

**ANALISIS FAKTOR – FAKTOR PELAKSANAAN
DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TUGUREJO
SEMARANG**



TESIS

Untuk memenuhi persyaratan mencapai derajat Sarjana S-2

Program Studi
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
Konsentrasi Administrasi Rumah Sakit

Oleh

YAHYO DIYANTO
NIM: EA002023

**PROGRAM PASCA SARJANA
UNIVERSITAS DIPONEGORO SEMARANG
2007**

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa tesis yang berjudul :

ANALISIS FAKTOR – FAKTOR PELAKSANAAN
DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TUGUREJO SEMARANG

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Yahyo Diyanto

NIM : EA002023

Telah dipertahankan di depan dewan penguji pada tanggal 28 Maret 2007
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Pembimbing Utama

Pembimbing Pendamping

Dra. Atik Mawarni, MKes.
NIP. 131 918 670

Meidiana Dwidiyanti, SKp, MSc.
NIP. 140 145 925

Penguji I

Penguji II

dr. Sudiro, MPH, Dr.PH.
NIP. 131 252 965

Septo Pawelas Arso, SKM, MARS.
NIP. 132 163 501

Semarang, Juni 2007 Universitas Diponegoro
Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat
Ketua Program

dr. Sudiro, MPH, Dr. PH.
NIP. 131 252 965

LEMBAR PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penerbitan maupun yang belum/tidak diterbitkan sumbernya dijelaskan di dalam tulisan dan daftar pustaka.

Semarang, Maret 2007

Yahyo Diyanto
NIM: EA002023

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Yahyo Diyanto
 Tempat Tanggal Lahir : Salatiga, 10 November 1948
 Alamat : Jl. Raya Kedungpane – Ngaliyan 48
 RT 04 RW X Semarang. Telp. (024) 76631028

Riwayat Pendidikan :

No	Nama Sekolah	Tahun
1	SR Tegalrejo I - Salatiga	1955 – 1962
2	SMP Pangudi Luhur - Jogjakarta	1964 – 1967
3	Sekolah Pengatur Rawat – RSDK Semarang	1967 – 1970
4	Akper Satriya Jaya Semarang	1984 – 1986
5	IKIP UNINUS - Bandung	1988 - 1991
6	Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsentrasi ARS – UNDIP Semarang	2003 – 2006

Riwayat Pekerjaan :

No	Pekerjaan	Periode
1	Perawat RS dr Kariadi Semarang	1971 – 1995
2	Staf Dosen Prodi Keperawatan Semarang	1995 - Sekarang

KATA PENGANTAR

Puji yukur kami panjatkan pada Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan kasih sayangNya sehingga Tesis ini dapat terselesaikan. Tak lupa kami ucapkan terimakasih kepada semua pihak yang telah membantu hingga penyusunan tesis ini selesai, diantaranya:

1. Bpk. dr. Sudiro , MPH, Dr. PH. selaku Ketua Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat
2. Ibu Dra. Atik Mawarni, MKes. selaku Sekretaris Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat sekaligus sebagai pembimbing utama.
3. Ibu Meidiana Dwidiyanti, SKp., MSc. selaku pembimbing pendamping yang telah memberikan masukan dan dorongan guna penyusunan tesis ini.
4. Bpk Septo Pawelas Arso, SKM, MARS selaku penguji yang telah meluangkan waktunya dan memberikan input yang berguna.
5. Direktur dan staf Rumah Sakit Umum Derah Tugurejo Semarang, yang telah memberikan ijinnya guna pengambilan data penelitian ini.
6. Istriku tercinta yang dengan sabar memberikan motivasi dan pencerahan setiap waktu.
7. Rekan – rekan mahasiswa pasca sarjana Universitas Dipnegoro yang begitu banyak memberikan bantuan guna penyusunan tesis ini
8. Semua pihak yang tidak dapat kami sebutkan satu persatu.

Semoga Tuhan membalas amal baik semuanya, Amin.

Semarang, Maret 2007
Penyusun,

Yahyo Diyanto

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
HALAMAN PERNYATAAN	iii
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI	vi
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR GAMBAR	ix
DAFTAR LAMPIRAN	x
ABSTRAK	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Perumusan Masalah	4
C. Pertanyaan Penelitian	5
D. Tujuan Penelitian	5
E. Manfaat Penelitian	6
F. Keaslian Penelitian	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Konsep Keperawatan	7
B. Pelayanan Keperawatan	11
C. Teori Motivasi	17
D. Motivasi Kerja	21

E. Faktor Yang Mempengaruhi Penampilan dan Kepuasan Kerja	24
BAB III METODOLOGI PENELITIAN	27
A. Variabel Penelitian	27
B. Kerangka Kosep	27
C. Rancangan Penelitian	29
D. Definisi Operasional	32
BAB IV HASIL PENELITIAN	34
A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	34
B. Dokumentasi Catatan Keperawatan Pasien	34
C. Karakteristik Perawat	36
D. Hasil Wawancara Mendalam Terhadap Perawat	38
E. Karakteristik Kepala Ruang	49
F. Hasil Wawancara mendalam Terhadap Kepala Ruang ...	52
BAB V PEMBAHASAN	56
A. Kelemahan dan Kekuatan Penelitian	56
B. Pengarahan	57
C. Bimbingan	58
D. Observasi	58
E. Evaluasi	58
	59
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN	61
A. Kesimpulan	61
B. Saran	62

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Judul Tabel	Halaman
Tabel 4.1	: Proporsi sample yang diambil dari setiap ruang perawatan	35
Tabel 4.2	: Kelengkapan Catatan Asuhan Keperawatan	35
Tabel 4.3	: Distribusi Perawat Ruang Rawat Inap Berdasarkan Umur	36
Tabel 4.4	: Distribusi Perawat Berdasarkan Jenis Kelamin	36
Tabel 4.5	: Status Perkawinan Perawat Ruang Rawat Inap	37
Tabel 4.6	: Pendidikan Terakhir Perawat Ruang Rawat Inap	37
Tabel 4.7	: Masa Kerja Perawat Ruang Rawat Inap	38
Tabel 4.8	: Umur Kepala Ruang	49
Tabel 4.9	: Jenis Kelamin Kepala Ruang	50
Tabel 4.10	: Status Perkawinan Kepala Ruang	50
Tabel 4.11	: Pendidikan Terakhir Kepala Ruang	51
Tabel 4.12	: Masa Kerja Kepala Ruang	51

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Judul Gambar	Halaman
Gambar 1	: Kerangka Teori Penelitian	26
Gambar 2	: Kerangka Konsep, Hubungan Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Dokumentasi Keperawatan	28

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor Lampiran	Judul Lampiran
Lampiran 1	: Pedoman Wawancara Mendalam Bagi Kepala Ruang
Lampiran 2	: Pedoman Wawancara Mendalam Bagi Perawat Pelaksana
Lampiran 3	: Instrumen Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit
Lampiran 4	: Lembar Penjelasan untuk Responden
Lampiran 5	: Lembar Persetujuan menjadi Responden
Lampiran 6	: Lembar Hasil Wawancara dengan Perawat
Lampiran 7	: Lembar hasil Wawancara dengan Kepala Ruang
Lampiran 8	: Lembar Ijin Penelitian dari RSUD Tugurejo Semarang
Lampiran 9	: Lembar Rekam Medis dan Keperawatan

ABSTRAK

ANALISIS FAKTOR – FAKTOR PELAKSANAAN DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TUGUREJO SEMARANG

Pustaka : 26 buah

Jumlah Halaman : 126 halaman

Kata kunci : Dokumentasi asuhan keperawatan, keperawatan dokumentasi

Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang merupakan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) milik Propinsi Jawa Tengah yang memberikan kontribusi penting dalam pelayanan kesehatan di masyarakat.

Dokumentasi keperawatan dalam bentuk dokumen asuhan keperawatan merupakan salah satu alat pembuktian atas tindakan perawat selama menjalankan tugas pelayanan keperawatan.

Walaupun dokumen asuhan keperawatan sangat diperlukan untuk kepentingan pasien maupun perawat akan tetapi pada kenyataannya perlengkapan pengisian dokumen masih kurang perhatian sehingga masih banyak dokumen asuhan keperawatan yang isinya belum lengkap.

Berdasarkan studi pendahuluan pada Instalasi Rekam Medik RSUD Tugurejo menunjukkan bahwa dari sampel dokumen asuhan keperawatan pada pasien rawat inap menunjukkan hal yang tidak lengkap terutama pada bagian pengkajian, diagnosa, dan evaluasi. Perawat banyak mengisi pada kolom implementasi, hal ini sangat beralasan karena implementasi merupakan monitoring kegiatan yang telah dilakukan pada pasien.

Berdasarkan rumusan masalah, pertanyaan penelitian ini adalah “Bagaimanakah pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien rawat inap di RSUD Tugurejo Semarang?” Adapun tujuan Penelitian ini adalah menganalisa kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan dan manajemen keperawatan di ruang rawat inap di RSUD Tugurejo Semarang. Jenis penelitian ini yaitu observasional, kualitatif. Subjek penelitian yang digunakan adalah 15 perawat ruang Rawat Inap dan 9 orang Kepala Ruang. Objek Penelitian berupa dokumentasi askep pada bulan Juli 2006 sebanyak 290 dokumen.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa penatalaksanaan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan sebagai berikut Proporsi terbesar dalam kategori kurang (48%), yang selanjutnya diikuti sedang (35%) dan baik (17%). Hasil wawancara dengan perawat menunjukkan bahwa pengarahan dan bimbingan tidak pernah dilakukan oleh Kepala Ruang. Observasi hanya difokuskan terhadap Catatan keperawatan pasien yang akan pulang saja. Evaluasi juga tidak dilakukan oleh Kepala Ruang. Faktor penghambat yang dihadapi dalam pendokumentasian askep diantaranya tidak seimbang jumlah tenaga perawat dengan pekerjaan yang ada, formnya terlalu panjang, perawat harus mendampingi visite dokter, dan malas. Di sisi lain Kepala Ruang menungkapkan bahwa tugas bimbingan pendokumentasian askep bukanlah tanggung jawabnya melainkan tanggung jawab pihak Rumah Sakit pada struktur di atas Kepala Ruang. Penyusun menyarankan agar rasio

perbandingan perawat – pasien hendaknya ditinjau ulang, kebutuhan akan tambahan tenaga keperawatan maupun pembantu perawat sangatlah mendesak. Perlu pula diadakan resosialisasi peran dan fungsi perawat. Kemudian diperlukannya bimbingan rutin dari Kepala Bidang Keperawatan tentang pendokumentasian yang benar.

ABSTRACT

ANALYSIS OF FACTORS NURSING DOCUMENTATION IMPLEMENTATION IN TUGUREJO PUBLIC HOSPITAL SEMARANG

References : 26 exemplars

Page number : 126 pages

Key words : nursing care documentation, nursing documentation

Tugurejo Public Hospital is one of public hospitals belongs to the Central Java Province giving important contribution in the health services.

Nursing documentation in the form of nursing care documentation is one of proofs of nurse implementation during nursing care.

Even though nursing documentation is required for the patient or nurse necessity in fact the completion of the nursing care documentation is less noticed so that there are still so many nursing documentation with incomplete condition.

Based on preliminary study at Medical Record Installation Tugurejo Public Hospital showed that nursing documentation sample revealed incomplete condition particularly in the form of anamnesis, diagnoses, and evaluation. Nurses mostly fill in the implementation column.

Regarding problem statement, this research question was "How does the nursing care documentation implementation in Tugurejo Public Hospital Semarang?" The purpose of this study was to analyze the completeness of nursing care documentation and nursing management in inpatient wards at Tugurejo Public Hospital Semarang. This study category was observational, qualitative. The subjects used were 15 ward nurses and 9 chief ward nurses. The object of this study was nursing documentation on July 2006 as many as 290 documents.

