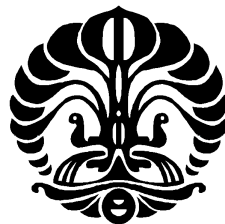


**PENGARUH KELOMPOK KERJA KEPERAWATAN  
TERHADAP KINERJA PERAWAT DALAM PELAKSANAAN  
DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN  
DI INSTALASI RAWAT INAP RSUD dr. H. KOESNADI  
BONDOWOSO**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Magister Ilmu Keperawatan**

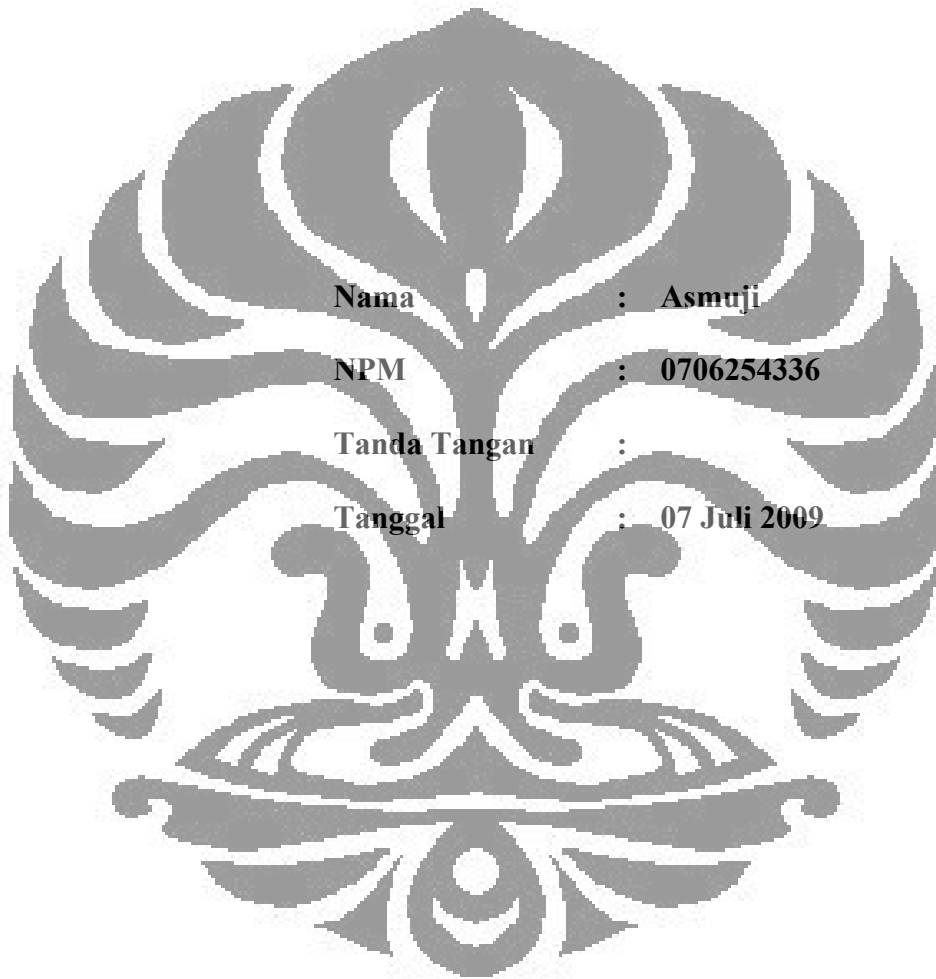
**A S M U J I  
0706254336**



**UNIVERSITAS INDONESIA  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN  
DEPOK  
JULI 2009**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,  
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk  
telah saya nyatakan dengan benar.**



**Nama : Asmuji**

**NPM : 0706254336**

**Tanda Tangan :**

**Tanggal : 07 Juli 2009**

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :  
Nama : Asmuji  
NPM : 0706254336  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Judul Tesis : Pengaruh Kelompok Kerja Keperawatan terhadap  
Kinerja Perawat dalam Pelaksanaan Dokumentasi  
Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD  
dr. H. Koesnadi Bandowoso

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dewi Irawaty, MA., Ph.D .....  
Pembimbing : Mustikasari, S.Kp., MARS .....  
Penguji : Hanny Handiyani, S.Kp., M.Kep .....  
Penguji : Widaningsih, S.Kp., M.Kep .....

