

Evaluasi Penerapan dan Pendokumentasian Standar Asuhan Keperawatan Berdasarkan Buku SDKI, SIKI dan SLKI di RSUD Piru Maluku

Evaluation of the Implementation and Documentation of Nursing Care Standards Based on the SDKI, SIKI and SLKI Books at Piru Maluku Hospital

Hasna Tunny¹, Windarti Rumaolat²

^{1,2}Program Studi Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners, STIKes Maluku Husada

*e-mail; hasna.tunny.stikesmh@gmail.com1. windarti.rumaolat.stikesmh@gmail.com2

Article History:

Received: 12 Agustus 2022

Revised: 02 September 2022

Accepted: 30 September 2022

Keywords: Documentation of Nursing Care, SDKI, SIKI, SLKI.

Abstract: In carrying out nursing services or care, especially in Indonesia, nurses must document nursing care according to professional standards set by professional organizations. Policies related to the use of nursing documentation standards are contained in the Decree of the Minister of Health (KMK) of the Republic of Indonesia Number HK.01.07/MENKES/425/2020 concerning professional standards for nurses, the preparation of nursing diagnoses is written or compiled based on IDHS, SIKI, and SLKI. Using the lecture method (socialization), discussion, and study of standard nursing care documentation based on references to the SDKI, SIKI, and SLKI. This community service activity lasted for 1 week. The result was a change in the format of nursing care planning (NCP) documentation, documentation increased in the operating room, increased by 23%, and internal space increased by 26.95% after the implementation of nursing care standards based on guidelines compiled concerning SDKI, SIKI, and SLKI.

Abstrak

Dalam melaksanakan pelayanan atau asuhan keperawatan, khususnya di Indonesia, perawat harus mendokumentasikan asuhan keperawatan sesuai standar profesi yang ditetapkan oleh organisasi profesi. Kebijakan terkait penggunaan standar dokumentasi keperawatan tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) RI Nomor

HK.01.07/MENKES/425/2020 tentang standar profesi perawat, penyusunan diagnosis keperawatan ditulis atau disusun berdasarkan SDKI, SIKI dan SLKI. Menggunakan metode ceramah (sosialisasi), diskusi dan studi dokumentasi standar asuhan keperawatan berdasarkan referensi SDKI, SIKI dan SLKI. Kegiatan pengabdian masyarakat ini berlangsung selama 1 minggu. Hasilnya terjadi perubahan format pendokumentasian nursing care planning (NCP), pendokumentasian mengalami peningkatan di ruang bedah mengalami peningkatan 23% dan ruang internal peningkatan sebesar 26,95% setelah penerapan standar asuhan keperawatan berdasarkan panduan yang disusun dengan referensi SDKI, SIKI dan SLKI.

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

1. PENDAHULUAN

Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan baik pemerintah maupun swasta dituntut untuk selalu melakukan perbaikan dan penyempurnaan guna menghasilkan pelayanan yang berkualitas dan bermanfaat bagi masyarakat (Jumari et al., 2021). Pelayanan kesehatan merupakan bentuk pelayanan yang sangat berpengaruh pada tingkat kepuasan pasien, terutama pelayanan yang diberikan oleh tenaga keperawatan (Awaliyani et al., 2021).

Standar pelayanan di rumah sakit ditetapkan oleh masing-masing rumah sakit yang mengacu pada peraturan perundangan yang berlaku di Indonesia. Penyusunan panduan asuhan keperawatan merupakan salah satu bentuk kebijakan standar pelayanan di rumah sakit yang disusun oleh bidang pelayanan keperawatan sebagai salah satu bentuk dalam menjalankan fungsi perencanaan. Dengan panduan asuhan keperawatan diharapkan mampu memberikan profesi keperawatan sebuah asuhan yang terstruktur, terencana dan memiliki output pemberian layanan keperawatan yang optimal dengan tetap berfokus pada pasien (Vivin et al., 2022).