The result showed that the completions of nursing care documentation were categorized into three less (48%), middle (35%) and good (17%). Interview result revealed that the direction and guiding was never done by the chief ward. The observation only conducted especially for those patients who would go home. Evaluation also never been done by the chief ward. The hampered factors in nursing documentation were the imbalance of nurses and the job given, the form was too long, nurses had to assist doctor visit, and laziness. On the other hand chief ward articulated that guiding of nursing documentation is not their responsibility, it is the responsibility of the staff above the chief ward. The researcher suggested the ratio nurses and their job need to be reviewed, the need of additional nurses or nurse assistant was incredibly urgent. In addition resocialisation of nurse role and function was needed. Finally the routine guiding from the Head Nurse on right documentation was required.

BAB I PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Upaya peningkatan derajat kesehatan secara optimal menuntut profesi keperawatan mengembangkan mutu pelayanan yang profesional sesuai dengan tuntutan masyarakat di era globalisasi. Keperawatan menjadi salah satu profesi terdepan bagi tenaga kesehatan dalam upaya menjaga mutu tempat pelayanan kesehatan baik di masyarakat baik negeri maupun swasta. Standar asuhan keperawatan merupakan salah satu strategi mewujudkan bentuk pertanggung jawaban tenaga keperawatan profesional ⁽¹⁾.

Dalam perkembangan era globalisasi ini, rumah sakit mengalami perkembangan kuantitas yang cukup pesat. Hal ini dapat dilihat dari semakin banyaknya badan atau institusi yang berusaha mendirikan rumah sakit, baik yang dibiayai dari dalam negeri maupun dari luar negeri. Namun peningkatan kuantitas rumah sakit belum diikuti oleh peningkatan mutu pelayanan keperawatan di rumah sakit sehingga sering timbul kontradiksi, dimana rumah sakit banyak mendapat sorotan dan keluhan dari masyarakat sebagai ungkapan rasa tidak puas akibat kurangnya tingkat pelayanan yang diberikan.

Meningkatkan pengetahuan, ketrampilan, sikap dan motivasi bagi tenaga keperawatan, khususnya dalam bentuk seminar atau penataran telah dilakukan, namun hasil yang dicapai belum dapat memuaskan. Hal ini dapat diketahui dari keluhan – keluhan yang disampaikan oleh pasien dan keluarganya maupun masyarakat umum.

Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang merupakan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) milik Propinsi Jawa Tengah yang memberikan kontribusi penting dalam pelayanan kesehatan di masyarakat. Tuntutan

masyarakat dalam suasana keterbukaan, keluhan – keluhan pasien atas pelayanan rumah sakit semakin mudah disampaikan melalui berbagai media komunikasi, sehingga banyak cara untuk mengkritisi pelayanan rumah sakit, baik pelayanan pasien rawat jalan maupun rawat inap. Dengan maraknya lembaga – lembaga bantuan hukum tidak menolak kemungkinan adanya gugatan terhadap pelayanan rumah sakit maupun terhadap petugas rumah sakit, baik dokter, perawat atas tindakan yang dilakukan dalam rangka pelayanan pasien sehingga muncul adanya gugatan malpraktek ⁽²⁾.

Menghadapi kondisi yang demikian itu perawat rumah sakit perlu memahami dan menyadari bahwa apa yang dilakukan pelayanan terhadap pasien harus dilakukan secara profesional disertai rasa tanggung jawab dan tanggung gugat. Undang – undang No. 23 tahun 1992 merupakan wujud rambu – rambu atas hak dan kewajiban tenaga kesehatan termasuk para perawat dalam menjalankan tugas – tugas pelayanan ⁽³⁾. Dokumentasi keperawatan dalam bentuk dokumen asuhan keperawatan merupakan salah satu alat pembuktian atas perbuatan perawat selama menjalankan tugas pelayanan keperawatan.

Dokumentasi asuhan keperawatan menjadikan hal yang penting sebagai alat bukti tanggung jawab dan tanggung gugat dari perawat dalam menjalankan tugasnya. Perawat profesional dihadapkan pada suatu tuntutan tanggung jawab yang lebih tinggi dan tanggung gugat setiap tindakan yang dilaksanakan. Artinya intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien harus dihindarkan terjadinya kesalahan - kesalahan (negligence) dengan melakukan pendekatan proses keperawatan dan pendokumentasian yang akurat dan benar ⁽⁴⁾.

Berkaitan dengan hal tersebut di atas, RSUD Tugurejo senantiasa berupaya untuk memenuhi kebutuhan terlaksananya proses keperawatan dan

dokumen asuhan keperawatan yang baik, sebagaimana ditentukan dalam Akreditasi Rumah Sakit, yaitu dengan menyediakan formulir dokumen asuhan keperawatan, membuat prosedur tetap suatu tindakan keperawatan dan penggunaan alat di rumah sakit, serta sarana – sarana lain yang diperlukan.

Walaupun dokumen asuhan keperawatan sangat diperlukan untuk kepentingan pasien maupun perawat akan tetapi pada kenyataannya perlengkapan pengisian dokumen masih kurang perhatian sehingga masih banyak dokumen asuhan keperawatan yang isinya belum lengkap. Hasil pra-survei melalui wawancara dengan beberapa perawat yang bertugas di Ruang Rawat Inap di RSUD Tugurejo meunjukkan beberapa masalah pendokumentasian asuhan keperawatan antara lain : kurangnya motivasi perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan, penulisan dokumen yang menyita waktu, dan berfokus pada pelayanan pasien. Beberapa perawat dengan terus terang merasakan bahwa penulisan dokumentasi yang terlalu dituntut akan berakibat berkurangnya waktu untuk pemberian pelayanan langsung pada pasien. Penulisan dokumentasi juga tidak berpengaruh pada penghasilan (*tidak ada reward*).

Berdasarkan studi pendahuluan pada Instalasi Rekam Medik RSUD Tugurejo menunjukkan bahwa dari sampel dokumen asuhan keperawatan pada pasien rawat inap menunjukkan hal yang tidak lengkap terutama pada bagian pengkajian, diagnosa, dan evaluasi. Perawat banyak mengisi pada kolom implementasi, hal ini sangat beralasan karena implementasi merupakan monitoring kegiatan yang telah dilakukan pada pasien.

B. Perumusan Masalah

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan bagian dari dokumen catatan medik. Dokumentasi asuhan keperawatan RSUD Tugurejo merupakan suatu catatan tentang intervensi perawat terhadap pasien selama dirawat di rumah sakit, yang mencakup: pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan, pelaksanaan tindakan dan evaluasi.

Berbagai peningkatan pendidikan dan pelatihan bagi perawat dan telah dibuat prosedur tetap (protap) dalam bertindak, serta disediakan alat bantu berupa formulir dokumen asuhan keperawatan serta upaya peningkatan. Keterbatasan jumlah tenaga perawat dan banyaknya beban kerja menjadi salah satu faktor kendala kelengkapan dokumentasi keperawatan di Rumah Sakit.

Penilaian pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan dapat dilakukan dengan metode proses keperawatan di Rumah Sakit yang diukur melalui instrumen evaluasi penerapan Standar Asuhan Keperawatan (SAK). Hasil survey pendahuluan di Rumah Sakit Tugurejo Semarang menunjukkan bahwa standar operasional penulisan dokumentasi sudah ada.

Keterbatasan jumlah tenaga perawat dan banyaknya beban kerja menjadi salah satu faktor kendala kelengkapan dokumentasi keperawatan di rumah sakit.

Berkaitan dengan uraian tersebut di atas maka perlu dilakukan penelitian dalam bentuk analisis dokumen asuhan keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang. Dalam penelitian ini akan diungkap permasalahan secara mendalam mengenai dokumentasi asuhan keperawatan yang dilakukan di ruang rawat inap di RSUD Tugurejo Semarang.

C. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan rumusan masalah, pertanyaan penelitian ini adalah “Bagaimanakah pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien rawat inap di RSUD Tugurejo Semarang?”

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Menganalisis kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan dan manajemen keperawatan di ruang rawat inap di RSUD Tugurejo Semarang.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui pelaksanaan pendokumentasian askep perawat pada ruang Rawat Inap di RSUD Tugurejo Semarang.
- b. Mengetahui persepsi perawat pelaksana tentang fungsi pengarahan kepala ruang terhadap pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Tugurejo Semarang.
- c. Mengetahui persepsi perawat pelaksana tentang fungsi bimbingan kepala ruang terhadap pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Tugurejo Semarang.
- d. Mengetahui persepsi perawat pelaksana tentang fungsi observasi kepala ruang terhadap pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Tugurejo Semarang.
- e. Mengetahui persepsi perawat pelaksana tentang fungsi evaluasi kepala ruang terhadap pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Tugurejo Semarang.

E. Manfaat Penelitian

1. Bagi Peneliti

Menambah wawasan mengenai penerapan dokumentasi asuhan keperawatan di RSUD Tugurejo Semarang.

2. Bagi Perawat di Pelayanan Kesehatan

Mengetahui pentingnya kelengkapan dokumentasi keperawatan dan faktor – faktor yang mempengaruhi sehingga akan mampu meningkatkan profesionalisme dalam kinerja keperawatan.

3. Bagi Rumah Sakit

Mengetahui kontribusi kelengkapan dokumentasi keperawatan bagi tenaga profesional keperawatan sehingga rumah sakit dapat memberikan fasilitas dan peningkatan sumber daya tenaga keperawatan sebagai upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

F. Keaslian Penelitian

Berdasarkan tujuan, kerangka pikir dan metodologi, penelitian ini asli dan belum pernah dilakukan sebelumnya. Penelitian sejenis pernah dilakukan oleh Mulyati (2006) dengan fokus yang berbeda. Peneliti lebih memfokuskan pada pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan faktor motivasi dan supervisi pimpinan di RSUD Dr. Moewardi Surakarta. Sementara penelitian ini menganalisis faktor – faktor pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatannya.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Keperawatan

1. Konsep Sehat Sakit

Sehat adalah merupakan suatu keadaan dan proses dalam upaya menjadikan dirinya terintegrasi secara keseluruhan baik fisik, mental, dan sosial. Integritas adaptasi individu dimanifestasikan oleh kemampuan individu untuk memenuhi tujuan mempertahankan pertumbuhan dan reproduksi. Sakit adalah merupakan kondisi ketidakmampuan individu untuk beradaptasi terhadap rangsangan yang berasal dari dalam dan luar individu ⁽⁴⁾. Karenanya, kondisi sehat dan sakit sangat individual dipersepsikan oleh individu.

Kemampuan seseorang dalam beradaptasi (koping) tergantung dari latar belakang individu tersebut dalam mengartikan dan mempersepsikan sehat-sakit, misalnya tingkat pendidikan, pekerjaan, usia, budaya dan lain – lain.

2. Konsep Lingkungan

Lingkungan adalah semua kondisi yang berasal dari internal dan eksternal yang dapat mempengaruhi serta menimbulkan akibat bagi individu maupun kelompok ⁽⁵⁾.

Lingkungan internal adalah keadaan berupa proses mental individu yang terdiri atas pengalaman, kemampuan emosional dan

kepribadian. Lingkungan stressor lainnya adalah stressor biologis (sel maupun molekul) dari dalam tubuh individu.

Lingkungan eksternal adalah hal – hal yang berasal dari luar individu yang dipersepsikan sebagai suatu ancaman. Lingkungan eksternal dapat berupa fisik, kimiawi atau psikologis.

3. Keperawatan

Manusia adalah mahluk bio-psiko-spiritual yang unik sehingga kebutuhan tersebut harus selalu dipertimbangkan dalam asuhan keperawatan ⁽⁶⁾. Proses keperawatan adalah suatu sistem dalam merencanakan pelayanan asuhan keperawatan secara mendasar dari pengkajian hingga evaluasi pasien ⁽¹⁰⁾.

Pada Lokakarya Nasional Kelompok Kerja Keperawatan Konsorsium Ilmu Kesehatan tahun 1983, disebutkan bahwa keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan berbentuk pelayanan bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat, baik yang sakit maupun yang sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia ⁽⁷⁾.

Keperawatan adalah ilmu yang mempelajari sebab - sebab tidak terpenuhinya kebutuhan dasar manusia, serta upaya untuk memenuhi kebutuhan dasar tersebut sebagai respon pasien ⁽⁴⁾.