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 07 Juli 2009

## KATA PENGANTAR

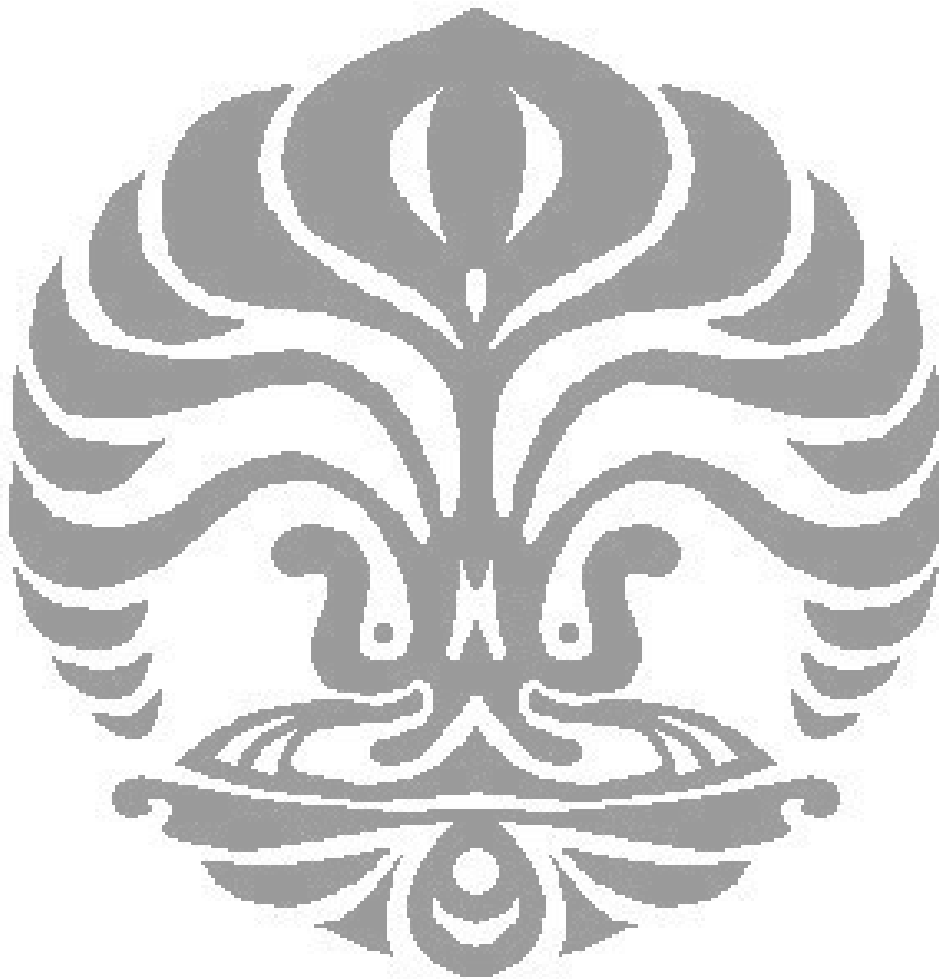
Puji syukur kehadirat Allah SWT, atas segala rahmat, nikmat, dan hidayahNya, sehingga saya dapat menyelesaikan penelitian dengan judul “Pengaruh Kelompok Kerja Keperawatan terhadap Kinerja Perawat dalam Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso“. Tersusunnya tesis ini tentu tidak terlepas dari bantuan, bimbingan, masukan dan saran dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini, saya mengucapkan terima kasih Kepada Yang Terhormat:

1. Dewi Irawaty, MA., Ph.D., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan sekaligus selaku Pembimbing I yang telah memberikan masukan, saran dan mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini;
2. Krisna Yetti, S.Kp., M.App.Sc., selaku Ketua Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia;
3. Mustikasari, S.Kp., MARS., selaku pembimbing II yang telah memberi masukan, saran dan telah meluangkan waktu, tenaga, pikiran untuk mengarahkan saya dalam penyusunan tesis ini;
4. Direktur RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso yang telah memberikan ijin penelitian
5. Bagian Diklat, Komite Keperawatan dan Bagian Bidang Keperawatan RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso beserta jajarannya yang telah memberikan informasi, saran, dan masukan berharga untuk penelitian ini;
6. Perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso yang telah berkenan menjadi responden penelitian;
7. Orang tua saya yang senantiasa memberikan dukungan do’a dan moril selama saya menempuh studi ini;
8. Isteri dan Anakku yang terkasih dan tersayang yang senantiasa memberikan dukungan do’a, moral, materiil, dan semangat selama saya menempuh studi; dan
9. Semua Pihak yang telah banyak membantu penyelesaian tesis ini.

Akhir kata, saya berharap Allah SWT berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu keperawatan.

Depok, Juli 2009

Penulis



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS  
AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

---

---

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama : Asmuji  
NPM : 0706254336  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Departemen : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Pengaruh Kelompok Kerja Keperawatan terhadap Kinerja Perawat dalam Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bandowoso

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/ pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok  
Pada tanggal : 07 Juli 2009  
Yang menyatakan

(Asmuji)

## ABSTRAK

Nama : Asmuji  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Judul : Pengaruh Kelompok Kerja Keperawatan terhadap Kinerja Perawat dalam Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso

Kinerja perawat dalam melakukan dokumentasi asuhan keperawatan mencerminkan kualitas pelayanan keperawatan di rumah sakit. Salah satu cara yang dapat dipergunakan untuk meningkatkan kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan adalah dengan membentuk kelompok kerja keperawatan. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi "pengaruh kelompok kerja keperawatan terhadap kinerja perawat dalam pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso". Penelitian ini merupakan penelitian *quasi experiment* dengan *pretest and posttest one group design*. Sampel penelitian adalah seluruh perawat di delapan ruangan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso berjumlah 96 perawat, dengan kriteria berpendidikan minimal D III Keperawatan, tidak sedang cuti, dan bersedia menjadi responden. Instrumen yang digunakan adalah karakteristik responden (jenis kelamin, umur, pendidikan, masa kerja, dan status kepegawaian) dan instrumen baku Evaluasi Dokumentasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan dari Depkes (2005) yang terdiri dari 24 item penilaian. Hasil penelitian menunjukkan rata-rata nilai kinerja sebelum ada kelompok kerja sebesar 65,99, dan rata-rata nilai kinerja setelah ada kelompok kerja sebesar 75,93. Tetapi, temuan ini masih di bawah standar yang telah ditentukan oleh Depkes (2005), yaitu 85. Terdapat pengaruh yang bermakna kelompok kerja keperawatan terhadap kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan ( $p \text{ value} = 0,000; \alpha: 0,05$ ). Variabel yang paling berpengaruh terhadap kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan adalah jenis kelamin perawat ( $p \text{ value} = 0,004; \alpha: 0,05$ ). Persamaan regresinya adalah **kinerja perawat = 83,185 - 5,442 jenis kelamin**, artinya bahwa rata-rata nilai kinerja perawat laki-laki lebih rendah 5,442 dibandingkan perawat perempuan. Direkomendasikan untuk dilakukannya penelitian kualitatif guna menggali faktor-faktor yang menyebabkan kinerja perawat laki-laki lebih rendah dibandingkan perawat perempuan.

Kata kunci : dokumentasi keperawatan, kelompok kerja, kinerja perawat  
Buku sumber : 78 (1987-2008)

## ABSTRACT

Name : Asmuji  
Study Program : Master of Nursing Science  
Title : The Influence of Nursing Work Group to the Nurses' Performance in Nursing Care Documentation in the in Patient Department, dr. H. Koesnadi General Hospital, Bondowoso

Nurses' performance in documenting their nursing care demonstrate quality of nursing care in the hospital. One way to improve the excellence of their documentation is to establish a nursing work group. The aim of the study was to identify the influence of nursing work group to the nurses' performance of nursing process documentation in the inpatient department, dr. H. Koesnadi general hospital. The method was a quasi experiment with pretest and posttest one group design. The samples were all nurses from eight wards of inpatient department. They were 96 nurses. Their criteria were diploma of nursing, assigning informed concerned and on duty. The instrument used in the research comprised of the respondent characteristics (5 questions) and Depkes' evaluation documentation of nursing care (24 questions). The result showed that nurses' mean score of nursing care documentation performance before organizing work group was 65.99 and after work group utilized was 75.93. However, the point of nursing care documentation performance was under standard of health department (85). The work group were significantly influenced the implementation of nursing care documentation ( $p$ -value= 0.000;  $\alpha$ : 0.05) and the most influenced variable in improving nursing care documentation was the respondent sex ( $p$  value= 0.004;  $\alpha$ : 0.05). The multiple regression result demonstrated that nurse performance=  $83,185 - 5,442sex$ . It could be concluded that the mean point of male nurses performance were less than 5.442 with the female nurses. It is recommended that it should do a qualitative study to explore the factors that bring about the male nurses performance lower than the female nurses.

Keywords: nursing documentation, work group, nurses' performance  
Bibliography: 78 (1987-2008)



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....	ii
LEMBAR PENGESAHAN .....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH.....	vi
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL.....	xi
DAFTAR GAMBAR.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	7
C. Tujuan Penelitian.....	8
1. Tujuan Umum.....	8
2. Tujuan Khusus.....	8
D. Manfaat Penelitian.....	9
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Kelompok Kerja.....	10
1. Pengertian.....	10
2. Pembentukan Kelompok Kerja.....	10
3. Tujuan Pembentukan Kelompok Kerja.....	13
4. Ukuran Kelompok Kerja.....	14
5. Peran Anggota Kelompok Kerja.....	14
6. Ciri – ciri Kelompok Kerja yang Efektif.....	15
7. Manfaat Membangun Kelompok Kerja yang Efektif.....	16
B. Kinerja.....	17
1. Pengertian.....	17
2. Faktor – faktor yang Mempengaruhi Kinerja.....	18
3. Penilaian Kinerja.....	22
C. Proses Keperawatan.....	25
1. Pengertian.....	25
2. Tahap – tahap Proses Keperawatan.....	26
D. Dokumentasi Keperawatan.....	28
1. Pengertian.....	29
2. Tujuan, Manfaat, dan Pentingnya Dokumentasi Keperawatan.....	30
3. Prinsip Dokumentasi Keperawatan.....	33
E. Kerangka Teori.....	34