Dalam melaksanakan pelayanan atau asuhan keperawatan, khususnya di Indonesia, perawat harus mendokumentasikan asuhan keperawatan sesuai standar profesi yang ditetapkan oleh organisasi profesi. Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) sebagai organisasi profesi perawat yang diakui oleh Undang-Undang telah menetapkan Standar Asuhan Keperawatan untuk mengawal asuhan keperawatan demi terlaksananya asuhan keperawatan yang optimal bagi klien individu, keluarga dan komunitas (Kartini & Ratnawati, 2022).

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. Sehingga ketiga standar ini dapat dikatakan sebagai standar yang cukup baru bagi keperawatan Indonesia, dan beberapa penelitian yang dilaksanakan di Indonesia menunjukkan bahwa sebagian besar perawat memiliki pengetahuan dan kemampuan yang masih kurang atau rendah dalam dokumentasi menggunakan SDKI, SLKI dan SIKI (Agustina et al., 2021; Sudaryati et al., 2022)

Kebijakan terkait penggunaan standar dokumentasi keperawatan tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan (KMK) RI Nomor HK.01.07/MENKES/425/2020 tentang standar profesi perawat, penyusunan diagnosis keperawatan ditulis atau disusun berdasarkan SDKI (Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia), penyusunan intervensi berdasarkan SDKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) dan penyusunan luaran berdasarkan SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) (Awaliyani et al., 2021). Adanya kebijakan terkait penyusunan, pencatatan dan penulisan sesuai dengan anjuran PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia) dan kebijakan pemerintah terkait dokumentasi keperawatan sesuai standar 3S (SDKI, SIKI, SLKI) kebijakan penggunaan standar 3S (SDKI, SIKI, SLKI) diharapkan

perawat dapat membuat dokumentasi yang berkualitas, sehingga meningkatnya mutu layanan keperawatan di Indonesia (Sudaryati et al., 2022).

Pendokumentasian dalam keperawatan merupakan sesuatu yang sangat penting sebagai bentuk tanggung jawab dan tanggung gugat dalam sebuah pelaporan pelayanan. Pendokumentasian dapat mencerminkan kualitas pelayanan yang diberikan dengan harapan dapat menjadi perhatian yang terus berkelanjutan (Manuhutu et al., 2020). Dokumentasi ini merupakan komponen yang sangat penting dalam praktik keperawatan yang aman, etis dan efektif, baik berupa dokumentasi manual maupun elektronik. Dokumentasi keperawatan haruslah memenuhi persyaratan legal sebagai dokumentasi asuhan keperawatan (Kartini & Ratnawati, 2022). Proses dokumentasi asuhan keperawatan terdiri dari beberapa proses keperawatan yaitu pengkajian, diagnosis keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi (Sukei & Wahyuningsih, 2022).

Rumah Sakit Umum Daerah Piru merupakan salah satu rumah sakit di kabupaten Seram Bagian Barat (SBB), yang memberikan pelayanan rawat inap dan rawat jalan. Berdasarkan observasi pendokumentasian asuhan keperawatan, pengkajian yang didokumentasikan hanya awal pasien masuk, diagnosa lebih pada diagnosa medis, intervensi tidak ada, sementara implementasi 90% pada tindakan medis. Rumah sakit ini telah memiliki standar dan panduan asuhan keperawatan berdasarkan SDKI, SLKI dan SIKI. Oleh karena itu, tim pengabdian masyarakat melakukan penerapan standar dan panduan asuhan keperawatan yang telah disusun serta dilanjutkan dengan melihat pendokumentasian asuhan keperawatannya.