Pelayanan keperawatan mencakup keperawatan klinik dan manajemen keperawatan. Dalam keperawatan klinik, hal – hal yang dilaksanakan adalah pelayanan personal, komunikasi dengan dokter tentang keadaan pasien, hubungan dengan dokter dan

petugas penunjang lain, hubungan dengan pasien dan keluarga, penyuluhan kesehatan dan menciptakan kondisi ruang perawatan dan lingkungan yang aman dan nyaman. Manajemen keperawatan melaksanakan tugas administrasi pasien, pemeriksaan dan pengobatan, penggolongan dan penempatan pasien sesuai kondisi penyakit, pengaturan tenaga, mengelola peralatan perawatan dan pengawasan ⁽¹⁾.

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan keperawatan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan berdasarkan ilmu dan seni keperawatan berbentuk pelayanan bio-psiko-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia ⁽⁸⁾.

4. Manajemen Keperawatan

Manajemen asuhan keperawatan menggunakan metode proses keperawatan yang didasari konsep – konsep manajemen di dalamnya, seperti perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian serta evaluasi. Proses keperawatan merupakan proses pemecahan masalah yang menekankan pada pengambilan keputusan tentang keterlibatan perawat yang dibutuhkan oleh pasien. Manajemen asuhan keperawatan merupakan pengaturan sumber daya dalam menjalankan kegiatan keperawatan dengan metode proses keperawatan untuk memenuhi kebutuhan klien atau menyelesaikan masalah klien ⁽¹⁶⁾.

Proses keperawatan meliputi enam fase yaitu pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, tujuan keperawatan,

perencanaan tindakan keperawatan, implementasi tindakan keperawatan dan evaluasi⁽⁷⁾. Sehingga proses keperawatan merupakan suatu pendekatan penyelesaian masalah yang sistematis dalam pemberian asuhan keperawatan. Proses keperawatan merupakan suatu panduan untuk praktik keperawatan profesional.

Manajemen keperawatan pada penelitian ini akan membahas faktor supervisi klinis yang meliputi pengarahan, bimbingan, observasi, dan evaluasi. Data manajemen keperawatan diperoleh melalui wawancara mendalam.

Pengarahan adalah kegiatan yang dilakukan oleh kepala ruang kepada staf keperawatan mengenai tanggung jawab pengisian dokumen asuhan keperawatan.

Bimbingan adalah kegiatan yang dilakukan oleh kepala ruang kepada staf keperawatan berupa prinsip, sikap, dan cara pengisian dokumen asuhan keperawatan.

Observasi adalah kegiatan yang dilakukan oleh kepala ruang kepada staff keperawatan untuk melihat dan memantau pendokumentasian asuhan keperawatan.

Evaluasi adalah kegiatan yang dilakukan oleh kepala ruang kepada staff keperawatan untuk menilai hasil pendokumentasian asuhan keperawatan.

B. Pelayanan Keperawatan

1. Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit

Pelayanan keperawatan terhadap masyarakat berfokus pada aspek bio-psiko-sosio-kultural-spiritual, dengan memandang dan mempertahankan individunya dengan segala unsur manusiawii yang dimilikinya ⁽⁸⁾. Salah satu teori kebutuhan dasar manusia menurut Abraham Maslow, mengklasifikasikan kebutuhan dasar manusia dalam lima tingkatan, yaitu kebutuhan fisiologis, kebutuhan akan rasa aman, kebutuhan untuk mencintai dan dicintai, kebutuhan akan harga diri dan penghargaan serta kebutuhan akan perwujudan diri. Teori ini berhubungan dengan aspek – aspek kebutuhan bio-psiko-sosio-spiritual dalam suatu pelayanan keperawatan ⁽¹⁾.

Pelayanan keperawatan di rumah sakit terdiri dari keperawatan klinik dan manajemen keperawatan. John Griffith (1987) yang dikutip oleh Nursalam mengungkapkan bahwa kegiatan keperawatan di rumah sakit dibagi atas keperawatan klinik dan manajemen keperawatan.

Keperawatan klinik rumah sakit mencakup 5 aspek ⁽⁴⁾, antara lain :

- a. Keperawatan personal, yaitu pelayanan keperawatan umum dan spesifik untuk sistem tubuh tertentu, pemberian motivasi, dukungan emosi pada pasien dan pemberian obat.
- b. Berkomunikasi dengan pasien, keluarga, dokter dan petugas kesehatan yang lain.
- c. Menjalin hubungan dengan pasien dan keluarga untuk membantu proses penyembuhan.

- d. Menjaga lingkungan bangsal dan bertanggung jawab atas lingkungan fisik, mikrobiologi, keamanan dan kenyamanan.
- e. Penyuluhan kesehatan baik untuk pasien, keluarga maupun pengunjung rumah sakit.

2. Konsep Dokumentasi Asuhan Keperawatan

a. Sejarah lahirnya dokumen asuhan keperawatan

Lahirnya dokumen asuhan keperawatan tidak terlepas dari perkembangan profesi keperawatan. Sebagai profesi, keperawatan merupakan suatu proses sebagai metoda, yang merupakan suatu konsep dalam praktik keperawatan dengan pendekatan problem solving. Oleh sebab itu diperlukan ilmu, teknik dan ketrampilan interpersonal untuk memenuhi kebutuhan klien/keluarga dalam suatu asuhan keperawatan. Sebagai suatu proses keperawatan pertama kali dijabarkan oleh Hall pada tahun 1955. Dalam perkembangannya, tahapan – tahapan dari proses keperawatan terus mengalami penyempurnaan. Yura dan Walsh pada tahun 1967 menjabarkan bahwa proses keperawatan mencakup pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Pada tahun 1975 Mundinger dan Jaurou dikutip Nursalam menambah adanya diagnosa dapada proses keperawatan sehingga proses keperawatan mencakup 5 tahapan, yaitu (1) Pengkajian, (2) Diagnosis, (3) Perencanaan, (4) Pelaksanaan, (5) Evaluasi⁽⁸⁾.

b. Faktor – faktor Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

- 1) Formulir Asuhan Keperawatan
- 2) Sumber Daya manusia
- 3) Standard Operasional Rumah Sakit
- 4) Faktor Keuntungan bagi Perawat profesional
- 5) Motivasi

c. Komponen Dokumentasi Keperawatan ⁽⁴⁾

1) Pengkajian

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien. Pengkajian dilakukan guna mengidentifikasi, mengenali masalah – masalah, kebutuhan kesehatan, dan keperawatan.

Pengumpulan data pada pengkajian merupakan kegiatan dalam menghimpun informasi (data - data) dari pasien yang meliputi unsur bio psiko sosio kultural spiritual yang komprehensif.

2) Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah suatu pernyataan dari masalah pasien yang nyata maupun yang potensial berdasarkan data yang telah dikumpulkan, yang pemecahannya dapat dilakukan dalam batas wewenang perawat untuk melakukannya. Dalam merumuskan diagnosis keperawatan dapat menggunakan pendekatan

sebagai berikut : PES (Problem, Etiologi, Symptom) atau PE (Problem, Etiologi).

3) Rencana keperawatan

Rencana keperawatan adalah menyusun rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan perawat guna menanggulangi masalah klien sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan terpenuhinya kesehatan klien. Komponen rencana tindakan terdiri dari tujuan, kriteria hasil dan rencana tindakan keperawatan yang akan dilakukan ke pasien.

Langkah – langkah penyusunan perencanaan keperawatan terdiri dari tujuan dan kriteria hasil. Tujuan dan kriteria hasil disusun sesuai dengan prioritas masalah klien yang akan direncanakan untuk dilakukan tindakan asuhan keperawatan. Dengan menentukan tujuan dan kriteria hasil diharapkan asuhan keperawatan yang diberikan akan memberikan keberhasilan sesuai dengan yang diharapkan klien maupun perawat. Diagnosis keperawatan ditulis kembali pada formulir rencana tindakan keperawatan dan pada kolom diagnosis disertai penulisan tanggal serta jam ditegakkannya diagnosis. Rencana tindakan keperawatan disusun sesuai prioritas masalah klien atau sesuai diagnosis keperawatan yang sudah ditentukan.

4) Pelaksanaan Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan adalah pelaksanaan tindakan yang telah ditentukan, dengan maksud agar kebutuhan klien terpenuhi secara optimal. Pelaksanaan tindakan keperawatan adalah implementasi perawat terhadap klien secara urut sesuai prioritas masalah klien yang sudah dibuat dalam rencana tindakan asuhan keperawatan, termasuk di dalamnya penulisan nomor urut dan waktu ditegakkannya suatu pelaksanaan asuhan keperawatan.

Tindakan keperawatan harus berprinsip pada tindakan yang aman, sejalan dengan komponen pengobatan dan mempunyai alasan yang jelas yang bersifat realistik. Tindakan keperawatan harus memprioritaskan peningkatan status kesehatan pasien dan pasien menjadi sumber utama pemberian tindakan keperawatan ⁽¹⁰⁾.

5) Evaluasi

Evaluasi adalah proses penilaian pencapaian tujuan serta pengkajian ulang rencana keperawatan, ditulis pada tiga kolom yaitu evaluasi formatif / sumatif, rencana tindak lanjut dan tanggal teratasi. Evaluasi menilai respon pasien yang meliputi subjek, objek, pengkajian kembali (*assessment*) dan rencana tindakan (*planning*).

6) Tanda Tangan dan Nama Terang Perawat

Tanda tangan dan nama terang perawat harus tertuang dalam kolom yang tersedia pada formulir asuhan keperawatan secara jelas, sebagai bukti legal dan tanggung jawab atas pelaksanaan asuhan keperawatan yang diberikan pada klien.

7) Catatan Keperawatan

Catatan keperawatan diisi secara lengkap dan jelas setiap memberikan asuhan keperawatan maupun tindakan – tindakan yang diinstruksikan oleh dokter.

8) Resume Keperawatan

Resume keperawatan diisi setelah klien dinyatakan boleh pulang atau meninggal dunia maupun pada klien yang pulang atas permintaan sendiri, yang berisi rangkaian secara singkat dan jelas atas asuhan keperawatan yang telah diberikan.

9) Catatan Pasien Pulang atau Meninggal Dunia.

Formulir tersebut diisi sesuai keadaan klien saat itu. Jika klien diijinkan pulang untuk obat jalan, maka harus diisi secara rinci yang meliputi : keadaan klien pada saat akan pulang termasuk masalah perawatannya, jika ada luka bagaimana perawatan lukanya, diet yang dianjurkan, aktivitas, waktu kontrol, pengobatan dan dosisnya, serta pesan – pesan lain yang diperlukan untuk klien.

C. Teori Motivasi

Landy dan Becker mengelompokkan banyak pendekatan modern pada teori dan praktik menjadi lima kategori : teori kebutuhan, teori penguatan, teori keadilan, teori harapan, dan teori penetapan sasaran ⁽¹¹⁾.

1. Teori Kebutuhan

Teori ini memfokuskan pada yang dibutuhkan orang untuk hidup berkecukupan. Dalam praktiknya, teori kebutuhan berhubungan dengan bagian pekerjaan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan seperti itu.

Menurut teori kebutuhan, seseorang mempunyai motivasi kalau dia belum mencapai tingkat kepuasan tertentu dengan kehidupannya. Kebutuhan yang telah terpuaskan bukan lagi menjadi motivator.

Yang termasuk dalam teori kebutuhan adalah :

a. Teori Hirarki kebutuhan menurut Maslow

Dikembangkan oleh Abraham Maslow, dimana dia memandang manusia sebagai hirarki lima macam kebutuhan mulai dari kebutuhan fisiologis yang paling mendasar sampai kebutuhan tertinggi yaitu aktualisasi diri. Menurut Maslow, individu akan termotivasi untuk memenuhi kebutuhan yang paling menonjol atau paling kuat bagi mereka pada waktu tertentu.

b. Teori ERG

Teori ERG adalah teori motivasi yang menyatakan bahwa orang bekerja keras untuk memenuhi kebutuhan tentang eksistensi (*existence*) kebutuhan mendasar dari Maslow, kebutuhan keterkaitan (*relatedness*) kebutuhan hubungan antar pribadi dan kebutuhan pertumbuhan (*growth*) kebutuhan akan kreativitas pribadi, atau pengaruh produktifitas.

c. Teori Tiga Macam Kebutuhan

John W. Atkinson, mengusulkan ada tiga macam dorongan mendasar dalam diri orang yang termotivasi, kebutuhan untuk mencapai prestasi (*need for achievement*), kebutuhan kekuatan (*need of power*), dan kebutuhan untuk berafiliasi atau berhubungan dekat dengan orang lain (*need of affiliation*)⁽¹¹⁾.