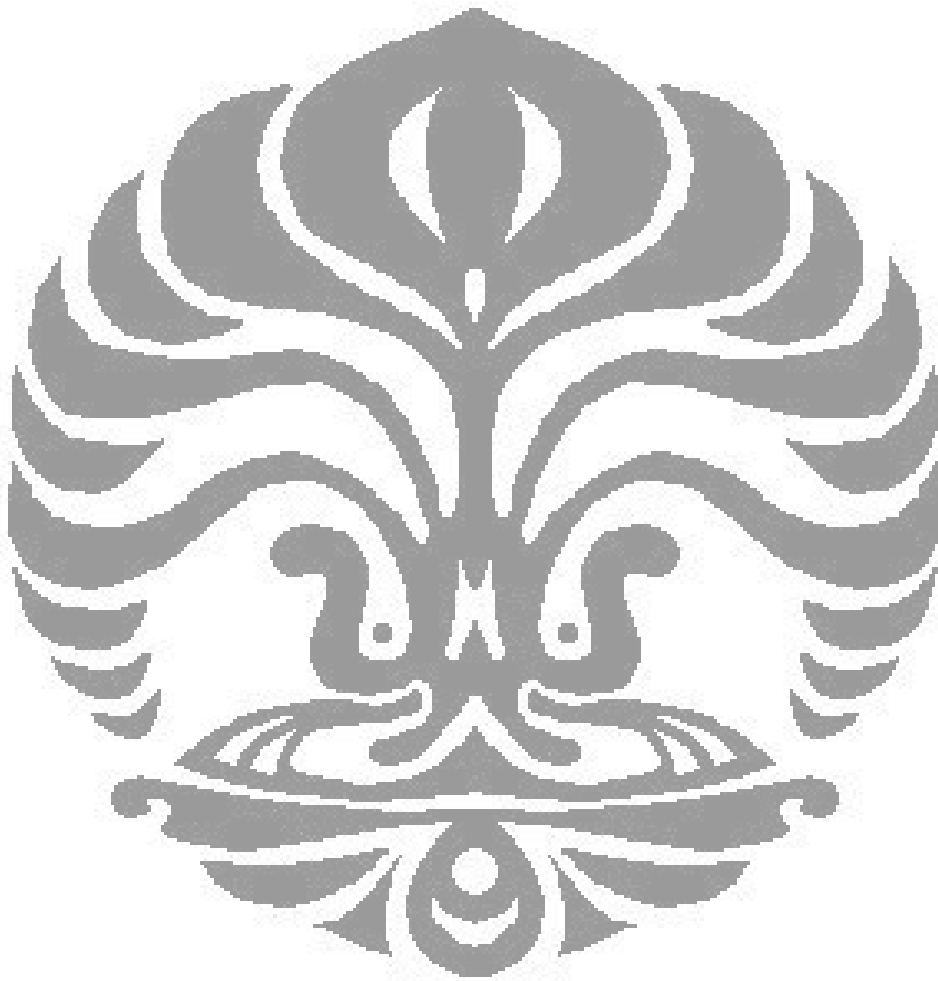
<b>BAB III KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL</b>	
A. Kerangka Konsep.....	36
B. Hipotesis .....	37
C. Definisi Operasional .....	38
<b>BAB IV METODE PENELITIAN</b>	
A. Desain Penelitian .....	44
B. Populasi dan Sampel.....	45
C. Tempat Penelitian .....	45
D. Waktu Penelitian.....	45
E. Etika Penelitian.....	46
F. Alat Pengumpulan Data.....	47
G. Prosedur Pengumpulan Data.....	49
H. Analisis Data.....	54
<b>BAB V HASIL PENELITIAN</b>	
A. Karakteristik Perawat.....	60
B. Kinerja Perawat.....	61
<b>BAB VI PEMBAHASAN</b>	
A. Interpretasi Hasil Penelitian .....	72
B. Keterbatasan Penelitian.....	88
C. Implikasi Hasil Penelitian Terhadap Keperawatan.....	88
<b>BAB VII SIMPULAN DAN SARAN</b>	
A. Simpulan.....	90
B. Saran.....	91
<b>DAFTAR REFERENSI</b> .....	93
<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 3.1 Definisi Operasional Penelitian .....	38
Tabel 4.1 Variabel dan Uji Statistik pada Analisis <i>Bivariat</i> .....	56
Tabel 5.1 Distribusi Karakteristik Responden Menurut Jenis Kelamin, Pendidikan, dan Status Kepegawaian Perawat di Intalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso .....	60
Tabel 5.2 Distribusi Rata-Rata Umur dan Masa Kerja Perawat di Intalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso .....	61
Tabel 5.3 Distribusi Rata-rata Nilai Kinerja Perawat dalam Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Sebelum dan Setelah Ada Kelompok Kerja Keperawatan di Intalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso .....	62
Tabel 5.4 Distribusi Rata-rata Nilai Kinerja Perawat dalam Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan pada Pengkajian, Diagnosa, Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi, dan Catatan Keperawatan Sebelum dan Setelah Ada Kelompok Kerja Keperawatan di Intalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso .....	63
Tabel 5.5 Analisis Korelasi dan Regresi Umur dan Masa Kerja Perawat dengan Kinerja Perawat dalam Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Intalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso .....	66
Tabel 5.6 Distribusi Rata-rata Nilai Kinerja Perawat dalam Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan menurut Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, dan Status Kepegawaian Perawat di Intalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso .....	67
Tabel 5.7 Hasil Analisis <i>Bivariate</i> Variabel Pendidikan, Umur, Jenis Kelamin, Masa Kerja, dan Status Kepegawaian dengan Kinerja Perawat dalam Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Intalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso .....	69
Tabel 5.8 Hasil Analisis Pemodelan Variabel Umur, Jenis Kelamin, Masa Kerja, dan Pendidikan Perawat terhadap Kinerja Perawat dalam Pelaksanaan Dokumentasi asuhan Keperawatan di Intalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso .....	70
Tabel 5.9 Data Hasil Analisis <i>Multivariat</i> Jenis Kelamin Perawat Terhadap Kinerja Perawat dalam Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Intalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso .....	71

## DAFTAR GAMBAR

	Hal
Gambar 2.1 Kerangka Teori Penelitian .....	34
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian.....	37



