adalah perempuan (88%), sedangkan laki-laki hanya 12%.

Dilihat dari pendidikan terakhir, responden paling banyak berasal dari lulusan D3 Keperawatan (44%), diikuti oleh Profesi Ners (42%), dan S1 Keperawatan (14%). Untuk jenjang karir, mayoritas berada pada PK II (46%), diikuti oleh PK I (22%), PK III (18%), PK IV (8%), dan PK 0 (6%).

Terkait pengalaman pelatihan, hanya 40% responden yang pernah mengikuti pelatihan terkait SDKI, SLKI, dan SIKI, sedangkan 60% belum pernah mengikuti pelatihan tersebut. Hal ini dapat berdampak pada pemahaman dan keterampilan dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan.

## 2. Distribusi Frekuensi Pengetahuan SDKI, SLKI dan SIKI dan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Hasil distribusi Pengetahuan SDKI, SLKI dan SIKI dan Kinerja Pendokumentasian Asuhan Keperawatan dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 2. Distribusi Pengetahuan SDKI, SLKI dan SIKI dan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan (N = 50)

<b>Variabel</b>	<b>Frekuensi (%)</b>
<b>Pengetahuan SDKI, SLKI dan SIKI</b>	
Baik	31(62)
Cukup	16(32)
Kurang	3(6)
<b>Pendokumentasian Asuhan Keperawatan</b>	
Baik	39(78)
Cukup	11(22)
Kurang	0

Pada tabel ini, terlihat bahwa sebagian besar responden memiliki pengetahuan yang baik (62%) tentang SDKI, SLKI, dan SIKI, sementara 32% memiliki pengetahuan cukup, dan hanya 6% yang kurang.

Dari sisi pendokumentasian asuhan keperawatan, mayoritas responden menunjukkan pendokumentasian baik (78%), sedangkan 22% cukup, dan tidak ada yang menunjukkan kurang. Ini menunjukkan bahwa secara umum, perawat telah menerapkan pendokumentasian dengan cukup baik, meskipun masih ada ruang untuk peningkatan, terutama bagi yang berada pada kategori cukup.

## 3. Hubungan Pengetahuan SDKI, SLKI, dan SIKI terhadap Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Hasil uji biavariat pada hubungan pengetahuan SDKI, SLKI, dan SIKI terhadap Pendokumentasian asuhan keperawatan dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 3. Hubungan Pengetahuan SDKI, SLKI, dan SIKI terhadap Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Variabel	Pendokumentasi Asuhan Keperawatan		p value
	Baik	Cukup	
<b>Pengetahuan SDKI, SLKI dan SIKI</b>			
Baik	25(80,6%)	6(19,4%)	0,152*
Cukup	13(81,3%)	3(18,7%)	
Kurang	1(33,3%)	2(66,7%)	
<b>Total</b>	39	11	

\*Uji *Chi-Square*

Hasil uji *chi-square* menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan tentang SDKI, SLKI, dan SIKI dengan pendokumentasian asuhan keperawatan, dengan nilai  $p = 0,152$  ( $p > 0,05$ ).

Secara deskriptif:

- Responden dengan pengetahuan baik sebagian besar memiliki pendokumentasian baik (80,6%).
- Responden dengan pengetahuan cukup juga menunjukkan kinerja pendokumentasian baik (81,3%).
- Namun, dari responden yang pengetahuannya kurang, hanya 33,3% yang memiliki pendokumentasian baik, sedangkan 66,7% memiliki pendokumentasian cukup.

Meskipun tampak perbedaan proporsi, secara statistik hubungan tersebut tidak signifikan. Hal ini menunjukkan bahwa pengetahuan saja belum tentu berbanding lurus dengan pendokumentasian, dan mungkin terdapat faktor lain seperti pengalaman kerja, beban kerja, atau dukungan manajemen yang memengaruhi hasil dokumentasi.