Penelitian Mc Clelland juga megatakan bahwa manager dapat sampai tingkat tertentu, menaikkan kebutuhan untuk berprestasi dari karyawan dengan menciptakan lingkungan kerja yang memadai.

2. Teori Motivasi Dua Faktor

Faktor - faktor penyebab ketidakpuasan termasuk di dalamnya : gaji, keondisi kerja dan kebijakan, semuanya mempengaruhi konteks tempat pekerjaan yang dilakukan. Faktor yang paling penting adalah kebijakan dimana hal ini dinilai oleh banyak orang sebagai penyebab utama ketidak efisienan dan ketidakefektifan. Penilaian positif untuk faktor – faktor ini tidak menyebabkan kepuasan kerja tetapi hanya sampai hilangnya ketidakpuasan.

Secara lengkap, faktor – faktor yang membuat ketidakpuasan yang amat sangat adalah kebijakan perusahaan dan administrasi, supervisi, hubungan dengan supervisor, kondisi kerja, gaji, hubungan dengan rekan sejawat, kehidupan pribadi, hubungan dengan bawahan, status dan keamanan.

Faktor penyebab kepuasan (faktor yang memotivasi) termasuk prestasi, pengakuan, tanggung jawab dan kemajuan, semuanya berkaitan dengan pekerjaan dan imbalan prestasi kerja. Faktor – faktor yang membuat kepuasan yang amat sangat adalah : berprestasi, pengakuan, bekerja sendiri, tanggung jawab, kemajuan dalam pekerjaan, dan pertumbuhan.

3. Teori keadilan

Teori keadilan didasarkan pada asumsi bahwa faktor utama dalam motivasi pekerjaan adalah evaluasi individu atau keadilan dari penghargaan yang diterima. Individu akan termotivasi kalau mereka mengalami kepuasan dan mereka terima dari upaya dalam proporsi dan dengan usaha yang mereka pergunakan.

4. Teori harapan

Menyatakan cara memilih dan bertindak dari berbagai alternatif tingkahlaku, berdasarkan harapannya apakah ada keuntungan yang diperoleh dari tiap tingkah laku.

Tingkahlaku seseorang sampai tingkat tertentu akan tergantung pada tipe hasil yang diharapkan. Beberapa hasil berfungsi sebagai imbalan intinsik - imbalan yang “dirasakan” langsung oleh orang yang bersangkutan. Imbalan ekstrinsik, dan sebagainya seperti

bonus, pujian atau promosi diberikan oleh pihak luar, seperti supervisor atau kelompok kerja.

5. Teori Penguatan

Teori penguatan, yang dikemukakan dengan ahli psikologi B.F. Skinner, menunjukkan bagaimana konsekuensi tingkah laku di masa lampau yang mempengaruhi tindakan pada masa depan dalam proses belajar siklus. Proses ini dapat dinyatakan sebagai berikut :

Rangsangan → Respon → Konsekuensi → Respon masa depan.

Dalam pandangan ini, tingkah laku sukarela seseorang terhadap suatu situasi atau peristiwa merupakan penyebab dari konsekuensi tertentu. Teori penguatan menyangkut ingatan orang mengenai pengalaman rangsangan respon konsekuensi. Menurut teori penguatan, seseorang termotivasi kalau dia memberikan respon pada rangsangan dalam pola ringkah laku konsisten sepanjang waktu.

D. Motivasi Kerja

1. Pengertian

Motivasi kerja adalah: suatu kondisi yang berpengaruh untuk membangkitkan, mengarahkan dan memelihara perilaku yang berhubungan dengan lingkungan kerja ⁽¹¹⁾.

Bekerja adalah suatu bentuk aktivitas yang bertujuan untuk mendapatkan kepuasan. Untuk melakukan aktivitas ini melibatkan baik fisik maupun mental. Bekerja itu merupakan proses fisik maupun mental manusia dalam mencapai tujuannya.

2. Prinsip – prinsip dalam Supervisi

Terdapat beberapa prinsip dalam memotivasi kerja pegawai yaitu :

a. Prinsip partisipatif

Dalam upaya memotivasi kerja, pegawai perlu diberikan kesempatan ikut berpartisipasi dalam menentukan tujuan yang akan dicapai oleh pemimpin.

b. Prinsip komunikasi

Pemimpin mengkomunikasikan segala sesuatu yang berhubungan dengan usaha pencapaian tugas, dengan informasi yang jelas, pegawai akan lebih mudah dimotivasi kerjanya.

c. Prinsip mengakui andil bawahan

Pemimpin mengakui bahwa bawahan (pegawai) mempunyai andil di dalam usaha pencapaian tujuan. Dengan pengakuan tersebut, pegawai akan lebih mudah dimotivasi kerjanya.

d. Prinsip pendelegasian wewenang

Pemimpin akan memberikan otoritas atau wewenang kepada pegawai bawahan untuk sewaktu – waktu dapat mengambil keputusan terhadap pekerjaan yang dilakukannya, hal ini akan membuat pegawai yang bersangkutan menjadi termotivasi untuk mencapai tujuan yang diharapkan oleh pemimpin.

e. Prinsip memberi perhatian

Pemimpin memberikan perhatian terhadap apa yang diinginkan pegawai bawahannya, dan bawahan termotivasi bekerja sesuai dengan harapan pemimpin.

3. Peran Supervisor

Model diterjemahkan sebagai seseorang yang menjadi contoh dan panutan tentang perilakunya. Peran seorang manajer dalam keperawatan meliputi :

a. Envisioner

Seseorang yang dapat melihat dan berkomunikasi arti keperawatan profesional dan keterkaitannya dalam praktik keperawatan.

b. Energizer

Seseorang yang selalu dinamis dan memberikan stimulasi staf untuk berpartisipasi terhadap program kerjanya.

c. Investor

Seseorang yang menginvestasikan waktu dan tenaga dalam perkembangan profesi dan organisasi.

d. Supporter

Seseorang yang memberikan dukungan emosional dan menumbuhkan rasa percaya diri.

e. Standard Prodder

Seseorang selalu berpegang pada standar yang ada dan menolak aktifitas yang kurang atau tidak memenuhi kriteria standar.

f. Teacher – coach

Seseorang yang megajarkan kepada Anda tentang kemampuan skill, interpoersonal, atau politik yang penting guna pengembangan.

g. Feedback giver

Seseorang yang memberikan umpan balik secara positif dalam perkembangan individu.

h. Eye – opener

Seseorang yang selalu memberikan wawasan/pandangan yang luas tentang situasi terbaru yang terjadi.

i. Door – opener

Seseorang yang selalu membuka diri dan memberikan kesempatan kepada staf untuk berkonsultasi.

4. Self Motivation untuk Manajer

Motivasi diri sendiri dari manajer merupakan variabel yang menentukan motivasi pada semua tingkatan, khususnya kepuasan kerja staf dan untuk tetap bertahan bekerja pada institusi tersebut. Sikap yang positif, semangat, produktif, dan melaksanakan kegiatan dengan baik merupakan faktor utama yang harus dimiliki manajer. Terjadinya “burnout” salah satunya disebabkan oleh sikap manajer selalu memonitor tingkat motivasinya dan menjadikan motivasinya sebagai panutan bagi staf.

E. Faktor Yang Mempengaruhi Penampilan dan Kepuasan Kerja

1. Motivasi

Menurut Rowland & Rowland (1997) fungsi manajer dalam meningkatkan kepuasan kerja staf didasarkan pada faktor – faktor motivasi, yang meliputi ⁽¹²⁾ :

- a. Keinginan untuk peningkatan
- b. Percaya bahwa gaji yang didasarkan sudah mencukupi
- c. Memiliki kemampuan pengetahuan, ketrampilan dan nilai – nilai yang diperlukan.
- d. Umpan balik
- e. Kesempatan untuk mencoba
- f. Instrumen penampilan untuk promosi, kerjasama, dan peningkatan penghasilan

2. Lingkungan

Faktor lingkungan juga memegang peranan yang penting dalam motivasi. Faktor lingkungan tersebut meliputi :

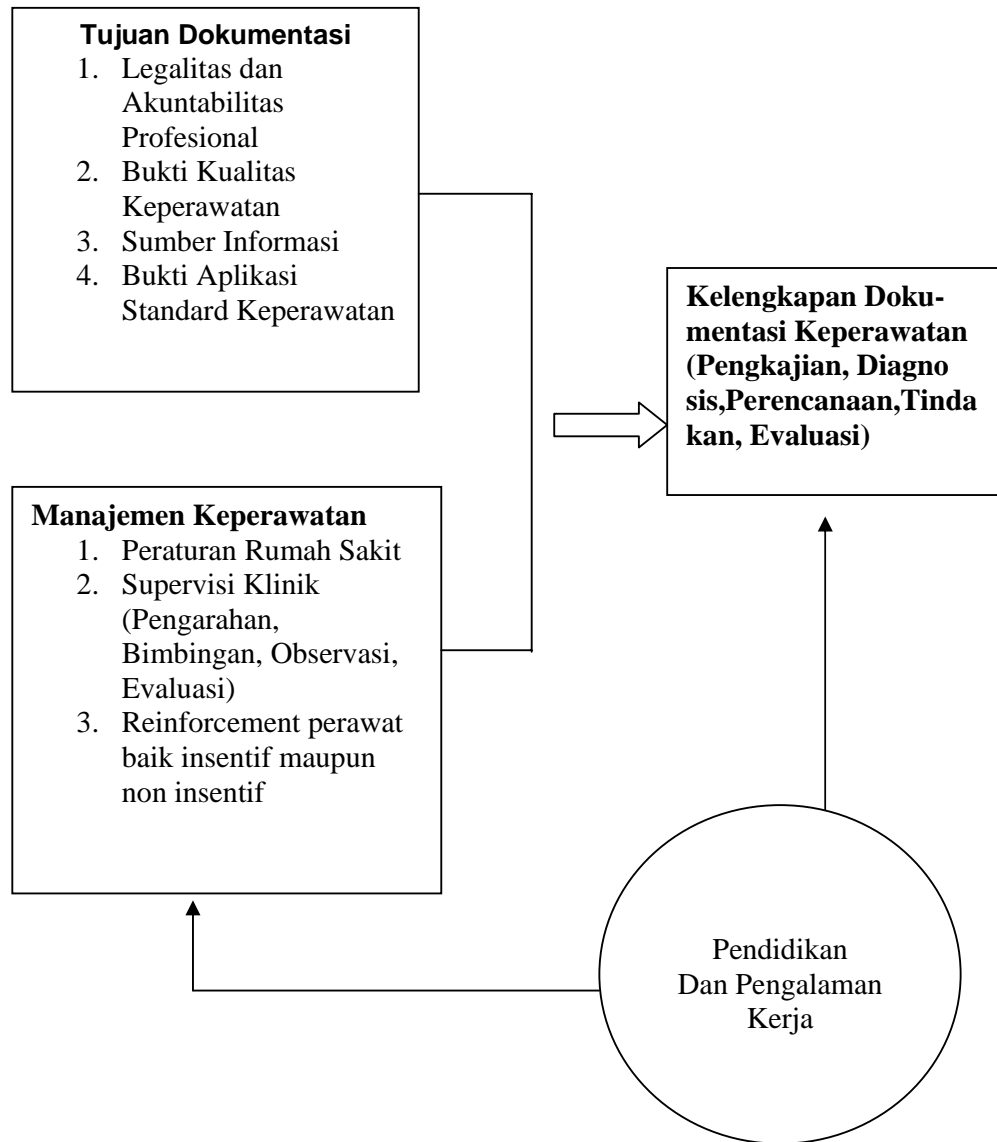
- a. Komunikasi
- b. Potential pertumbuhan
- c. Upah/gaji. Gaji yang cukup untuk kebutuhan hidup
- d. Kondisi kerja yang kondusif.