2. METODE

Kegiatan pengabdian masyarakat ini menggunakan metode ceramah (sosialisasi), diskusi dan studi dokumentasi standar asuhan keperawatan berdasarkan referensi SDKI, SIKI dan SLKI, dengan beberapa cara, diantaranya :

- a. Tahap I (ceramah)
Tahap ceramah ini, tim pengabdian masyarakat melakukan sosialisasi dengan metode ceramah kepada perawat tentang panduan asuhan keperawatan yang telah disusun untuk diterapkan di ruangan
- b. Tahap II (diskusi)
Tim pengabdian masyarakat melakukan diskusi lepas dengan perawat di ruangan (perawat jaga) tentang penerapan dan pendokumentasian standar asuhan keperawatan yang telah disusun menjadi panduan asuhan keperawatan berdasarkan referensi SDKI, SIKI dan SLKI.
- c. Tahap III (studi dokumentasi)
Studi dokumentasi dilakukan untuk melihat, pendokumentasian telah sesuai dengan standar asuhan keperawatan berdasarkan referensi SDKI, SIKI dan SLKI.
- d. Tahap IV (evaluasi)
Tahap evaluasi dilakukan 2 kali. Sebelum penerapan dan setelah penerapan standar asuhan keperawatan berdasarkan referensi SDKI, SIKI dan SLKI. Bahan yang menjadi evaluasi adalah pendokumentasian standar asuhan keperawatan pada status pasien (pengkajian, penentuan diagnosa keperawatan, intervensi (observasi, terapi, edukasi dan kolaborasi), implementasi dan evaluasi).

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Kegiatan pengabdian kepada masyarakat ini merupakan keberlanjutan dari kegiatan pengabdian masyarakat sebelumnya dengan tema pendampingan penyusunan panduan asuhan keperawatan berdasarkan buku SDKI, SLKI dan SIKI sebagai standar penerapan asuhan keperawatan.

Kegiatan ini diawali dengan sosialisasi dengan metode ceramah tentang panduan asuhan keperawatan berdasarkan buku SDKI, SLKI dan SIKI sebagai standar penerapan asuhan keperawatan yang telah disusun bersama pada 10 – 20 November 2022. Kegiatan ini dihadiri oleh perawat baik perawat manajer maupun perawat pelaksana sebagai pendukung penerapan dan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruangan.

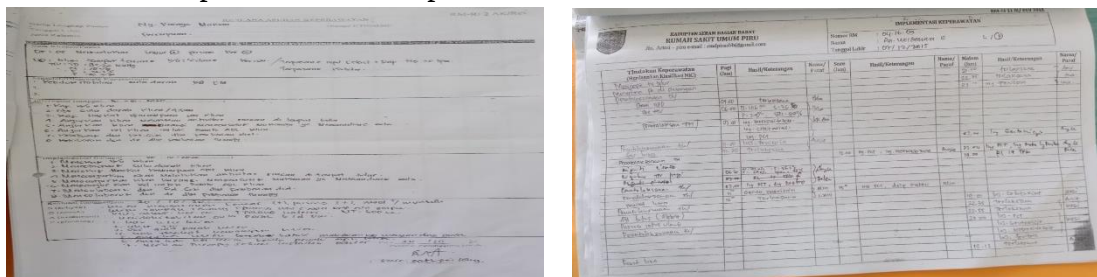
1. Sosialisasi panduan asuhan keperawatan berdasarkan SDKI, SIKI dan SLKI



Gambar 1. Sosialisasi panduan asuhan keperawatan yang telah disusun berdasarkan SDKI, SIKI dan SLKI sebagai standar penerapan asuhan keperawatan.

Agar penerapan dan pendokumentasian berjalan sesuai standar keperawatan, tim pengabdian masyarakat bersama bidang keperawatan menyusun format sesuai standar asuhan keperawatan, pada *nursing care planning* (NCP) yang sebelumnya tidak ada intervensi.