## B. Pembahasan

## 1. Karakteristik Responden

Karakteristik responden dalam penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar perawat berada pada usia dewasa produktif, dengan rata-rata usia 36,46 tahun. Usia ini tergolong dalam fase dewasa pertengahan, yang menurut Hurlock (2015)(Hurlock, 2015), merupakan masa di mana individu telah mencapai stabilitas emosional dan kemampuan profesional yang matang. Dalam konteks keperawatan, usia ini dianggap ideal karena perawat telah memiliki pengalaman kerja dan kematangan dalam pengambilan keputusan klinis (Anggraeni et al., 2020).

Berdasarkan jenis kelamin, sebagian besar responden adalah perempuan (88%). Hasil ini sesuai dengan kondisi umum profesi keperawatan di Indonesia yang masih didominasi oleh perempuan. Studi dari (Kementerian Kesehatan RI, 2021)(Kementerian Kesehatan RI, 2021) mencatat bahwa sekitar 85% tenaga keperawatan di Indonesia berjenis kelamin perempuan. Hal ini mencerminkan persepsi sosial terhadap keperawatan sebagai profesi yang lekat dengan peran keibuan dan perawatan, meskipun tren laki-laki dalam profesi ini mulai meningkat.

Dilihat dari pendidikan terakhir, mayoritas responden merupakan lulusan D3 Keperawatan (44%) dan Profesi Ners (42%). Tingginya proporsi perawat Ners menunjukkan bahwa tenaga keperawatan di rumah sakit tempat penelitian telah memenuhi salah satu standar kompetensi profesional, yakni jenjang pendidikan yang lebih tinggi. Menurut Undang-Undang Tentang Keperawatan No.38 Tahun 2014 (2014), pendidikan profesi Ners merupakan syarat untuk praktik keperawatan mandiri dan pengambilan keputusan klinis secara komprehensif.

Pada variabel jenjang karir, mayoritas responden berada di PK II (46%), menunjukkan bahwa perawat telah berada dalam tahap pengembangan kompetensi dengan tanggung jawab mandiri dalam memberikan asuhan keperawatan. Jenjang karir fungsional keperawatan dirancang untuk meningkatkan mutu layanan dan pengembangan profesional berkelanjutan (Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia No. 1 Tahun 2022 Tentang Jabatan Fungsional Pengantar Kerja, 2022). Jenjang PK II mengindikasikan bahwa perawat telah memiliki

pengalaman dan tanggung jawab pelayanan yang lebih luas dibanding PK I atau PK 0.

Terkait pengalaman pelatihan, sebanyak 60% responden belum pernah mengikuti pelatihan terkait dokumentasi berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI. Padahal, pelatihan merupakan salah satu strategi penting dalam peningkatan kualitas dokumentasi keperawatan. Menurut Kartini & Ratnawati (2022), pelatihan berperan signifikan dalam meningkatkan kepatuhan dan ketepatan perawat dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan berbasis standar nasional. Kurangnya pelatihan dapat menyebabkan pemahaman yang terbatas, dan berdampak pada mutu dokumentasi serta kontinuitas asuhan.

## **2. Hubungan Pengetahuan SDKI, SLKI dan SIKI terhadap Pendokumentasian Asuhan Keperawatan**

Berdasarkan hasil penelitian, diketahui bahwa sebagian besar responden memiliki pengetahuan yang baik tentang SDKI, SLKI, dan SIKI, yaitu sebanyak 62%. Responden dengan pengetahuan cukup berjumlah 32%, sedangkan yang memiliki pengetahuan kurang hanya 6%. Temuan ini menunjukkan bahwa mayoritas perawat di Rumah Sakit Benyamin Guluh Kolaka telah memiliki pemahaman yang memadai terkait standar dokumentasi keperawatan yang berbasis nasional.