3. Peran Manajer

Manajer mempunyai 5 dampak terhadap faktor lingkungan dalam tugas profesional sebagaimana dibahas sebelumnya: (1) Komunikasi, (2) Potential Perkembangan, (3) Kebijaksanaan, (4) Gaji atau Upah, dan (5) Kondisi Kerja.

Dua belas kunci utama dalam kepuasan kerja adalah:

- a. Input
- b. Hubungan manajer staf
- c. Disiplin kerja
- d. Lingkungan tempat kerja
- e. Istirahat dan amakan yang cukup
- f. Diskriminasi
- g. Kepuasan kerja
- h. Penghargaan penampilan
- i. Klarifikasi kebijaksanaan, prosedur, dan keuntungan
- j. Mendapatkan dan mendapatkan kesempatan
- k. Pengambilan keputusan
- l. Gaya manajer

Kerangka Teori

Gambar 1 : Kerangka Teori Penelitian

(Sumber : Nursalam, 2001 dan Depkes RI, 1996)

BAB III METODOLOGI PENELITIAN

A. Variabel Penelitian

1. Supervisi

Variabel bebas adalah variabel yang menjadi sebab timbulnya atau berubahnya variabel terikat ⁽¹⁴⁾.

Variabel bebasnya adalah Pengarahan, Bimbingan, Observasi, Evaluasi.

Supervisi kepala ruang sebagai variabel bebas, meliputi pengarahan, bimbingan, observasi dan evaluasi.

Supervisi didefinisikan sebagai sebuah tindakan mengevaluasi jangka pendek tindakan bawahan untuk tujuan pemantauan perkembangan dari pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan.

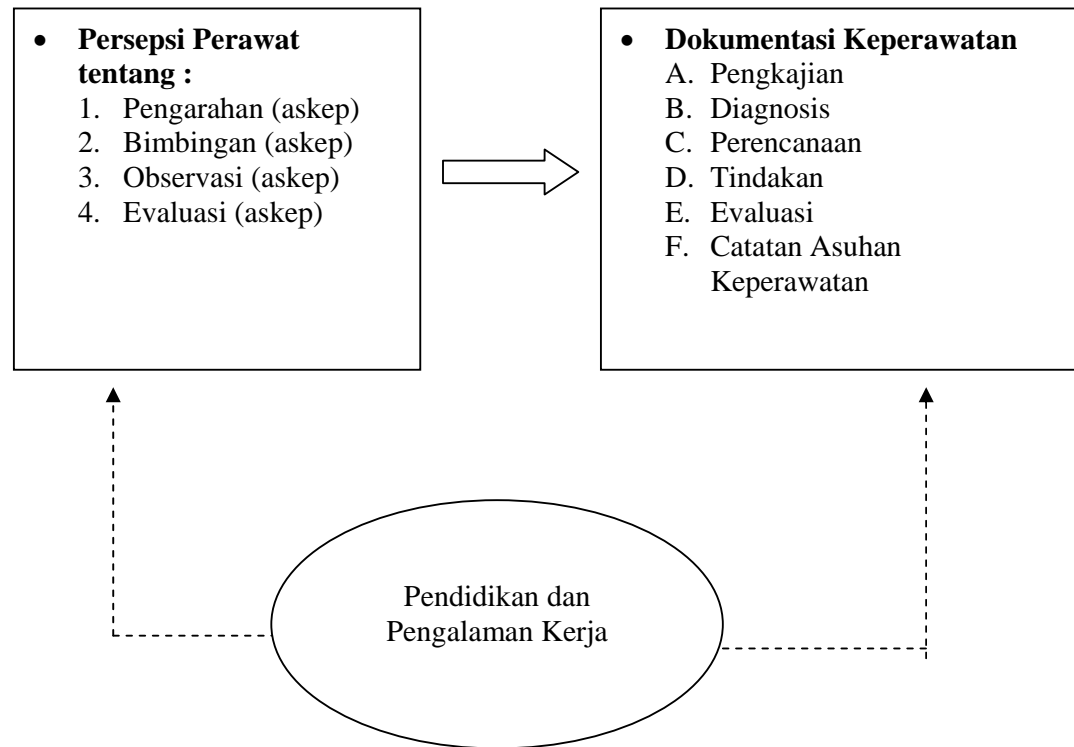
2. Dokumentasi Askep

Variabel terikat adalah variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas ⁽¹⁴⁾. Dokumentasi keperawatan dinilai dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, tindakan, evaluasi, serta catatan askep.

B. Kerangka Konsep

Konsep penulisan dokumentasi asuhan keperawatan meliputi proses siklus berkelanjutan dari pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, tindakan keperawatan dan evaluasi yang diberikan oleh perawat profesional ⁽¹⁶⁾.

Kerangka konsep untuk penelitian ini sebagai berikut:



Keterangan :

-----> = Keterkaitan antara variabel persepsi perawat dan dokumentasi keperawatan dihubungkan dengan pendidikan dan pengalaman kerja tidak diteliti.

Gambar 2. Kerangka Konsep Hubungan Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Dokumentasi Keperawatan

C. Rancangan Penelitian

1. Jenis penelitian

Jenis penelitian ini adalah observasional. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif yang bertujuan untuk memaparkan (mendeskripsikan) peristiwa-peristiwa yang terjadi saat ini. Deskripsi peristiwa dilakukan secara sistematis dan lebih menekankan data faktual daripada penyimpulan⁽¹⁷⁾.

Penelitian deskriptif ini hanya mengungkap atau mengeksplorasi kejadian yang merupakan fakta-fakta dan memaparkan apa adanya tentang keadaan dokumentasi asuhan keperawatan di RSUD Tugurejo Semarang.

2. Subyek dan Obyek Penelitian

a. Subyek Penelitian

Kriteria subjek penelitian adalah karakter sampel yang sesuai dengan kebutuhan penelitian⁽²⁰⁾.

Kriteria Subjek Penelitian :

- 1) Perawat yang tercantum dalam dokumen keperawatan
- 2) Kepala Ruang Rumah Sakit Tugurejo Semarang.

Jumlah subjek penelitian yang digunakan pada pengambilan data kualitatif pada penelitian ini menyesuaikan dengan saturasi data yang diperoleh

Subyek Penelitian terdiri dari :

- 1) Kepala Ruang sebanyak 9 orang.
- 2) Perawat ruang Rawat Inap sebanyak 15 orang. 5 orang dipilih dari kelompok yang pendokumentasian askepnnya tergolong baik, 5 orang dari ruang yang tergolong

pendokumentasian askepnya sedang, dan 5 orang lagi dipilih dari kelompok yang pendokumentasian askepnya kurang lengkap.

b. Obyek Penelitian

Obyek penelitian meliputi dokumen asuhan keperawatan yang dihitung melalui formula. Dokumen askep diambil pada Tgl 29 dan 30 September 2006. Dokumentasi yang dijadikan obyek penelitian adalah dokumentasi askep pada bulan Juli 2006, dikarenakan data setelah Juli belum selesai proses pengolahannya oleh Rumah Sakit.

Jumlah dokumen yang masuk pada bulan Juli 2006 adalah 1047. Berikut ini adalah formula penghitungan obyek penelitian.

$$\begin{aligned}
 n &= \frac{N}{1 + N(d)^2} \\
 &= \frac{1047}{1 + 1047(0.05)^2} \\
 &= \frac{1047}{1 + 1047(0.0025)} \\
 &= \frac{1047}{1 + 2.6175} \\
 &= \frac{1047}{3.6175}
 \end{aligned}$$

- = 289,4
- = 290 dokumen

3. Metode Pengumpulan Data

- Pengumpulan data dengan wawancara mendalam dan observasi. Wawancara mendalam dilakukan terhadap kepala ruang dan perawat pelaksana. Sedangkan observasi dilakukan dengan mengambil sampel catatan dokumentasi keperawatan yang ada di Rumah Sakit tempat penelitian ini dilakukan.
- Polit & Hunger (2003) menjelaskan jumlah informan pada penelitian kualitatif ditentukan oleh saturasi dari data ketika peneliti melakukan indeept interview.
- Indept interview / wawancara mendalam terhadap perawat dilakukan bagi mereka yang memenuhi kriteria sebagai subjek penelitian ini. Dengan purposive sampling 15 subjek diambil dari 3 kelompok yang dokumen askepnya lengkap, kurang lengkap, dan tidak lengkap.
- Bagi kelompok yang mengisi dokumen askep secara lengkap diambil 3 subjek perawat dari ruang Anggrek dan 2 subjek perawat dari ruang Mawar.
- Bagi kelompok yang mengisi dokumen askepnya kurang lengkap diambil 3 subjek perawat dari ruang Kenanga dan 2 subjek perawat dari ruang Dahlia.
- Bagi kelompok yang mengisi dokumen askep tidak lengkap diambil 3 subjek perawat dari Ruang Amarylis II dan 2 subjek dari ruang Amarylis III.

- Semua subjek penelitian tidak satupun yang menolak untuk mengikuti penelitian ini hingga selesai. Pengambilan data dilaksanakan dari tgl 5 - 10 Nopember 2006.

D. Definisi Operasional

1. Pengarahan adalah suatu proses yang memacu perawat dalam ruang rawat inap agar berkontribusi secara aktif dan positif sehingga tujuan Rumah Sakit dalam hal perawatan dapat tercapai.
2. Bimbingan adalah kegiatan yang dilakukan oleh Kepala Ruang dalam membimbing prinsip, sikap dan ketrampilan yang telah dirasakan oleh perawat.
3. Observasi adalah kegiatan yang dilakukan Kepala Ruang dalam melihat perkembangan pencapaian tujuan yang ditetapkan.
4. Evaluasi adalah proses penilaian pencapaian tujuan serta pengkajian ulang rencana keperawatan. Evaluasi keperawatan ditulis pada tiga kolom yaitu evaluasi formatif/sumatif, rencana tindak lanjut dan tanggal teratasi.
5. Untuk tujuan kajian ini kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan dikatakan *Baik* apabila lengkap di atas 75 %, dikatakan *Sedang* apabila kelengkapan dokumentasinya antara 50 – 74 %, dan dikatakan *Kurang* apabila di bawah 50 %.
6. Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan dengan mengumpulkan data – data yang akurat dari klien sehingga akan diketahui berbagai permasalahan yang ada.
7. Diagnosis merupakan keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang actual atau potential.

8. Perencanaan merupakan suatu proses penyusunan berbagai intervensi keperawatan yang dibutuhkan untuk mencegah, menurunkan atau mengurangi masalah – masalah klien.
9. Tindakan merupakan pelaksanaan berbagai tindakan keperawatan yang telah direncanakan dalam rencana tindakan keperawatan.
10. Evaluasi adalah tindakan identifikasi sejauh mana tujuan dari rencana keperawatan tercapai atau tidak.

BAB IV HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang terletak di Jalan Raya Tugurejo, Semarang. Rumah Sakit ini merupakan Rumah Sakit kelas B milik Pemerintah Propinsi Jawa Tengah. Jumlah tempat tidurnya sebanyak 200 TT, luas tanah 26.700 m, luas bangunan 10.000 m terdiri dari gedung rawat jalan, gedung IGD, 6 bangsal perawatan, kamar bedah, kamar bersalin, bangunan penunjang, kantor serta aula.

Rumah Sakit ini terletak pada jalur utama Semarang Jakarta yang merupakan jalur utama pantai utara Jawa antara Semarang Kendal, tepatnya pada Jalan Raya Tugurejo Semarang.

Pelayanan penunjang medis yang diberikan meliputi : pelayanan radiologi, laboratorium 24 jam, rehabilitasi medis (fisioterapi dan protese), farmasi 24 jam dan gizi. Bahkan rumah sakit juga memberikan pelayanan canggih seperti Endoscopy dan ECRP, Laser, EKG, EMR, serta Audio metri.