2. Format rencana perawatan dan implementasi lama



Gambar 2. Format rencana dan implementasi asuhan keperawatan yang lama

3. Format asuhan keperawatan baru

The image shows two versions of a nursing care plan form. The left form is titled 'KADANGAN KEPERAWATAN' and the right form is titled 'KARTU LAMBATAN ASUHAN KEPERAWATAN'. Both forms have columns for 'TANGGAP & JAWAB', 'DIAGNOSA KEPERAWATAN, DATA SUBJEKTIF DAN OBIJEKTIF', 'INTERVENSI', 'IMPLEMENTASI', and 'NAMA & TTD'. The forms are filled with handwritten text, including patient data, nursing diagnoses, interventions, and implementation steps.

Gambar 3. Format asuhan keperawatan yang telah di rubah (diagnosa sampai implementasi dalam 1 format).

Terjadinya keragaman pendokumentasian hal ini salah satu penyebabnya menurut Tasew et al (2019), ketidakadekuatan standar operasional prosedur mengenai dokumentasi keperawatan serta kurangnya dukungan dari pimpinan keperawatan. Sementara menurut Kartini & Ratnawati (2022), para perawat cenderung untuk mencocok-cocokkan kondisi pasien dengan diagnosis keperawatan yang sudah akrab, menggunakan data objektif pasien untuk menjelaskan kondisi pasien, kurang cermat dalam menjelaskan tujuan keperawatan, perawat melakukan pengecekan intervensi tetapi tidak menindaklanjutinya, serta perawat cenderung memiliki kriteria evaluasi yang hampir selalu seragam.

Kegiatan selanjutnya, dengan diskusi lepas dengan perawat di ruangan terkait penerapan dan pendokumentasian berdasarkan referensi SDKI, SIKI dan SLKI. Menurut Jaya et al (2019) dokumentasi keperawatan merupakan hasil kerja atau bukti kerja profesional perawat, dokumentasi keperawatan mempunyai manfaat sebagai alat bukti hukum dan digunakan sebagai alat tanggungjawab perawat, apabila terjadi masalah hukum dalam menjalankan pelayanan keperawatan. Hal tersebut, salah satu yang melatarbelakangi pentingnya penulisan, pencatatan dan penyusunan dokumentasi keperawatan dengan jelas, baik dan benar. Penulisan dokumentasi keperawatan sesuai standar merupakan kewajiban tugas sebagai seorang perawat dalam melaksanakan pelayanan keperawatan dalam rangka meningkatkan dan menciptakan pelayanan yang berkualitas

4. Implementasi sosialisasi penerapan panduan asuhan keperawatan sebagai standar asuhan keperawatan di ruangan berdasarkan SDKI, SIKI dan SLKI.



Gambar 4. Implementasi sosialisasi penerapan dan pendokumentasian standar asuhan keperawatan berdasarkan SDKI, SIKI dan SLKI

Kegiatan penerapan standar asuhan keperawatan berdasarkan panduan asuhan keperawatan yang telah di susun ini berlangsung selama 1 minggu pada 23 – 29 November 2022. Dilanjutkan dengan evaluasi pendokumentasian pada ruang rawat inap bedah dan rawat inap internal yang hasilnya sebagai berikut :

a. Ruang Rawat Inap Bedah

Tabel 1. Evaluasi penerapan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) pre dan post ruang rawat inap Bedah RSUD Piru 2022

No	Item yang dinilai	Nilai Rata-Rata			
		Pre		Post	
		n	%	n	%
1	Pengkajian Keperawatan	1	50	1	75
2	Diagnosa Keperawatan	1	50	1	62,5
3	Perencanaan Keperawatan	1	50	1	90
4	Implementasi Keperawatan	1	50	1	87,5
5	Evaluasi Keperawatan	1	62,5	1	62,5
Total		1	52,5	1	75,5

