

# LAMPIRAN



**Lampiran 1. Lembar *Informed Consent* Penelitian**

**LEMBAR PERSETUJUAN  
(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat:

Menyatakan bahwa saya bersedia menjadi responden dalam penelitian yang dilakukan oleh Titis Eko Wahyuni dengan judul penelitian “Gambaran pengetahuan perawat dan kelengkapan pendokumentasian keperawatan di RSU Palang Biru Gombong.”

Setelah saya mendapatkan penjelasan dari peneliti, saya sudah memahami prosedur dari penelitian ini. Saya juga menyadari bahwa penelitian yang dilakukan tidak akan menimbulkan dampak negatif bagi saya. Selanjutnya saya tidak akan menuntut jika terjadi sesuatu di kemudian hari.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sadar dan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari pihak manapun.

Kebumen, November 2022

Responden

( )

## **LEMBAR PERMOHONAN MENJADI SUBJEK PENELITIAN**

Bahwa saya diminta untuk berperan serta dalam penelitian ini sebagai subjek peneliti dengan mengisi kuesioner yang disediakan oleh peneliti dengan :

Judul : Gambaran pengetahuan perawat dan kelengkapan dokumentasi keperawatan diruang rawat inap RSU Palang Biru Gombong

Peneliti : Titis Eko Wahyuni

Peneliti telah memberi penjelasan tentang tujuan penelitian ini dan saya telah mengerti bahwa peneliti akan merahasiakan identitas, data maupun informasi yang saya berikan. Apabila ada pernyataan yang diajukan menimbulkan ketidaknyamanan bagi saya, peneliti akan menghentikan pada saat ini dan saya berhak mengundurkan diri.

Demikian persetujuan ini saya buat secara sadar dan sukarela, tanpa ada unsur paksaan dari siapapun, saya menyatakan:

Responden

( )

## **KUISIONER**

### **I. Petunjuk pengisian :**

1. Bacalah pernyataan di bawah ini dengan baik dan teliti,kemudian pilihlah yang menurut anda tepat.
2. Berilah tanda ceklist (✓) pada kolom yang menurut anda tepat.
3. Harap di jawab dengan jujur sesuai pernyataan.
4. Bila ada yang kurang dimengerti dapat di tanyakan kepada yang memberikan lembaran ini.