B. Dokumentasi Catatan Keperawatan Pasien

Catatan Keperawatan yang diambil dalam penelitian sebanyak 290 dari 1047 dokumen yang ada bagi pasien rawat inap di bulan Juli 2006 di RSUD Tugurejo Semarang.

Catatan keperawatan berasal dari beberapa ruang rawat inap yaitu : Ruang Bougenville, Kenanga, Anggrek, Melati, Mawar, Dahlia, Amarylis I, Amarylis II, Amarylis III, dan ICU. Secara lengkap terdapat pada Tabel 4.1.

Tabel 4.1. Proporsi sampel yang diambil dari setiap ruang perawatan

No	Nama Ruang	Jumlah Sampel
1	Ruang Bugenville	31
2	Ruang Kenanga	32
3	Ruang Anggrek	31
4	Ruang Melati	32
5	Ruang Mawar	31
6	Ruang Dahlia	32
7	Ruang Amarylis I	31
8	Ruang Amarylis II	32
9	Ruang Amarylis III	32
10	Ruang ICU	6
Jumlah		290

Dari hasil penilaian catatan keperawatan maka didapatkan hasil penatalaksanaan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan sebagai berikut ; Proporsi terbesar dalam kategori kurang (48%), yang selanjutnya diikuti sedang (35%) dan baik (17%). Sebaran tersebut terdapat pada Tabel 4.2.

Tabel 4.2. Kelengkapan Catatan Asuhan Keperawatan

Kategori Dokumentasi	Jumlah	Persentase (%)
Baik	50	17 %
Sedang	100	35 %
Kurang	140	48 %
Jumlah	290	100 %

C. Karakteristik Perawat

1. Umur Perawat

Umur perawat dari rentang umur 20 – 25 tahun terdapat 8 orang (53 %). Umur 26 – 30 tahun 6 orang (41 %). Umur 31 – 35 tahun 1 orang (6 %). Perawat termuda adalah umur 23 tahun sementara tertua adalah 34 tahun. Tabel 4. 3. memperlihatkan dengan jelas umur perawat ruang rawat inap.

Tabel 4.3. Distribusi perawat ruang rawat inap berdasarkan Umur

Umur (th)	Jumlah	Persentase (%)
20 - 25	8	53 %
26 - 30	6	41 %
31 - 35	1	6 %
JUMLAH	15	100 %

2. Jenis Kelamin

Jenis kelamin perawat ruang rawat inap : perawat laki – laki dengan jumlah 8 perawat (53 %). Perawat perempuan 7 orang (47 %). Lebih jelasnya terlihat pada Tabel 4.4.

Tabel 4.4. Distribusi Perawat berdasarkan Jenis kelamin

Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase (%)
Laki-laki	8	53 %
Perempuan	7	47 %
JUMLAH	15	100 %

3. Status Perkawinan

Status perkawinan perawat seperti pada Tabel 4.5 dengan jelas memperlihatkan bahwa lebih dari separo perawat belum menikah yaitu 9 orang (60 %) dan 6 orang (40 %) sudah menikah.

Tabel 4.5. Status perkawinan perawat ruang rawat inap

Status Perkawinan	Jumlah	Persentase (%)
Menikah/ pernah menikah	6	40 %
Belum Menikah	9	60 %
JUMLAH	15	100 %

4. Pendidikan

Pendidikan terakhir perawat 14 orang (93,3 %) adalah DIII Keperawatan, dan 1 orang (6,7 %) SPK. Tabel 4.6 secara rinci menggambarkan tingkat pendidikan perawat.

Tabel 4.6. Pendidikan terakhir perawat ruang rawat inap

Pendidikan Terakhir	Jumlah	Persentase (%)
DIII Keperawatan	14	93,3 %
SPK	1	6,7 %
JUMLAH	15	100 %

5. Masa Kerja

Masa kerja perawat berkisar 2 – 5 tahun. Masa kerja minimal perawat adalah 2 tahun dan maksimal adalah 5 tahun. Masa Kerja 2 tahun 7 orang (46.7%), 3 tahun 4 orang (26.6%), 4 tahun 3 orang (20%) dan 5 tahun 1 orang (6.7%). Tabel 4.7 dengan jelas memperlihatkan jumlah dan persentase dari masa kerja perawat.

Tabel 4.7. Masa kerja perawat ruang rawat inap

Masa Kerja (dlm tahun)	Jumlah	Persentase (%)
2	7	46,7 %
3	4	26,6 %
4	3	20 %
5	1	6,7 %
JUMLAH	15	100 %

D. Hasil Wawancara Mendalam Terhadap Perawat.

Analisis hasil wawancara mendalam terhadap perawat ruang rawat inap yang dilakukan terfokus pada variabel dokumentasi keperawatan yang meliputi pengkajian, penegakkan diagnosis, perencanaan, tindakan, evaluasi, serta catatan asuhan keperawatan. Selain itu yang ditanyakan mengenai persepsi pengarahan, bimbingan, observasi dan evaluasi. Perawat yang diwawancarai sebanyak 15 orang.

1. Kebenaran apakah perawat menuliskan dokumentasi askep berikut alasannya.
 - 9 perawat menyatakan menulis pendokumentasian askep dengan beberapa alasan diantaranya kekhawatiran terhadap adanya tanggung gugat jika ada masalah di kemudian hari, yang lain beralasan karena memang sudah menjadi kewajiban perawat.
 - 3 perawat menyatakan kadang – kadang menulis dan kadang – kadang tidak. Mereka beralasan beban kerja yang berat dengan perbandingan jumlah pasien dengan perawat jaga menjadi alasan utama mengapa mereka kadang – kadang menulis askep. Bagi perawat, pasien terlayani dengan baik itu lebih utama.
 - 3 perawat memberikan jawaban bahwa apa yang mereka tuliskan hanyalah tindakan yang selalu dilakukan. Artinya kolom pengkajian, perencanaan, dan evaluasi tidak diisi. Mereka beralasan bahwa kolom tindakan menjadi kunci utama dan dibutuhkan saat operan jaga dengan perawat selanjutnya, sebagai alat komunikasi.

“Ya saya melakukannya. Menurut saya penulisan dokumentasi askep itu penting, suatu saat jika ada apa – apa dengan pasien bisa sebagai alat bukti kita.”

2. Manfaat penulisan dokumentasi asuhan keperawatan bagi perawat.
 - Ada beberapa manfaat yang dikemukakan responden antara lain sebagai berikut;

- 5 orang perawat menyatakan pendokumentasian askep tersebut dapat digunakan untuk Penilaian Angka Kredit bagi Pegawai Negeri Sipil.
- 2 orang perawat menyatakan bahwa penulisan dokumentasi askep adalah sebagai bukti bahwa perawat telah melaksanakan askep sepenuhnya.
- 1 orang perawat menyatakan bahwa kolom – kolom askep diisi agar tidak tampak kosong.
- 7 orang perawat memberikan jawaban bahwa pendokumentasian askep sangat diperlukan sebagai alat komunikasi yang berkesinambungan antara perawat dari shift yang pagi ke sore lalu ke malam dan seterusnya.

“Perawat bekerja berdasarkan shift. Ada pagi, sore, dan malam. Dokumentasi tersebut sangat bermanfaat untuk alat komunikasi, sehingga antar perawat jaga bisa mengetahui kondisi pasien dari dokumentasi askep yang ada.”

3. Penghargaan yang diperoleh bagi perawat yang selalu melakukan penulisan dokumentasi asuhan keperawatan.
 - Hampir semua atau 13 orang perawat menjawab tidak ada reward apapun bagi mereka yang aktif menuliskan pendokumentasian askep. Seandainya tidak melakukan, mereka beralasan paling – paling juga cuma ditegur dan seterusnya lupa.

- 2 orang perawat menyatakan ada hanya saja mereka ragu apakah benar / tidak dimasukkan ke dalam uang Jasa Pelayanan (JP) yang diberikan tiap tengah bulan. Mereka mengetahui bagi yang rajin di ruangan termasuk menuliskan dokumentasi askep mendapat uang JP yang sedikit lebih besar. Tapi mereka juga berpikir biasanya besaran uang JP didasarkan jumlah pasien di ruangan, artinya semakin banyak pasien dalam bulan itu maka semakin banyak pula uang JP bulan tersebut.

“Selama saya di sini belum pernah ada reward, bahkan tidak melakukanpun tidak apa – apa, paling – paling hanya ditegur tidak lama juga akan lupa lagi.”

4. Manfaat penulisan dokumentasi asuhan keperawatan bagi Rumah Sakit.

- Bagi perawat manfaat tersebut dipandang oleh 4 orang sebagai bagian dari kerapian sehingga jika ada akreditasi akan lebih mudah.
- Sejumlah 4 orang berpendapat guna peningkatan mutu pelayanan Rumah Sakit
- 4 orang berpendapat sebagai bagian dari legal aspek perawat.
- Ada 2 orang berpendapat bahwa hal tersebut berguna untuk penelitian dan pengembangan.
- 1 orang menyampaikan bahwa penulisan dokumentasi askep bermanfaat sebagai tambahan kesibukan perawat jaga.

“Saya berpendapat dengan pendokumentasian askep yang baik, akan meningkatkan kerapihan dokumen yang ada sehingga mempermudah semua pihak ketika ada akreditasi Rumah Sakit.”

5. Faktor penghambat/kesulitan yang dirasakan dalam upaya melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan.
- Sebagian besar (9 perawat) , menyatakan bahwa faktor penghambat utama adalah tenaga yang minim sementara pekerjaannya banyak. Bahkan ada ruangan yang dengan 4 perawat jaga dengan 35 kapasitas tempat tidur dan sering penuh.
 - 2 orang menyatakan bahwa mengisi askep itu makan waktu karena terlalu panjang formatnya.
 - 2 orang lagi menyatakan bahwa sebagian waktu mereka tersita untuk mendampingi visite dokter berikut mengisi format dokter yang sering tidak dilengkapi.
 - 2 orang yang lain memberikan jawaban bahwa mereka malas melakukan karena mengerjakan atau tidak sama – sama tidak diberi peringatan baik oleh bagian penyimpanan CM maupun Direksi rumah sakit.

“Kesulitan paling besar yang perawat rasakan adalah perbandingan jumlah perawat dengan jumlah pasien yang tidak seimbang. Kalau shift sore atau malam dengan 2 atau 3 perawat harus menangani lebih dari 10 pasien.”

6. Faktor pendorong yang dirasakan untuk melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan.

- 5 perawat menyatakan bahwa faktor pendorong yang utama adalah pemenuhan aspek legalitas. Lebih lanjut mereka menerangkan bahwa maksudnya sebagai bukti otentik jika ada pemeriksaan maupun jika suatu saat terjadi masalah tertentu yang membutuhkan dokumentasi askep.
- 2 perawat menyatakan bahwa faktor pendorong mereka melaksanakan dokumentasi askep adalah dorongan Kepala Ruang.
- 2 perawat terdorong karena kewajiban.
- 2 perawat yang lainnya lagi demi memenuhi angka kredit Pegawai Negeri Sipil.
- Hanya 1 perawat yang menyatakan demi untuk mendapatkan reward.
- Ada 3 perawat yang menyatakan demi untuk kelancaran/kelangsungan dalam bekerja, maksudnya agar mereka bekerja sebagai honorer tidak dikeluarkan karena bukti bahwa mereka bekerja terdokumentasi dengan baik.

“Kalau tidak didorong oleh Kepala Ruang besar kemungkinan saya tidak mengerjakan dokumentasi askep.”

7. Motivasi dalam melakukan penulisan dokumentasi asuhan keperawatan.
- 4 perawat menyatakan motivasi adalah guna melengkapi Catatan askep, agar lebih tahu keluhan dan tindakan terhadap pasien, karena bimbingan Kepala Ruang, dan sebagai syarat kenaikan golongan dalam kepangkatan PNS.
 - 2 perawat menyatakan karena kesadaran pribadi dan tanggung jawab yang tinggi terhadap tugas yang diberikan sebagai perawat.
 - 2 perawat yang lain juga menyatakan demi peningkatan kualitas kerja.
 - 7 perawat menyatakan sebagai bukti tertulis bahwa perawat telah merawat pasien dengan baik.