Pengetahuan yang baik tentang dokumentasi keperawatan menjadi aspek penting dalam menjamin keselamatan pasien, meningkatkan komunikasi tim kesehatan, dan menjamin kontinuitas asuhan. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 Tentang Keselamatan Pasien (2017), dokumentasi yang tepat dan sesuai standar merupakan indikator mutu layanan keperawatan. Hal ini sejalan dengan penelitian oleh Aini & Maryam (2023) yang menyatakan bahwa perawat dengan pengetahuan tinggi tentang SDKI, SLKI, dan SIKI lebih cermat dan lengkap dalam mendokumentasikan tindakan keperawatan.

Sementara itu, hasil kinerja pendokumentasian menunjukkan bahwa 78% responden berada pada kategori baik, dan 22% cukup, tanpa ada yang tergolong

dalam kategori kurang. Ini mengindikasikan bahwa secara umum perawat telah menerapkan dokumentasi yang sesuai standar. Namun demikian, masih terdapat 22% perawat dengan kinerja dokumentasi yang belum optimal, yang mungkin disebabkan oleh beban kerja tinggi, kurangnya pelatihan, atau kurangnya supervisi langsung di unit kerja (Yuliantanti & Wulandari, 2025).

Analisis hubungan antara pengetahuan tentang SDKI, SLKI, dan SIKI dengan kinerja pendokumentasian menggunakan uji chi-square menghasilkan nilai  $p = 0,152$ , yang berarti tidak terdapat hubungan yang signifikan secara statistik antara kedua variabel tersebut ( $p > 0,05$ ). Meskipun secara deskriptif tampak bahwa sebagian besar perawat dengan pengetahuan baik menunjukkan kinerja dokumentasi yang baik (80,6%), dan responden dengan pengetahuan cukup juga menunjukkan proporsi yang tinggi (81,3% dokumentasi baik), namun data ini tidak cukup untuk menunjukkan hubungan yang bermakna secara statistik.

Salah satu kemungkinan dari tidak signifikannya hubungan ini adalah karena adanya variabel perancu lain yang belum diteliti, seperti pengalaman kerja, beban kerja harian, ketersediaan waktu untuk dokumentasi, dan sistem monitoring mutu dokumentasi di unit kerja. Hal ini didukung oleh studi Hasmi et al. (2018) & Rachman & Agusta (2024) yang menemukan bahwa selain pengetahuan, faktor supervisi kepala ruangan, motivasi, dan insentif juga sangat memengaruhi kualitas dokumentasi keperawatan. Selain itu, adanya keseragaman jawaban pada variabel kinerja dokumentasi (semua dalam kategori baik dan cukup) dapat menyebabkan distribusi data yang kurang merata, sehingga uji statistik menjadi kurang sensitif dalam mendeteksi hubungan.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

#### **A. Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian, dapat disimpulkan bahwa mayoritas perawat di Rumah Sakit Benyamin Guluh Kolaka memiliki karakteristik usia produktif dengan tingkat pendidikan dan jenjang karir yang bervariasi. Sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan dan belum pernah mengikuti pelatihan terkait dokumentasi SDKI, SLKI, dan SIKI. Meskipun demikian, mayoritas responden memiliki pengetahuan yang baik tentang dokumentasi standar keperawatan dan menunjukkan kinerja pendokumentasian yang tergolong baik. Hal ini mencerminkan bahwa tenaga keperawatan di rumah sakit tersebut telah memiliki pemahaman dasar yang cukup kuat terhadap standar nasional dokumentasi asuhan keperawatan.

Namun, hasil analisis bivariat menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pengetahuan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan ( $p = 0,152$ ). Meskipun secara deskriptif terlihat kecenderungan bahwa semakin baik pengetahuan maka semakin baik pula pendokumentasian, namun hubungan tersebut tidak cukup kuat secara statistik. Hal ini mengindikasikan bahwa peningkatan kualitas dokumentasi tidak hanya dipengaruhi oleh aspek kognitif seperti pengetahuan, tetapi juga oleh faktor lain seperti pengalaman kerja, pelatihan, beban kerja, dan sistem supervisi. Oleh karena itu, strategi peningkatan mutu dokumentasi keperawatan perlu melibatkan pendekatan yang menyeluruh dan berkelanjutan.