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat penerapan standar asuhan keperawatan sebelum tersedia PAK yang berdasarkan SDKI, SIKI dan SLKI di ruang dan setelah tersedianya PAK. Hasil evaluasi, terjadi peningkatan yaitu 23%, dapat dilihat dari sebelum penerapan 52,5%, dan setelah penerapan 75,5%. Penilaian secara keseluruhan, dapat ditarik kesimpulan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan diruang bedah, **baik** karena nilai total ≥ 75 yaitu **75,5%** pendokumentasian ini mengalami peningkatan 23%. Namun

dilihat dari masing-masing item standar asuhan keperawatan, ada yang kurang baik karena < 75% yaitu pada diagnosa keperawatan dan evaluasi masing-masing (62,5%).

b. Ruang Rawat Inap Interna

Tabel 2. Evaluasi penerapan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) pre dan post ruang rawat inap Internal RSUD Piru 2022

No	Item yang dinilai	Nilai Rata-Rata			
		Pre		Post	
		n	%	N	%
1	Pengkajian Keperawatan	6	50	6	75
2	Diagnosa Keperawatan	6	50	6	73
3	Perencanaan Keperawatan	6	50	6	90
4	Implementasi Keperawatan	6	50	6	93,75
5	Evaluasi Keperawatan	6	70	6	73
Total		6	54	6	80,95

Hasil pada tabel di atas, menunjukkan penerapan standar asuhan keperawatan sebelum dan setelah tersedia PAK yang berdasarkan SDKI, SIKI dan SLKI. Hasil evaluasi, terjadi peningkatan sebesar 26,95%, dapat dilihat dari sebelum penerapan 54%, dan setelah penerapan 80,95%. Hasil ini menunjukkan, terdapat 2 item penilaian yang kurang baik dalam pendokumentasiannya (< 75%) yaitu pada pendokumentasian diagnosa keperawatan dan evaluasi dengan masing-masing 73%.

Terjadi peningkatan penerapan dan pendokumentasian asuhan keperawatan, disebabkan karena ruangan telah memiliki panduan asuhan keperawatan berdasarkan referensi SDKI, SIKI dan SLKI., serta masing-masing ruang pun memiliki buku SDKI, SIKI dan SLKI. Menurut Talahatu (2022), perlu untuk penyediaan buku sebagai sumber pengetahuan. Hal ini juga sejalan dengan penelitian Agustina et al (2021), ada hubungan antara pengetahuan dengan pelaksanaan askep berbasis SDKI, SLKI dan SIKI. Menurut Awaliyani dkk, pengetahuan dipengaruhi oleh faktor internal dan eksternal, dalam penelitian ini faktor internal yang mempengaruhi pengetahuan yaitu usia, pendidikan, dan pengalaman atau masa kerja. Pengetahuan yang baik didasari dari sumber yang tepat dan pengalaman yang ia alami, dengan begitu untuk menghadapi situasi tertentu ia sudah mempunyai pengetahuan yang memadai juga dapat belajar dari pengalaman-pengalaman yang telah ia dapatkan sebelumnya (Awaliyani et al., 2021).

Menurut Saraswasta et al (2020) dan Purnamasari (2022) , peningkatan kemampuan perawat dalam mendokumentasikan dan menerapkan standar asuhan keperawatan yang mengikuti perkembangan zaman dan sesuai dengan kebijakan organisasi profesi sangat dibutuhkan agar perawat memiliki kinerja dan integritas yang bagus sehingga pada akhirnya akan dapat memberikan kepuasan bagi pasien atau masyarakat.

Dengan kegiatan ini diharapkan peran aktif bidang keperawatan dan perawat manajer untuk sering melakukan supervise terkait penerapan standar asuhan keperawatan, serta melakukan pelatihan pendokumentasian asuhan keperawatan guna meningkatkan kualitas pelayanan kepada pasien.