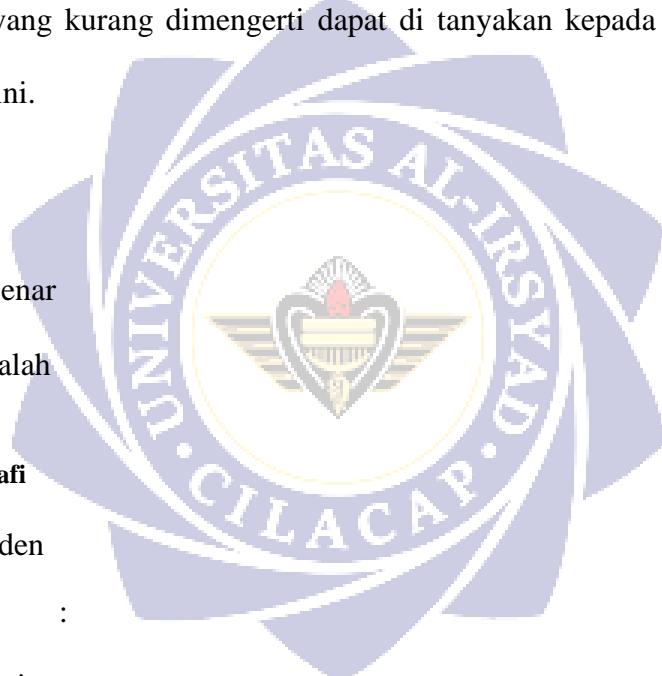
### **KETERANGAN :**

B : Benar

S : Salah

### **II. Data demografi**

1. No responden
2. Umur :
3. Jenis kelamin :
4. pendidikan :
5. lama bekerja :



### III. Pengetahuan Perawat Tentang Dokumentasi Keperawatan

NO	PERNYATAAN	B	S
1.	Dokumentasi asuhan keperawatan adalah kumpulan informasi yang dikumpulkan oleh perawat sebagai pertanggung jawaban terhadap pelayanan yang telah diberikan.		
2.	Dokumentasi merupakan hal yang penting dalam kaitanya pada pemberian asuhan keperawatan karena merupakan fakta kemampuan perawat dalam menulis sesuai standar.		
3.	Tujuan pendokumentasian asuhan keperawatan adalah untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi tenaga keperawatan.		
4.	Manfaat dokumentasi asuhan keperawatan adalah sebagai alat perekam terhadap masalah yang ada kaitanya dengan pasien.		
5.	Sumber data dalam pendokumentasian asuhan keperawatan adalah pasien, orang terdekat, perawat lain, atau kepustakaan.		
6.	Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan tidak penting bagi perawat.		
7.	Dokumentasi merupakan pekerjaan mencatat dan merekam pristiwa dan objek maupun pemberian pelayanan keperawatan.		
8.	Pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan bukan tugas perawat.		
9.	Dokumentasi merupakan bukti kualitas asuhan keperawatan.		
10.	Dokumentasi merupakan bukan tanggung jawab perawat.		
11.	Tujuan dari dokumentasi merupakan mengidentifikasi status kesehatan klien dalam rangka mencatat kebutuhan klien.		
12.	Manfaat dilakukan perencanaan keperawatan adalah untuk mengatasi masalah pasien		
13.	Dengan adanya pendokumentasian yang benar maka bukti secara profesional dan legal dapat dipertanggung jawabkan.		
14.	kegiatan yang dilakukan oleh perawat, berkaitan dengan pencatatan dan penyimpanan informasi yang lengkap dan benar, tentang keadaan pasien selama dirawat.		
15.	Dokumentasi keperawatan tidak penting bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.		

16.	Pendokumentasian merupakan upaya untuk menyederhanakan laporan dan untuk meningkatkan pencatatan yang akurat dan tepat waktu.		
17.	Setelah melakukan asuhan keperawatan tidak perlu di dokumentasikan.		
18.	Dokumentasi untuk mengumpulkan data dan mengkaji status kesehatan klien, menentukan rencana asuhan keperawatan.		
19.	Dokumentasi merupakan sebagai dasar dalam menyusun proses keperawatan dari pengkajian sampai dengan evaluasi.		
20.	Dokumentasi merupakan bukan bagian dari asuhan keperawatan.		



## **PENILAIAN DALAM PENDOKUMENTASIAN ASUHAN**

### **KEPERAWATAN**

No Identitas : .....

Umur : .....

Pendidikan : .....

Lama bekerja : .....

#### **1. Petunjuk Umum Pengisian**

- a. Kuesioner ini terdiri dari dua bagian yaitu karakteristik *medical record* dan kegiatan pendokumentasian asuhan keperawatan.
- b. Karakteristik *medical record* berisi daftar isian tentang identitas *medical record*.
- c. Berilah tanda “√” jika kegiatan dilakukan pada kolom yang tersedia
- d. Jika akan mengganti jawaban yang salah dan beri tanda “√” pada kolom yang tersedia, sesuai dengan alternatif yang dikehendaki.
- e. Pilihan :
  - 1) Ya : Jika dokumentasi dilakukan dengan lengkap
  - 2) Tidak : Jika dokumentasi dilakukan dengan tidak lengkap

No.	Aspek yang dinilai	Ya (1)	Tidak (0)
<b>A.</b>	<b>Pengkajian</b>		
1.	Mencatat data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian.		
2.	Data dikelompokkan (bio-psiko-sosial-spiritual).		
3.	Data dikaji sejak pasien datang sampai keluar (pulang).		
4.	Masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi hidup.		
<b>B.</b>	<b>Diagnosa Keperawatan</b>		
5.	Diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan.		
6.	Diagnosa keperawatan aktual dirumuskan dengan tepat.		
7.	Diagnosa keperawatan resiko dirumuskan dengan tepat.		
<b>C.</b>	<b>Intervensi</b>		
8.	Rencana tindakan berdasarkan diagnosa keperawatan.		
9.	Rencana tindakan disusun menurut urutan prioritas.		
10.	Rumusan tujuan mengandung komponen pasien, perubahan perilaku, kondisi pasien dan kriteria waktu.		
11.	Rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci, dan jelas.		
12.	Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien dan keluarga.		
13.	Rencana tindakan menggambarkan kerjasama dengan tim kesehatan lain.		
<b>D.</b>	<b>Implementasi</b>		
14.	Tindakan dilaksanakan mengacu pada rencana keperawatan.		
15.	Perawat mengobservasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan.		
16.	Revisi tindakan berdasarkan hasil evaluasi.		
17.	Semua tindakan yang telah dilaksanakan dicatat ringkas dan jelas.		

<b>E.</b>	<b>Evaluasi</b>		
18.	Evaluasi mengacu pada tujuan.		
19.	Hasil evaluasi dicatat.		
20	Dokumentasi berdasarkan format soap		
<b>F.</b>	<b>Dokumentasi Keperawatan</b>		
21.	Menulis pada format yang baku.		
22.	Pencatatan dilakukan sesuai dengan tindakan yang dilaksanakan.		
23.	Pencatatan ditulis dengan jelas, ringkas, istilah yang baku dan benar.		
24.	Setiap melakukan tindakan/kegiatan, perawat mencantumkan paraf/nama jelas, tanggal, dan jam dilakukan tindakan.		
25.	Berkas catatan keperawatan disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.		