## **B. Saran**

Berdasarkan hasil penelitian ini, disarankan agar pihak manajemen rumah sakit secara aktif menyelenggarakan pelatihan rutin dan terstruktur terkait dokumentasi keperawatan berbasis SDKI, SLKI, dan SIKI untuk seluruh perawat, terutama bagi mereka yang belum pernah mengikuti pelatihan sebelumnya. Selain itu, perlu dilakukan penguatan sistem supervisi dan evaluasi berkala terhadap kualitas dokumentasi guna memastikan penerapan standar dilakukan secara konsisten. Pengembangan jenjang karir dan pemberian umpan balik positif juga dapat menjadi strategi untuk meningkatkan motivasi perawat dalam melakukan dokumentasi yang akurat, lengkap, dan sesuai standar nasional.

## **DAFTAR PUSTAKA**

Aini, L. N., & Maryam, S. (2023). Hubungan pengetahuan perawat tentang sdki siki dan slki dengan kepatuhan pendokumentasian dirumah sakit dr. soedarsono pasuruan.

*Jurnal Kesehatan Mandira Cendikia*, 3(1), 39–49.

- Anggraeni, Asiah, N. N., & Sapriana. (2020). Faktor-Faktor Yang Berhubungan dengan Kinerja Perawat dalam Pendokumentasian Proses Keperawatan di Rumah Sakit La Temmamala Kabupaten Soppeng. *SEIKO: Journal of Management & Business*, 3(3), 218–226. <https://journal.stieamkop.ac.id/index.php/seiko/article/view/2193%0Ahttps://journal.stieamkop.ac.id/index.php/seiko/article/download/2193/1452>
- Apriani, B. N., & Hadi, I. (2023). Nursing documentation and its relationship with perceived nursing workload: Cross Sectional Study. *Jurnal Ilmiah STIKES Yarsi Mataram*, 13(1), 44–55. <https://doi.org/10.57267/jisym.v13i1.234>
- Awaliyani, V. A., Pranatha, A., & Wulan, N. (2021). Pengaruh Penggunaan Buku Sdki, Siki Dan Siki Terhadap Peningkatan Pengetahuan Perawat Dalam Membuat Dokumentasi Keperawatan Berbasis Sdki, Siki Dan Siki Di Rumah Sakit Kmc Kuningan Tahun 2021. *Journal of Nursing Practice and Education*, 2(1), 22–32. <https://doi.org/10.34305/jnpe.v2i1.334>
- Dewi, A., Ningrum, B. S., & Hariyati, R. T. S. (2019). Dampak Penerapan Sistem Pencatatan Keperawatan Elektronik: Literatur Review. *Jurnal Surya: Jurnal Media Komunikasi Ilmu Kesehatan*, 11(44), 40–46. <https://doi.org/10.38040/js.v11i03.50>
- Efendy, M. A. (2017). Analisis Penerapan Standar Dokumentasi Keperawatan dengan Kualitas Pelayanan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Gambiran. *STRADA Jurnal Ilmiah Kesehatan.*, 6(1), 24–30.
- Hasmi, N., Mattalatta, & Trimaya. (2018). Pengaruh kompetensi , motivasi dan insentif perawat terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Wisata UIT Makassar. *Yume: Journal of Management*, 1(2), 149–161.
- Hurlock, E. B. (2015). *Psikologi Perkembangan: Suatu Pendekatan Sepanjang Rentang Kehidupan* (5th ed.). Erlangga.
- Indunisiah, S. H. (2020). *Metodologi Keperawatan*. Pustaka Baru Press.
- Iqbal, M., Winarti, R., & Kustriyani, M. (2021). Motivasi Perawat dengan Kualitas Dokumentasi Keperawatan Rumah Sakit. *Jurnal Ilmiah Permas: Jurnal Ilmiah STIKES Kendal*, 11(2), 387–400. <https://journal2.stikeskendal.ac.id/index.php/PSKM/article/view/1979/1260>
- Kartini, M., & Ratnawati, E. (2022). The Effectiveness of Nursing Documentation Training on Nurse's Knowledge about SDKI, SLKI, and SIKI). *Jurnal Kesehatan*, 11(1), 47–51. <https://doi.org/10.46815/jk.v11i1.78>
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2017 tentang Keselamatan Pasien, (2017).
- KMK Nomor HK.01.07/MENKES/425/2020 tentang Standar Profesi Perawat, (2020).