5. KESIMPULAN

Implementasi asuhan keperawatan berdasarkan standar asuhan keperawatan serta pendokumentasiannya dapat meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit. Kegiatan evaluasi ini berlangsung selama 1 minggu yaitu pada 23 – 29 November 2022. Dokumen yang dinilai yaitu pada 7 ruang rawat inap yang terdiri atas 6 ruang inap internal dan 1 ruangan bedah. Pendokumentasian di ruang bedah mengalami peningkatan 23%. Ruang internal peningkatan sebesar 26,95%.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, A. M., Pranatha, A., & Puspanegara, A. (2021). Faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan asuhan keperawatan berbasis SDKI, SLKI dan SIKI di RS KMC Kabupaten Kuningan tahun 2021. *Jurnal Ilmu Kesehatan*, 12(02), 149–159. <https://media.neliti.com/media/publications/465387-none-91c5ab82.pdf>
- Awaliyani, V. A., Pranatha, A., & Wulan, N. (2021). Pengaruh Penggunaan Buku Sdki, Slki Dan Siki Terhadap Peningkatan Pengetahuan Perawat Dalam Membuat Dokumentasi Keperawatan Berbasis Sdki, Slki 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>
- Jaya, K., Mien, Rasmianti, K., & Suramadhan. (2019). Gambaran pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap rsud buton utara. *Jurnal Keperawatan*, 02(03), 27–36.
- Jumari, Solehudin, & Gunardi, S. (2021). Resosialisasi Dokumentasi Asuhan Keperawatan dalam Usaha Peningkatan Pengetahuan Perawat Pelaksana di Ruang R RS X Jakarta. *Journal of Management Nursing*, 1(01), 1–9. <https://doi.org/10.53801/jmn.v1i01.11>
- Kartini, M., & Eka Ratnawati. (2022). Efektivitas pelatihan dokumentasi keperawatan terhadap pengetahuan perawat mengenai SDKI, SLKI dan SLKI. *Jurnal Kesehatan*, 11(1), 47–51. <https://doi.org/10.46815/jk.v11i1.78>
- Manuhutu, F., Novita, R. V. T., & Supardi, S. (2020). Pendokumentasian asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana Setelah Dilakukan Pelatihan Supervisi Kepala Ruang Di Rumah Sakit X , Kota Ambon. *JUIPERDO Jurnal Ilmiah Perawat Manado*, 08(01), 171–191. <https://doi.org/10.47718/jpd.v8i01.1150>
- Purnamasari, I. (2022). Pendampingan penyusunan panduan asuhan keperawatan (PAK) berbasis SDKI, SLKI da SIKI di RSUD KRT Setjonegoro Wonosobo. *Jurnal PPeduli Masyarakat*, 4(4), 207–212. <http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPM>
- Saraswata, 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>
- Sudaryati, Afriani, T., Hariyati, R. T., Herawati, R., & Yunita. (2022). Duskusi refleksi kasus (DRK) efektif meningkatkan kemampuan perawat dalam melakukan dokumentasi keperawatan sesuai standar SDKI, SLKI dan SIKI. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 5(2), 823–830. <https://journal.ipm2kpe.or.id/index.php/JKS/article/view/3461>

- Sukesi, N., & Wahyuningsih. (2022). Pelatihan penerapan buku SDKI, SIKI dan SLKI pada perawat di Charlie Hospital. *Jurnal Implementasi Pengabdian Masyarakat Kesehatan (JIPMK)*, 4(1), 6–10. http://jipmk.uwks.ac.id/index.php/jpm/article/view/62/pdf_1
- Talahatu, O. (2022). Diseminasi Penerapan SDKI , SLKI dan SIKI di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Masohi. *Karya Kesehatan Siwalima*, 1(2), 48–54. <https://ojs.ukim.ac.id/index.php/KKS>
- 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>
- Vivin, A. S., Rahman, L. A., & Nur, Y. S. (2022). i penyusunan panduan asuhan keperawatan di Unit Hematologi Onkologi. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 2(8.5.2017), 2003–2005. <https://doi.org/https://doi.org/10.31539/jks.v5i2.3759>