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1: Keterangan Lolos Uji Etik
- Lampiran 2: Permohonan Ijin Penelitian dan Persetujuan Ijin Penelitian
- Lampiran 3: Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 4: Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 5: Instrumen A Karakteristik Responden
- Lampiran 6: Instrumen B Penilaian Kinerja Perawat dalam Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan
- Lampiran 7: Indikator Penilaian Dokumentasi Asuhan Keperawatan
- Lampiran 8: Kelompok Kerja Keperawatan Mutu Dokumentasi asuhan Keperawatan
- Lampiran 9: Struktur Organisasi dan Daftar Nama Kelompok Kerja Keperawatan
- Lampiran 10: Form Pelaporan Kegiatan Dokumentasi
- Lampiran 11: Lembar Evaluasi Diri
- Lampiran 12: Daftar Riwayat Hidup

# BAB 1 PENDAHULUAN

## A. Latar Belakang

Rumah sakit merupakan salah satu organisasi penghasil produk jasa pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, setiap rumah sakit harus memiliki karakter mutu pelayanan prima yang sesuai dengan harapan pasien (Depkes, 2002). Wijono (1999) menyatakan bahwa untuk mencapai pelayanan yang bermutu dan berkualitas, rumah sakit harus lebih meningkatkan percaya diri dengan meningkatkan mutu pengetahuan (*knowledge*), keterampilan (*skill*), wawasan (*vision*), kemampuan logika, ketajaman analisis serta tahan uji, dan selalu mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi kesehatan. Sedangkan, menurut Swansburg (1993), untuk menghasilkan produk pelayanan kesehatan yang berkualitas, rumah sakit harus membuat suatu rencana yang salah satu elemen utamanya adalah program jaminan kualitas. Tanpa adanya itu semua maka pelayanan kesehatan berkualitas/ bermutu sulit diwujudkan.

Mutu pelayanan di rumah sakit tidak hanya tergantung dari salah satu subsistem saja, tetapi mencakup seluruh komponen yang ada. Ilyas (2004) menjelaskan bahwa rumah sakit merupakan suatu sistem artinya, bahwa setiap hal berpengaruh terhadap hal lain, setiap hal merupakan bagian dari sesuatu yang lebih besar dan tidak satupun hal yang berdiri sendiri terpisah dari yang lain. Apabila ada salah satu subsistem pelayanan di rumah sakit tidak bekerja dengan baik, dapat mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan secara keseluruhan. Menurut Wijono (1999), mutu pelayanan kesehatan merupakan hasil akhir dari interaksi dan ketergantungan antara berbagai aspek, komponen atau unsur organisasi pelayanan kesehatan. Salah satu komponen penting untuk terselenggaranya pelayanan kesehatan yang bermutu di rumah sakit adalah tenaga kerja/ sumber daya manusia.

Ilyas (2004), rumah sakit merupakan organisasi padat tenaga kerja dengan variasi status dan keahlian yang sangat luas. Salah satu karakteristik yang membuat rumah sakit berbeda dengan organisasi lain yang juga padat tenaga kerja adalah proporsi profesional sumber daya manusia relatif tinggi di beberapa bagian tertentu, sehingga memerlukan keahlian tersendiri untuk mengelolanya.

Unit pelayanan di rumah sakit yang mempunyai padat tenaga kerja dengan proporsi profesional sumber daya manusia yang paling tinggi adalah bagian pelayanan keperawatan. Depkes (2002) menyatakan bahwa jumlah tenaga perawat dan bidan di rumah sakit menempati urutan terbanyak (40%). Bahkan menurut Huber (2006) 90% dari pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah pelayanan keperawatan.

Besarnya tenaga keperawatan di rumah sakit akan menambah masalah jika tidak dilakukan pengelolaan secara tepat. Ilyas (2004) menyatakan bahwa tingginya jumlah tenaga perawat di rumah sakit memerlukan pengelolaan secara baik, agar dapat menghasilkan pelayanan keperawatan yang efektif dan efisien. Pelayanan keperawatan secara efektif dan efisien akan dapat terwujud, jika pembuatan keputusan pemecahan masalah keperawatan dapat dilakukan secara tepat pula.

Pemecahan masalah dalam organisasi menurut Wijono (1999) akan lebih efektif jika terjadi dalam proses kelompok kerja. Hal ini didukung pula oleh pernyataan Steven dalam Swansburg (1993), penggunaan kelompok kerja sangat meningkatkan produktivitas bila digunakan secara efektif. Wijono (1999) juga mengatakan, keputusan kelompok lebih baik daripada keputusan pemimpin yang disampaikan pada kelompok. Hasil penelitian Gordon (1924, Shaw 1923, Watson 1928, dalam Johnson & Johnson, 2000) menyatakan bahwa pemecahan masalah secara kelompok lebih efektif atau lebih produktif bila dibanding secara individual. Menurut Saroyo (1982 dalam Walgito,

2007), produktivitas kelompok dalam pemecahan masalah secara kooperatif hasilnya lebih tinggi daripada yang dihasilkan dalam situasi yang kompetitif.