“Sebagai bukti bahwa perawat telah melakukan dokumentasi askep.”

8. Perbedaan teori ketika kuliah dengan aplikasi tentang penulisan dokumentasi asuhan keperawatan.
- Secara umum jawaban responden menyatakan bahwa antara kuliah dan teori tidak berbeda jauh.
 - Ketika kuliah 10 perawat menyatakan bahwa penulisan dokumentasi asuhan keperawatan harus sesuai seperti teori.
 - 4 perawat memberikan jawaban bahwa di bangku kuliah askep harus ditulis lengkap.
 - 1 perawat menyatakan bahwa untuk penyakit yang diambil hanya berdasarkan teori saja atau sebagai sample saja bukan kenyataan.

“Perawat menyatakan bahwa penulisan dokumentasi askep harus sesuai teori.”

Di sisi lain ketika sudah bekerja di Rumah Sakit responden memberikan jawaban yang bervariasi.

- 1 responden menjawab bahwa penulisan askep di Rumah Sakit dimodifikasi sesuai kondisi klien.
- 1 perawat menyatakan lebih ekstrim bahwa yang ditulis hanyalah implementasi saja, artinya bagian yang lain seperti perencanaan, diagnosa keperawatan, perencanaan dan evaluasi tidak ditulis/dilengkapi.
- 2 perawat menyatakan bahwa pendokumentasian askep di Rumah Sakit tergantung kebutuhan. 2 perawat lagi menyatakan bahwa pendokumentasian askep di Rumah Sakit memakan waktu atau tidak efisien.
- 3 perawat menyebutkan bahwa penulisannya banyak yang disingkat.
- 6 perawat menggambarkan bahwa pendokumentasian askep di Rumah Sakit penulisannya jauh lebih simple dibandingkan dengan teori.

“Setelah bekerja saya menyadari bahwa penulisan dokumentasi askep tidaklah sesulit ketika masih kuliah. Formnya simple dan kondisi pasiennya riil sehingga lebih mudah.”

9. Persepsi perawat terhadap pengarahan Kepala Ruang dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan

- 12 perawat menyatakan bahwa supervisi Kepala Ruang sangat berpengaruh terhadap pelaksanaan penulisan dokumentasi keperawatan.
- 3 perawat menyatakan bahwa penulisan askep dipengaruhi supervisi Kepala Ruang namun kebanyakan Kepala Ruang tidak melakukannya.

“Supervisi Kepala Ruang berpengaruh terhadap pelaksanaan penulisan dokumentasi keperawatan.”

- 13 perawat menyatakan bahwa Kepala Ruang tidak pernah melakukan pengarahan dalam dokumentasi keperawatan.
- 2 perawat menyebutkan bahwa Kepala Ruang melakukannya secara tidak langsung ketika pertemuan bulanan di ruangan.

“Kepala Ruang tidak pernah melakukan pengarahan dokumentasi keperawatan.”

11. Bimbingan dalam penulisan dokumentasi keperawatan.

- 9 perawat menyatakan bimbingan secara spesifik tidak ada akan tetapi Kepala Ruang melakukannya dengan memberikan contoh dengan melakukan pendokumentasian di ruang Kepala Ruang.
- 6 perawat menyatakan bahwa Kepala Ruang tidak pernah melakukan bimbingan karena Kepala Ruang menganggap bahwa bimbingan terhadap pendokumentasian askep merupakan kewajiban tim Rumah Sakit terutama Kepala Seksi Perawatan bukan tanggung jawab Kepala Ruang.

“Bimbingan secara lisan tidak ada akan tetapi dengan tindakan. Hal ini misalnya dilakukan oleh Kepala Ruang dengan melakukan pendokumentasian di ruang Kepala Ruang.”

12. Persepsi perawat terhadap observasi Kepala Ruang terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan

- Semua perawat menyatakan bahwa observasi tidak pernah dilakukan kecuali kalau pasien akan pulang, karena mereka berasumsi bahwa CM pasien yang akan pulang nantinya akan dikirim ke bagian CM dan tidak kembali lagi ke ruangan kecuali kalau pasiennya dirawat inap lagi di ruangan tersebut.

“Yang lazim dilakukan perawat maupun Kepala Ruang memastikan bahwa CM lengkap terutama pada kolom tindakan bagi pasien yang mau pulang atau pindah ruangan.”

13. Cara Observasi Kepala Ruang terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan.

- Semua perawat menyatakan caranya membuka kembali form catatan askep klien apakah sudah lengkap atau belum. Jika belum maka perawat jaga saat itu diminta untuk melengkapinya.

“Form catatan askep, kami pastikan bagian mana yang belum terisi. Baik diminta Kepala Ruang atau tidak, itu yang kami lakukan.”

14. Persepsi perawat terhadap evaluasi yang dilakukan oleh Kepala Ruang terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan.

- 11 perawat menyatakan bahwa Kepala Ruang tidak melakukan evaluasi terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan.
- 4 perawat menjawab melakukan evaluasi walau mereka tidak dapat menyebutkan secara spesifik bentuk evaluasinya dan waktu dilakukannya.

“Sebagian Kepala Ruang melakukan evaluasi.”

15. Cara Kepala Ruang dalam melakukan evaluasi pendokumentasian asuhan keperawatan.

- Evaluasi dilakukan, terutama waktu pertemuan bulanan. Bagi yang rajin diberikan reward berupa sanjungan dan dorongan agar terus maju. Bagi yang belum agar lebih rajin dan giat lagi karena akan mempengaruhi Jasa Pelayanan yang diterima.

“Ketika ada pertemuan bulanan Kepala Ruang juga mengevaluasi askep.”

E. Karakteristik Kepala Ruang

1. Umur Kepala Ruang

Umur Kepala Ruang termuda 26 tahun, tertua 44 tahun tersebar dalam kelompok – kelompok sebagai berikut : antara 25 – 35 tahun sebanyak 5 orang (55 %), antara 36 – 50 tahun sebanyak 4 orang (45 %). Secara lengkap dapat dilihat pada tabel 4. 8.

Tabel 4. 8. Umur Kepala Ruang

Umur (th)	Jumlah	Persentase (%)
25 - 35	5	55 %
36 - 50	4	45 %
JUMLAH	9	100 %

2. Jenis Kelamin

Jenis kelamin kepala ruang dalam penelitian ini meliputi 5 orang laki –laki dan 4 perempuan. Selengkapnya seperti tampak dalam tabel 4. 9 berikut ini.

Tabel 4. 9. Jenis Kelamin Kepala Ruang

Jenis Kelamin	Jumlah	Persentase (%)
Laki-laki	5	55 %
Perempuan	4	45 %
JUMLAH	9	100 %

3. Status Perkawinan

Status perkawinan kepala ruang meliputi 8 orang (88 %) menikah dan 1 orang (12 %) belum menikah. Selengkapnya terdapat pada tabel sebagai berikut.

Tabel 4. 10. Status Perkawinan Kepala Ruang

Status Perkawinan	Jumlah	Persentase (%)
Menikah/ pernah menikah	8	88 %
Belum Menikah	1	12 %
JUMLAH	9	100 %

4. Pendidikan

Pendidikan terakhir kepala ruang meliputi 7 orang D III Keperawatan, S1 Kesehatan 1 orang dan 1 orang lain – lain/tidak termasuk kriteria yang ada. Tabel 4.11 secara rinci merangkum tingkat pendidikan kepala ruang.

Tabel 4. 11. Pendidikan Terakhir Kepala Ruang

Pendidikan Terakhir	Jumlah	Persentase (%)
DIII Keperawatan	7	77,4 %
S1 Kesehatan	1	11,3 %
Lain-lain	1	11,3 %
JUMLAH	9	100 %

5. Masa Kerja

Masa kerja Kepala Ruang kurang dari 10 tahun hingga 30 tahun. Secara lengkap tersebar dalam beberapa kelompok yaitu 5 orang mempunyai masa kerja kurang dari 10 tahun, 3 orang mempunyai masa kerja 11 – 20 tahun, 1 orang mempunyai masa kerja 21 – 30 tahun. Secara lengkap terdapat pada tabel 4. 12 sebagai berikut.

Tabel 4. 12. Masa Kerja Kepala Ruang

Masa Kerja (dlm tahun)	Jumlah	Persentase (%)
<10	5	56 %
11 -- 20	3	33 %
21 -- 30	1	11 %
JUMLAH	9	100 %

F. Hasil Wawancara Mendalam terhadap Kepala Ruang

1. Perlunya staf keperawatan melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan yang dilakukan terhadap pasien.

Disimpulkan bahwa staf keperawatan perlu melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan. Hal ini perlu mengingat

- Catatan tersebut dapat digunakan sebagai alat untuk mengevaluasi perawat dalam melakukan tindakannya terhadap pasien.
- Jika di kemudian hari ada kasus hukum yang berkaitan dengan pasien tertentu maka catatan askep dapat dijadikan bukti sah terhadap tindakan yang dilakukan oleh perawat.

“Ya perlu, keuntungan dari segi hukum jika ada permasalahan di kemudian hari bisa dipertanggungjawabkan”.

2. Supervisi terhadap kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan.

Disimpulkan bahwa supervisi dilakukan harian dan bulanan.

- Harian dilakukan mengingat kepala ruang setiap hari juga masuk kerja dan sebagai bagian dari tanggung jawabnya, dan jika kepala ruang berhalangan maka dilakukan lain waktu.
- Supervisi bulanan dilakukan setiap tanggal 15, mengingat pada tanggal tersebut merupakan waktu pertemuan rutin ruangan. Kegiatan yang dilakukan diantaranya mengecek catatan askep apakah sudah lengkap atau belum. Lebih fokus lagi mengenai

catatan askep yang pasiennya akan pulang, catatan tersebut akan dikirim ke bagian penyimpanan Catatan Medis.

“Supervisi pencatatan askep dilakukan setiap hari dan juga bulanan. Setiap tanggal 15 kami bertemu dan catatan askep yang belum masuk Catatan Medis kami cek ulang.”

3. Kegiatan yang dilakukan untuk memotivasi perawat dalam pendokumentasian askep.

Disimpulkan bahwa kepala ruang memotivasi perawat secara lisan dalam setiap tindakan. Kecenderungannya tidak hanya untuk satu kegiatan misalnya hanya askep saja. Bentuk reward bagi yang rajin akan tampak pada besaran Jasa Pelayanan yang diterima.

“Motivasi kami berikan secara lisan, selain itu perawat juga sudah tahu semakin rajin mereka di ruangan melengkapi catatan askep semakin besar pula Jasa Pelayanan yang mereka terima.”

4. Faktor – faktor yang mempengaruhi kelengkapan dokumentasi keperawatan.

Disimpulkan bahwa ada beberapa faktor yang mempengaruhi kelengkapan pengisian dokumentasi askep, antara lain :

- Perbandingan perawat – pasien tidak seimbang, di ruang - ruang tertentu pasien selalu penuh sementara jumlah perawat jaga hanya 3 atau 2 untuk shift sore/malam.
- Faktor umur perawat, rata - rata yang di ruangan 30 tahun. Sehingga perlu dorongan, bimbingan oleh kepala ruang. Perawat muda secara umum juga memerlukan motivasi.
- Banyak dokter yang tidak melengkapi dokumen Catatan Medis, sehingga menambah beban kerja perawat.
- Perawat juga harus mendorong pasien ke Rontgen dan tempat lain, harus mengambil obat ke Apotik dan menyerahkan darah ke laboratorium untuk di analisa.
- Model catatan askepnya terlalu panjang dan kurang fokus sehingga menyita waktu untuk mengisinya.

“Pekerjaan dokter sering dilakukan perawat, pekerjaan perawat masih tumpang tindih, job description perawat disini sebenarnya harus melakukan apa?.”