- Kementerian Kesehatan RI. (2021). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2020*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia No. 1 Tahun 2022 tentang Jabatan Fungsional Pengantar Kerja, (2022).
- Kusnadi, E. (2017). Analisis kelengkapan dokumentasi keperawatan di Ruang Rawat Inap Non Intensive Rumah Sakit Islam Sukapura Jakarta Utara. *Jurnal Bidang Ilmu Kesehatan*, 9(1), 553–562. <http://ejournal.urindo.ac.id/index.php/kesehatan/article/view/208/192>
- Malawat, K. Y., Hariyati, R. T. S., & Sari, K. M. (2021). Nursing managers' strategies for reducing interpersonal and interprofessional conflicts in the Covid-19 Pandemic. *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*, 3(6), 716–721. <https://doi.org/10.35654/ijnhs.v3i6.403>
- McCarthy, B., Fitzgerald, S., O'Shea, M., Condon, C., Hartnett-Collins, G., Clancy, M., Sheehy, A., Denieffe, S., Bergin, M., & Savage, E. (2019). Electronic nursing documentation interventions to promote or improve patient safety and quality care: A systematic review. *Journal of Nursing Management*, 27(3), 491–501. <https://doi.org/10.1111/jonm.12727>
- Nur, R., Rachmawaty, R., & Kadar, K. S. (2021). Efektifitas Penerapan Dokumentasi Keperawatan Elektronik Dalam Meningkatkan Kualitas Dokumentasi Keperawatan : Literatur Review. *Jurnal Keperawatan*, 13(1), 213–226.
- Nursalam. (2013). *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan* (3rd ed.). Salemba Medika.
- Nursalam. (2017). *Manajemen Keperawatan Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Salemba Medika.
- Undang-Undang tentang Keperawatan No.38 tahun 2014, (2014).
- Prabowo, T. (2020). *Dokumentasi Keperawatan*. Pustaka Baru Press.
- Pranatha, A., & Nugraha, M. D. (2023). Pengaruh Penerapan Standard Nursing Language Berbasis SDKI, SKLI, SIKI Terhadap Kualitas Pengisian Dokumentasi Keperawatan Di Rumah Sakit Juanda Kuningan. *Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Husada: Health Sciences Journal*, 14(01), 59–67. <https://doi.org/10.34305/jikbh.v14i01.711>
- Rachman, D. A., & Agusta, D. E. (2024). Motivasi Perawat Pelaksana dan Supervisi terhadap Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Interna Rumah Sakit Umum Daerah Bobong. *Jurnal Abdi Kesehatan Dan Kedokteran*, 3(2), 140–152. <https://doi.org/10.55018/jakk.v3i2.59>
- Rico-Blázquez, M., García-Sanz, P., Martín-Martín, M., López-Rodríguez, J. A., Morey-Montalvo, M., Sanz-Cuesta, T., Rivera-Álvarez, A., Araujo-Calvo, M., Frías-Redondo, S., Escortell-Mayor, E., & Cura-González, I. del. (2021). Effectiveness of a home-based nursing support and cognitive restructuring intervention on the quality