Walgito (2007), yang dimaksud kelompok kerja adalah suatu tim yang bersifat interaksi interpersonal untuk memaksimalkan keahlian (*proficiency*) anggota demi kesuksesan dalam mengerjakan tugasnya serta mengkoordinasikan dan mengintegrasikan usaha anggota satu dengan anggota tim lainnya, untuk mencapai tujuan secara efektif. Kelompok kerja memerlukan individu yang mempunyai komitmen tinggi, peran serta aktif, dan bertanggung jawab. Menurut Swansburg (1993), membentuk kelompok kerja yang efektif diperlukan peran individu untuk saling menerima dan menghargai dukungan, titik pandang, ide, saran, solidaritas, menjadi *mediator*, meningkatkan komunikasi terbuka, mendengar dan mengevaluasi. Sehingga, dengan kelompok kerja yang efektif, kualitas pelayanan keperawatan dapat diperbaiki, keluar-masuk personel dikurangi, dan keserasian dapat ditingkatkan.

Pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang sangat menentukan kualitas pelayanan di rumah sakit. Keperawatan merupakan bentuk pelayanan profesional kepada klien yang diberikan secara manusiawi, komprehensif dan individualistik, berkesinambungan sejak klien membutuhkan pelayanan sampai saat klien mampu melakukan kegiatan sehari-hari secara produktif untuk diri sendiri dan orang lain (Kusnanto, 2004). Sebagai perawat profesional tentu mempunyai tanggung jawab dalam memberikan asuhan keperawatan atau pelayanan keperawatan yang bermutu. Upaya meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di rumah sakit, memerlukan standar pelayanan yang dapat digunakan sebagai tolok ukur keberhasilan suatu kegiatan. Menurut Depkes (2005), menilai atau mengetahui tingkat keberhasilan penerapan standar yang telah disepakati, perlu dilakukan penilaian secara obyektif menggunakan metode dan instrumen penilaian yang baku.



Standar pelayanan dan standar asuhan keperawatan berfungsi sebagai alat ukur untuk mengetahui, memantau, dan menyimpulkan pelayanan atau asuhan keperawatan yang diselenggarakan di rumah sakit sudah sesuai dan memenuhi persyaratan yang telah ditetapkan (Asman, 2001). Salah satu standar yang dipergunakan untuk menilai pelayanan keperawatan adalah penilaian terhadap pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan. Penilaian tersebut mencakup catatan setiap tahap dari lima langkah proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi pada buku rekam medis pasien (Depkes, 2005). Penilaian secara obyektif dilakukan dengan audit dokumentasi keperawatan, yaitu dengan menganalisis data tentang asuhan keperawatan berdasarkan tahap – tahap proses keperawatan untuk mengevaluasi efektifitas tindakan keperawatan (Ott, 1987 dalam Gillies, 1994) menggunakan instrumen evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan di rumah sakit (Depkes, 2005).

Dokumentasi merupakan salah satu kegiatan dalam proses keperawatan yang tidak dapat dipisahkan dari pelaksanaan asuhan keperawatan. Karena, menurut Heartfield (2008), keberadaan dokumentasi keperawatan sebagai dasar nyata dalam asuhan keperawatan. Dokumentasi keperawatan harus mencerminkan data-data yang akurat dan menghindari terjadinya kesalahpahaman dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Dokumentasi keperawatan adalah informasi tertulis tentang status dan perkembangan kondisi klien serta semua kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat (Fisbach, 1991). Sehingga, dokumentasi tidak sekedar catatan tetapi merupakan alat komunikasi vital antar tenaga atau tim kesehatan, pendidikan, dan program penelitian. Selain itu dokumentasi keperawatan bermanfaat karena mempunyai nilai hukum, jaminan mutu, keuangan, dan akreditasi (Guido, 1997).

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan cerminan mutu asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan oleh perawat. Pelaksanaan dokumentasi memegang peranan penting dalam penilaian kinerja perawat di ruang rawat inap. Iyer & Camp (1995) mengatakan bahwa dokumentasi asuhan

keperawatan merupakan mekanisme yang digunakan untuk mengevaluasi asuhan keperawatan yang telah diberikan kepada pasien, dan dokumentasi keperawatan adalah orientasi dari kinerja yang telah dilaksanakan oleh perawat pelaksana. Artinya, semakin baik, tertib, dan benar pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan, maka dapat dikatakan kinerja perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien adalah baik pula dan sebaliknya.

Kenyataan di lapangan menunjukkan bahwa pada umumnya kinerja perawat pelaksana dalam pelaksanaan dokumentasi masih belum baik. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Davis, Billings, dan Ryland (1994) menunjukkan 46% pengkajian mempunyai nilai kurang dan 15% tidak diisi, 15,2% tujuan tidak sesuai dengan masalah pasien, 66,6% intervensi keperawatan penulisannya kurang rinci, 16% pelaksanaan tindakan keperawatan tidak dibuktikan dengan tanda tangan maupun initial perawatnya, 35,7% evaluasi kurang lengkap. Hasil penelitian Kusumawaty (2001) diperoleh hasil rata-rata nilai pelaksanaan dokumentasi keperawatan di Rumah Sakit Karya Bhakti Bogor adalah 69,59. Sedangkan, berdasarkan penelitian Gardult & Nordstrom (2007), dari 380 dokumen keperawatan menunjukkan dua sampai dengan tiga dokumen tidak lengkap dalam alasan keperawatan, status dan rencana tindakan keperawatan. Selain itu masih banyak kurang tepatnya dalam penulisan diagnosa keperawatan, tujuan, dan catatan pulang. Bila dilihat dari hasil penelitian di atas, kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan, baik di dalam maupun di luar negeri masih perlu perhatian.