5. Pemecahan masalah yang harus dilakukan untuk mendukung kelengkapan dokumentasi askep.

Disimpulkan bahwa perlunya semua pihak di rumah sakit terlibat, konkritnya diantaranya,

- Perlu adanya tenaga *pembantu perawat* pada setiap ruang rawat inap. Sehingga pekerjaan yang seharusnya tidak dilakukan perawat selama ini seperti mengantarkan darah laboratorium, mengantar pasien ke Rontgen ini dapat dilakukan oleh tenaga non perawat.
- Perlu dibuat aturan agar supaya dokter juga harus mengisi Catatan Medis secara lengkap.
- Mengingat beban kerja tidak sebanding waktu yang ada maka model dokumentasi askep harus ditinjau kembali. Yang ada sekarang perlu dievaluasi dan dirasa tidak tepat lagi.
- Perlunya bimbingan rutin dari pihak rumah sakit dalam pendokumentasian askep.

“Saran dari kepala ruang adalah agar ada pembantu perawat sehingga perawat tidak melakukan apa yang mereka seharusnya tidak lakukan. Jangan hanya perawat, Dokter juga dituntut untuk melelengkapi dokumentasi. Agar model CM yang ada sekarang dirasa tidak tepat lagi, selain tidak fokus juga menyita waktu. perlunya ada bimbingan rutin dari rumah sakit. Dapat pula jika diawali dengan penyegaran penulisan dokumentasi askep yang tepat dan benar”.

DAFTAR PUSTAKA

1. Sri Wedati. Pengantar Manajemen Keperawatan. MMR UGM. Yogyakarta. 2003
2. Dinas Kesehatan Propinsi Dati I Jawa Tengah. Lokakarya keperawatan Dalam Penerapan standard Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit. Semarang. 1998.
3. Tim Depkes RI. Standard Asuhan Kerperawatan. Jakarta: Departemen Kesehatan. 1996
4. Nursalam. Proses dan Dokumentasi Keperawatan: Konsep dan Praktik. Jakarta: Salemba Medika. 2001.
5. Mulyana, R. Profil Kepribadian Guru Dalam Dimensi Psikologis, Sosial, dan Spiritual. Journal Pendidikan Program PascaSarjana. Bandung: UPI.2002.
6. Tim Depkes RI. Konsep dan Proses Keperawatan. Jakarta: Departemen Kesehatan. 1996.
7. Departemen Kesehatan RI. Konsep dan Proses Keperawatan. Jakarta:. 1997.
8. Carpenito, L. Diagnosa Keperawatan. 2003.
9. Budi Anna Keliat. Manajemen Keperawatan Kesehatan Jiwa. Jakarta : Universitas indonesia. 2000.
10. Lismindar. Proses Keperawatan. Jakarta: Universitas Indonesia. 2000.
11. Sondang P Siagian. Teori Motivasi dan Aplikasinya. Rineka Cipta. Jakarta. 1996.
12. Gillies. Nursing Management. Philadelphia. W.B. Saunders. 1997.
13. Azwar, A. Program Manajemen Mutu Pelaynan Kesehatan. Jakarta. IDI. 1996.
14. Sugiyono. Sttiastik Untuk penelitian. Jakarta: Rineka Cipta. 1999.
15. Prihardjo, R. Praktek Keperawatan Profesional Konsep Dasar dan Hukum. Jakarta: EGC. 1995.
16. Budi Anna Keliat. Kumpulan Pelatihan Tenga Paramedis Rumahs Sakit Jiwa Semarang. 1993
17. Notoadmodjo, Soekidjo. Metodologi Penelitian Kesehatan. Jakarta. Rineka Cipta. 1996.

18. Ruseffendi. Dasar – dasar Penelitaian Pendidikan dan Bidang non Eksakta Semarang: IKIP Semarang. 2001.
19. Polit & Hunger. Nursing Research. Philapdelphia. Lippincot. 2003.
20. Moleong, Lexy. Metodologi Penelitian Kualitiatif. Remaja Rosdakarya. Bandung. 2000.
21. Moekijat. Dasar – dasar Motivasi. Pioneer Jaya. Bandung. 2001
22. Wilkinson, Judith. Nursing Process. A Critical Thinking Approach. Addison-Wesley Nursing. California. 1996.
23. Carpenito, Lynda, J Moyet. Nursing Care Plans & documentation. Nursing diagnoses and collaborative Problems. Lippincott Williams Wilkins. Philadelphia. 2004.
24. Strubert, Helen & Carpenter, Dona. Qualitative Research in Nursing. Advancing the Humanistic Imperative. Lippincott. Philadhelphia. 1999.
25. Scheider, Christine., LoBiondo-Wood, Gery., & Haber, Judith. Nursing Research. Methods, Critical, Appraisal, and utilization. Mosby. New South Wales. 1999.
26. Nursalam. Manajemen Keperawatan, Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional. Salemba Medika. Jakarta. 2002.

Lampiran 1 :

PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
BAGI KEPALA RUANG

1. Menurut saudara, apakah staf perawat perlu melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien? Mengapa?
2. Apakah saudara secara rutin melakukan supervisi pada staf perawat tentang kegiatan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan? Bagaimana supervisi yang dilakukan? Bagaimana dan kapan pengarahan, bimbingan, observasi, dan evaluasi dilakukan.
3. Kegiatan apakah yang telah dilakukan untuk memotivasi staf perawat melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien?
4. Menurut saudara, faktor apa sajakah yang mempengaruhi kelengkapan dokumentasi keperawatan?
5. Menurut saudara, bagaimana pemecahan masalah yang harus dilakukan untuk mendukung kelengkapan dokumentasi?

Lampiran 2:

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM
BAGI PERAWAT PELAKSANA**

I. Dokumentasi

1. Apakah saudara selalu menuliskan dokumentasi asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien? Bila ya kenapa? Bila tidak kenapa?
2. Apakah manfaat penulisan dokumentasi asuhan keperawatan bagi staf perawat?
3. Apakah ada penghargaan yang diperoleh bagi perawat yang selalu melakukan penulisan dokumentasi asuhan keperawatan?
4. Apakah manfaat penulisan dokumentasi asuhan keperawatan bagi rumah sakit?
5. Sebagai perawat, faktor penghambat/kesulitan apakah yang saudara rasakan dalam upaya melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan?
6. Selama saudara bekerja, faktor pendorong apakah yang saudara rasakan untuk melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan?
7. Apakah motivasi saudara melakukan penulisan dokumentasi asuhan keperawatan?
8. Bagaimana perbedaan teori ketika kuliah dengan aplikasi penulisan pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan?

II. Pengarahan

9. Sebagai perawat, sejauhmana supervisi Kepala Ruang berpengaruh pada pelaksanaan penulisan dokumentasi keperawatan?
10. Apakah Kepala Ruang melakukan pengarahan dalam dokumentasi keperawatan?
Jelaskan lebih rinci bagaimana bentuknya?

III. Bimbingan

11. Apakah Kepala Ruang melakukan bimbingan dalam dokumentasi keperawatan?
Bila ya bagaimana bentuk bimbingannya? Menurut anda bimbingan yang dilakukan sudahbaik atau belum. Bila baik alasannya apa? Bila belum alasannya apa?

IV. Observasi

12. Apakah kepala ruang melakukan observasi pendokumentasian keperawatan?
13. Bagaimana cara kepala ruang anda mengobservasi pendokumentasian keperawatan anda?

V. Evaluasi

14. Apakah Kepala Ruang melakukan evaluasi dalam dokumentasi keperawatan?
15. Bagaimana cara melakukannya? Menurut saudara apakah benar? Bila ya kenapa?
Bila tidak kenapa? Seharusnya bagaimana?

Lampiran 3 :

**INSTRUMEN
KELENGKAPAN DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN
DI RUMAH SAKIT**

PETUNJUK : BERI TANDA V BILA ASPEK YANG DINILAI DITEMUKAN
BERI TANDA X BILA ASPEK YANG DINILAI TIDAK DITEMUKAN

NO	ASPEK YANG DINILAI	KEBERADAAN	
		ADA	TIDAK ADA
A.	Pengkajian		
1.	Mencatat data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian		
2.	Data dikelompokkan (biopsiko-sosio-spiritual)		
3.	Data dikaji sejak pasien masuk sampai pulang		
4.	Masalah dirumuskan berdasarkan masalah yang telah diturunkan		
B.	Diagnosa		
1.	Diagnosa keperawatan berdasarkan masalah pasien		
2.	Diagnosa keperawatan meliputi Problem Etiologi dan Symptom		
3.	Merumuskan diagnosa keperawatan aktual/potential		
C.	Perencanaan		
1.	Berdasarkan diagnosa keperawatan		
2.	Disusun menurut urutan prioritas		
3.	Rumusan tujuan mengandung komponen pasien/subyek, perubahan, perilaku, kondisi pasien/keluarga		
4.	Rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah terinci dan jelas, dan atau melibatkan pasien/keluarga		
5.	Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien/keluarga		
6.	Rencana tindakan menggambarkan kerjasama dengan tim kesehatan lain		

D	Tindakan		
1.	Tindakan dilaksanakan mengacu pada rencana perawatan		
2.	Perawat mengobservasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan		
3.	Revisi tindakan berdasarkan hasil evaluasi		
4.	Semua tindakan yang telah dilaksanakan dicatat ringkas dan jelas		
E	Evaluasi		
1.	Evaluasi mengacu pada tujuan		
2.	Hasil evaluasi dicatat		
F	Catatan Asuhan Keperawatan		
1.	Menulis pada format yang baru		
2.	Pencatatan dilakukan sesuai dengan tindakan yang dilaksanakan		
3.	Pencatatan ditulis dengan jelas, ringkas, istilah yang baku dan benar		
4.	Setiap melakukan tindakan/kegiatan perawat mencantumkan paraf/nama jelas, dan tanggal jam dilakukan tindakan		
5.	Berkas catatan keperawatan disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.		

Lampiran 4. Lembar Penjelasan untuk Responden

**PROGRAM PASCA SARJANA
PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
KONSENTRASI ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS DIPONEGORO**

Kepada Yth. :

Responden Penelitian Perawat Pelaksana
Ruang Rawat Inap RSUD Tugurejo
SEMARANG

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : YAHYO DIYANTO

NIM : EA002023

Alamat : Jl. Raya Ngaliyan No. 48 Semarang – Jawa Tengah

Adalah mahasiswa Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Administrasi Rumah Sakit Universitas Diponegoro Semarang yang sedang melakukan penelitian untuk tesis dengan judul “*Analisis Faktor – Faktor Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang*”.

Penelitian ini tidak menimbulkan akibat yang merugikan bagi saudara sebagai responden, kerahasiaan semua informasi yang diberikan akan dijaga dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Jika saudara tidak bersedia menjadi responden atau jika saudara menjadi responden bila terjadi hal – hal yang memungkinkan untuk tidak ikut dalam penelitian ini, maka tidak ada ancaman / sangsi bagi saudara.

Dalam memberikan jawaban yang saudara berikan, diharapkan sesuai dengan pendapat saudara sendiri tanpa dipengaruhi oleh orang lain.

Apabila saudara menyetujui, maka dimohon kesediannya untuk menandatangani persetujuan dan menjawab pertanyaan yang telah disediakan.

Terimakasih atas perhatian dan kerjasama yang baik dari saudara sebagai responden.

Semarang, September 2006

Peneliti,

Yahyo Diyanto
NIM EA002023

Lampiran 5 : Lembar Persetujuan menjadi Responden

**PROGRAM PASCA SARJANA
PROGRAM MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
KONSENTRASI ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS DIPONEGORO**

LEMBAR PERSETUJUAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bersedia untuk menjadi responden penelitian yang dilakukan oleh Mahasiswa Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Konsentrasi Administrasi Rumah Sakit Universitas Diponegoro Semarang dengan judul “*Analisis Faktor – Faktor Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang*”.

Saya memahami dan menyadari bahwa penelitian ini tidak akan mengakibatkan negatif terhadap diri saya, oleh karena itu saya bersedia untuk menjadi responden dalam penelitian ini.

Semarang, September 2006
Responden,

.....