- of life of family caregivers in primary care: A pragmatic cluster-randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 120, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103955>
- Saraswasta, I. W. G., Hariyati, R. T. S., & Fatmawati, U. (2020). Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit X Jakarta: Pilot Study. *Dunia Keperawatan: Jurnal Keperawatan Dan Kesehatan*, 8(2), 199. <https://doi.org/10.20527/dk.v8i2.8024>
- Siegert, T., Eberl, I., & Göhlich, M. (2021). Organizational learning in hospitals: Evaluation of the implementation of IT-supported nursing documentation. *Zeitschrift Fur Evidenz, Fortbildung Und Qualitat Im Gesundheitswesen*, 161, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2021.01.002>
- Sudaryati, S., Afriani, T., Hariyati, R. T., Herawati, R., & Yunita, Y. (2022). Diskusi Refleksi Kasus (DRK) Efektif Meningkatkan Kemampuan Perawat dalam Melakukan Dokumentasi Keperawatan Sesuai Standar 3s (SDKI, SLKI, SIKI). *Jurnal Keperawatan Silampari*, 5(2), 823–830. <https://doi.org/10.31539/jks.v5i2.3461>
- Suyanti, I., Purwarini, J., & Supardi, S. (2021). Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan Sebelum dan Sesudah Pelatihan Praktik Keperawatan Profesional di Rumah Sakit X Baturaja Kabupaten Oku. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 4(1), 42–49.
- Tandi, D., Syahrul, S., & Erika, K. A. (2020). Kualitas Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit: Literature Review (Quality of Nursing Care Documentation in Hospital : a Literature Review). *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 9(1), 12–20.
- Tasew, H., Mariye, T., & Teklay, G. (2019). Nursing documentation practice and associated factors among nurses in public hospitals, Tigray, Ethiopia. *BMC Research Notes*, 12(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4661-x>
- Tim Pokja PPNI. (2017a). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia*. PPNI.
- Tim Pokja PPNI. (2017b). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia*. PPNI.
- Tim Pokja PPNI. (2018). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia*. PPNI.
- Wahyuliati, T., & Novita, R. V. (2023). Efektivitas Pelatihan dan Supervisi terhadap Peningkatan Kualitas Pendokumentasian Asuhan Keperawatan : Literature Review. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*, 6(7), 1250–1258. <https://doi.org/10.56338/mppki.v6i7.3459>
- Yuliantanti, Y., & Wulandari, C. I. (2025). Analisis Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Dokumentasi Keperawatan: Literature Review. *Prepotif: Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 9(1), 1637–1648. <https://doi.org/10.31004/prepotif.v9i1.43388>



## KUESIONER

### A. Petunjuk

1. Bacalah pernyataan dengan teliti sebelum Bapak/Ibu menjawab.
2. Mohon lengkapi data identitas dengan memberi tanda (√) pada salah satu pilihan yang tersedia sesuai format.
3. Beri tanda (X) pada jawaban yang Bapak/Ibu anggap benar dan sesuai dengan keadaan yang dilakukan.
4. Bacalah petunjuk pengisian dengan baik sebelum menjawab pernyataan.
5. Pengisian kuesioner ini tidak akan berpengaruh negatif terhadap Bapak/Ibu
6. Atas kesediaan dan kerelaan untuk mengisi kuesioner peneliti mengucapkan terimakasih

### B. Data Umum

1. Nama : .....(inisial)
2. Usia : .....tahun
3. Jenis kelamin :  Laki-laki  Perempuan
4. Pendidikan Terakhir :  DIII Keperawatan  S1 Keperawatan  
 Ners  S2 Keperawatan
5. Lama masa kerja : .....tahun
6. Jenjang karir :  PK 0  PK I  
 PK II  PK III  
 PK IV  PK V
7. Pelatihan pendokumentasian asuhan keperawatan :  Ya  Tidak