RSU dr. Koesnadi Bondowoso merupakan Rumah Sakit Umum Tipe B yang sampai bulan Januari 2009 memiliki kapasitas 209 tempat tidur dengan jumlah tenaga perawat sebanyak 185 orang dengan kualifikasi pendidikan SPK, D III, D IV, dan S1 Keperawatan yang terdistribusi di 11 ruang rawat inap dan 10 poliklinik serta pada posisi struktural. Tingkat hunian (BOR) selama tahun 2008 adalah 66% (Rekam Medik RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso, 2008).

Hasil pengamatan peneliti pada tahun 2008, pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di RSUD dr. H. Koesnadi dan rumah sakit – rumah sakit pemerintah lainnya sejauh ini belum optimal. Hasil observasi di lapangan menunjukkan rata-rata nilai dokumentasi keperawatan di ruang rawat inap sekitar 70%. Artinya, menurut Depkes (2005), pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan masih jauh di bawah nilai acuan standar minimal pelayanan di rumah sakit, yaitu 85%. Nilai terendah dari pendokumentasian adalah pada pencatatan tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat. Rendahnya nilai pencatatan tindakan keperawatan disebabkan karena seringkali perawat tidak menuliskan/ mencatat tindakan yang telah dilakukan.

Hasil wawancara peneliti dengan perawat ruang rawat inap pada Bulan Desember 2008 di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso terkait dengan kurang lengkapnya dokumentasi keperawatan pasien di ruangan, disebabkan karena beban kerja yang tinggi, lupa, tidak ada waktu, dan lain – lain. Beberapa perawat mengatakan, belum adanya nilai penting catatan keperawatan dibanding catatan medik, tidak adanya nilai finansial terkait dengan catatan keperawatan. Sehingga, perawat ruang rawat inap rendah motivasinya dan belum sadar tentang pentingnya dokumentasi keperawatan. Keluarannya merupakan kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan masih rendah.

RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso telah melakukan berbagai upaya untuk meningkatkan kualitas dokumentasi keperawatan. Upaya tersebut, antara lain pelatihan manajemen bangsal, seminar keperawatan, pemberian penghargaan, dan juga memberikan kesempatan kepada perawat untuk meningkatkan jenjang pendidikannya yang lebih tinggi dan lain-lain. Tetapi, semua itu tidak dapat meningkatkan motivasi dan kinerja perawat. Dampaknya adalah belum terselenggaranya dokumentasi keperawatan yang berkualitas. Sehingga, perlu dicari solusi yang tepat untuk dapat meningkatkan kinerja perawat dalam melakukan pencatatan asuhan keperawatan dengan tertib dan benar.

Salah satu solusi yang dapat ditawarkan untuk mengatasi masalah pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan adalah membentuk kelompok kerja keperawatan. Selama ini yang bertanggung jawab terhadap pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di rumah sakit adalah bidang keperawatan. Sehingga dengan adanya kelompok kerja ini diharapkan dapat menunjang dan meningkatkan terselenggaranya dokumentasi secara baik dan benar. Tugas dan fungsi kelompok kerja keperawatan adalah bertanggung jawab terhadap kelengkapan dan kebenaran pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan dalam lingkup rumah sakit. Di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso sendiri belum pernah diterapkan dan belum pernah dilakukan penelitian tentang kelompok kerja yang bertujuan untuk mengatasi masalah dokumentasi asuhan keperawatan.

Fenomena di atas memunculkan gagasan untuk dilakukan penelitian tentang "Pengaruh Kelompok Kerja Keperawatan terhadap Kinerja Perawat dalam Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso"

## **B. Rumusan Masalah**

Permasalahan mutu dokumentasi keperawatan sampai saat ini masih menjadi sesuatu yang sulit untuk dipecahkan. Walaupun, berbagai upaya telah dilakukan oleh rumah sakit untuk menyelesaikan permasalahan ini. Tetapi, tidak memberikan dampak yang positif bagi terselenggaranya pendokumentasian asuhan keperawatan secara tertib dan benar. Padahal, mutu dokumentasi keperawatan sebagai salah satu cermin kinerja perawat dalam melakukan asuhan keperawatan.

Pemecahan masalah secara efektif sangat diperlukan guna mengatasi kenyataan di atas. Salah satu yang bisa dijadikan titik tawar adalah dengan membentuk kelompok kerja keperawatan. Pemecahan masalah dengan kelompok kerja memberikan hasil yang lebih produktif jika dilakukan secara efektif dibanding dengan secara individu. Keberadaan kelompok dapat

mendorong pengembangan konsep diri seseorang sehingga menjadi lebih baik motivasi dan kinerjanya, termasuk dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan.

Berdasarkan uraian di atas maka rumusan masalah pada penelitian ini adalah Apakah kelompok kerja keperawatan berpengaruh terhadap peningkatan kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso?