### C. Kuesioner Pengetahuan

1. Diagnosis keperawatan yang menggambarkan respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya yang menyebabkan klien mengalami masalah kesehatan, merupakan karakteristik dari jenis diagnose keperawatan:
  - a) Aktual
  - b) Potensial
  - c) Risiko
2. Berikut adalah jenis diagnose keperawatan yang boleh dilakukan penulisan dua bagian (two part) dalam Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI), adalah:
  - a) Diagnosa keperawatan actual
  - b) Diagnose keperawatan risiko
  - c) Diagnose keperawatan utama
3. Perumusan diagnose keperawatan actual yang benar adalah:
  - a) Masalah berhubungan dengan penyebab dibuktikan dengan tanda dan gejala
  - b) Masalah berhubungan dengan penyebab
  - c) Masalah dibuktikan dengan tanda gejala
4. Berikut penulisan diagnose keperawatan risiko yang benar adalah:

- a) Risiko aspirasi berhubungan dengan kesadaran menurun
  - b) Risiko aspirasi
  - c) Risiko aspirasi dibuktikan dengan kesadaran menurun
5. Berikut adalah penulisan diagnose keperawatan actual yang benar adalah:
    - a) Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan penurunan kapasitas kandung kemih dibuktikan dengan urgensi, dribbling, distensi kandung kemih.
    - b) Gangguan eliminasi urin berhubungan dengan iritasi kandung kemih.
    - c) Gangguan eliminasi urin dibuktikan dengan urgensi, dribbling, distensi kandung kemih.
  6. Tindakan yang ditujukan untuk mengumpulkan dan menganalisis data status kesehatan pasien disebut:
    - a) Tindakan kolaborasi
    - b) Tindakan edukasi
    - c) Tindakan observasi
  7. Yang termasuk dalam intervensi keperawatan yang ditujukan untuk mendukung fungsi fisik dan regulasi homeostatis, salah satunya adalah:
    - a) Kebersihan diri
    - b) Nyeri dan kenyamanan
    - c) Aktivitas dan istirahat
  8. Intervensi utama yang harus dilakukan perawat pada pasien dengan masalah gangguan menelan menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) adalah:
    - a) Dukungan emosional
    - b) Pencegahan aspirasi
    - c) Pemberian obat
  9. Tindakan edukasi yang harus diinformasikan perawat kepada klien dengan hypovolemia menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) adalah:
    - a) Anjurkan menghindari posisi mendadak
    - b) Berikan asupan cairan oral
    - c) Hitung kebutuhan cairan klien.
  10. Tindakan observasi yang harus dilakukan perawat pada pasien dengan gangguan elektrolit hypokalemia menurut Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI) adalah:
    - a) Monitor irama jantung, frekuensi jantung dan EKG
    - b) Pasang akses intravena
    - c) Berikan suplemen kalium intravena
  11. Berikut penulisan tujuan asuhan keperawatan yang benar berdasarkan Standar Luaran Asuhan Keperawatan (SLKI), adalah:
    - a) Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka curah jantung meningkat
    - b) Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka curah jantung menurun
    - c) Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka curah jantung cukup
  12. Kriteria hasil bagi klien dengan masalah ketidakstabilan kadar glukosa darah berdasarkan Standar Luaran Asuhan Keperawatan (SLKI), adalah:
    - a) Kadar glukosa dalam darah membaik.
    - b) Kadar glukosa dalam darah menurun.
    - c) Kadar glukosa dalam darah meningkat.
  13. Perhatikan kriteria hasil berikut:
    - 1) Mengi menurun
    - 2) Produksi sputum menurun

- 3) Batuk efektif meningkat  
 Kriteria tersebut merupakan kriteria hasil yang ditetapkan perawat pada pasien dengan masalah keperawatan:
- Gangguan pertukaran gas
  - Pola napas tidak efektif
  - Bersihan jalan napas tidak efektif.
14. Pada luaran keperawatan tingkat nyeri, kriteria apa sajakah yang diharapkan untuk terjadi membaik?
- Keluhan nyeri, gelisah dan sikap protektif
  - Keluhan nyeri, kesulitan tidur, dan Tekanan darah.
  - Keluhan nyeri, nafsu makan dan frekuensi nadi
15. Pada luaran tingkat syok kriteria apa sajakah yang perawat harapkan untuk terjadi membaik?
- Tekanan darah, Mean Arterial Pressure (MAP), pengisian kapiler.
  - Tekanan darah, akral dingin, pucat.
  - Tekanan darah dan output urin.

#### D. Kuesioner Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

No.	Uraian	Tidak	Jarang	Kadang	Sering	Selalu
<b>A.</b>	<b>Pengkajian</b>					
1.	Pengkajian lengkap dilakukan setelah pasien masuk dalam waktu 1x24 jam					
2.	Setiap melakukan pengkajian, dilakukan dengan wawancara, pemeriksaan fisik dan pengamatan serta pemeriksaan penunjang (misal: laboratorium, foto rontgen dll)					
3.	Data yang diperoleh melalui pengkajian dikelompokkan menjadi data bio-psiko-sosio-spiritual					
4.	Mengkaji data subjektif dan objektif berdasarkan keluhan klien dan pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang					
5.	Mencatat data yang dikaji sesuai dengan format dan pedoman pengkajian yang baku					
<b>B.</b>	<b>Diagnosis Keperawatan</b>					
6.	Merumuskan diagnosis/masalah keperawatan klien berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan pola fungsi kehidupan (kondisi normal)					
7.	Merumuskan diagnosis keperawatan berdasarkan masalah keperawatan yang telah ditetapkan					

8.	Merumuskan diagnosis keperawatan sesuai komponen PE/PES ( <i>Problem, Etiology, dan Sign/symptom</i> )					
9.	Merumuskan diagnosis keperawatan dalam bentuk aktual dan risiko					
10.	Menyusun prioritas diagnosa keperawatan					
<b>C.</b>	<b>Perencanaan</b>					
11.	Menyusun rencana keperawatan berdasarkan diagnosis keperawatan dan disusun menurut urutan prioritas					
12.	Menyusun rencana keperawatan lengkap memenuhi komponen tujuan dan kriteria hasil					
13.	Menetapkan rencana tindakan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas					
14.	Menetapkan rencana tindakan menggambarkan keterlibatan klien dan keluarga					
15.	Menetapkan rencana tindakan menggambarkan kerjasama dengan tim kesehatan lain					
<b>D.</b>	<b>Implementasi Keperawatan</b>					
16.	Tindakan dilaksanakan mengacu pada rencana perawat					
17.	Observasi terhadap setiap respons klien setelah dilakukan tindakan keperawatan					
18.	Implementasi tindakan keperawatan menggambarkan observasi, edukasi, terapeutik dan kolaborasi					
19.	Tindakan keperawatan dilakukan berdasarkan hasil evaluasi					
20.	Semua Tindakan keperawatan (Observasi, terapeutik, edukasi, kolaborasi) di dokumentasikan sesuai panduan yang telah ada					
<b>E.</b>	<b>Evaluasi Keperawatan</b>					
21.	Evaluasi dilakukan dengan menggunakan SOAP					
22.	Evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang diberikan didokumentasikan mengacu pada tujuan dan kriteria hasil					
23.	Evaluasi terhadap perubahan fungsi tubuh dan kesehatan klien didokumentasikan setelah tindakan					
24.	Evaluasi dituliskan apakah tujuan tercapai/tercapai sebagian/belum tercapai					

25.	Evaluasi dapat diperbaharui sesuai dengan respon perubahan kebutuhan dan kondisi pasien					
-----	---	--	--	--	--	--