### C. Tujuan Penelitian

#### 1. Tujuan Umum

Mengidentifikasi pengaruh kelompok kerja keperawatan terhadap kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Diidentifikasinya karakteristik (umur, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja, dan status kepegawaian) perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso.
- b. Diidentifikasinya perbedaan kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan sebelum dan setelah adanya kelompok kerja keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso.
- c. Diidentifikasinya perbedaan nilai kinerja pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan pada pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan catatan asuhan keperawatan sebelum dan setelah adanya kelompok kerja keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso.
- d. Diidentifikasinya faktor yang paling berpengaruh terhadap kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso.

#### **D. Manfaat Penelitian**

1. Peningkatan Mutu Pelayanan Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit

Hasil yang ditemukan menjadi dasar pembuatan keputusan pengelolaan sumber daya manusia keperawatan terutama dalam upaya meningkatkan kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan melalui kelompok kerja keperawatan di rumah sakit.

2. Bagi Perkembangan Riset Keperawatan

Hasil riset ini menjadi dasar pengembangan riset keperawatan selanjutnya yang berkaitan dengan pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan dan manajemen keperawatan selanjutnya. Riset ini menghasilkan temuan tentang efektifitas kelompok kerja keperawatan terhadap kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan secara rinci.

3. Bagi Ilmu Keperawatan

Temuan riset menjadi tambahan referensi atau sumber bacaan guna memperluas kanzanah ilmu keperawatan terutama dalam bidang pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan dan secara umum dalam bidang manajemen keperawatan terkait dengan kelompok kerja keperawatan.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Bab ini berisi tentang teori dan konsep terkait yang melandasi penelitian ini. Secara rinci pada bab ini menguraikan tentang konsep kelompok kerja, kinerja, proses keperawatan, dokumentasi keperawatan, dan penelitian – penelitian terkait.

#### **A. Kelompok Kerja**

##### **1. Pengertian**

Kelompok kerja sering juga disebut tim kerja. Kelompok kerja menurut Walgito (2007) merupakan tim yang bersifat interaksi interpersonal untuk memaksimalkan keahlian (*proficiency*) anggota demi kesuksesan dalam mengerjakan tugasnya serta mengkoordinasikan dan mengintegrasikan usaha anggota satu dengan anggota tim lainnya. Menurut Pranoto & Suprpti (2003); Santosa (2004) menyatakan, kelompok kerja adalah suatu unit yang merupakan sekelompok atau sekumpulan dua orang atau lebih yang satu sama lain berinteraksi dan bekerja dalam mencapai suatu tujuan yang telah ditetapkan secara bersama – sama dalam suatu wadah tertentu.

Pengertian – pengertian di atas dapat disimpulkan, kelompok kerja adalah suatu unit kumpulan dua orang atau lebih yang berinteraksi interpersonal untuk memaksimalkan keahlian anggota, mengkoordinasikan dan mengintegrasikan usaha anggota satu dengan anggota tim lainnya untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan secara bersama dalam suatu wadah tertentu. Sehingga kelompok kerja memerlukan suatu kerjasama yang solid, jika ingin mendapatkan hasil yang optimal. Tidak hanya membutuhkan kerjasama, tetapi perlu wadah dalam bentuk organisasi.

##### **2. Pembentukan Kelompok Kerja**

Kelompok tidak dengan sendirinya timbul, tetapi dibentuk. Walgito (2007), kelompok kerja dibentuk dari anggota – anggota yang tergabung

dalam kelompok. Anggota kelompok yang diambil tentu anggota yang dipandang mempunyai kemampuan lebih daripada anggota lainnya. Pembentukan kelompok kerja menekankan pada analisis prosedur kerja dan aktivitas kerja kelompok untuk meningkatkan produktivitas kelompok dan kualitas hubungan anggota kelompok, meningkatkan *social skill* anggota kelompok, serta menekankan tujuan kelompok sebagai satu kesatuan dan kemampuan anggota kelompok.

Pembentukan kelompok terjadi dalam 4 tahap (Pranoto & Suprpti, 2003), yaitu:

a. Tahap Pembentukan

Pada tahap ini anggota kelompok sedang mencoba mengenali orang lain yang ada di dalam kelompok, penyesuaian diri, dan melakukan peran dan interaksi yang dirasa aman dan nyaman. Tahap ini menurut Johnson & Johnson (2000); Robbin & Coultar (1996 dalam Wijono, 1999) disebut juga tahapan *forming*, karena pada tahap ini, individu sebagai anggota kelompok masih kurang yakin untuk menentukan tempatnya dalam kelompok, prosedur, dan aturan-aturan dalam kelompok. Sehingga peran pemimpin sangat dominan dan penting dalam mencapai tahapan ini.

b. Tahap Konflik

Tahapan ini masing-masing individu mulai menampakkan sikap dan persepsi yang berbeda, sehingga rawan terjadinya konflik. Hal ini jika tidak dapat di atasi akan membawa kehancuran kelompok. Namun jika krisis ini dapat di atasi, kelompok akan mencapai tahap kedewasaan. Tahapan ini menurut Johnson & Johnson (2000); Robbin & Coultar (1996 dalam Wijono, 1999) disebut juga tahapan *storming*, karena pada tahap ini mulai timbul berbagai macam konflik. Konflik ini terjadi karena adanya pertentangan pengaruh kelompok, belum sesuainya dalam menyelesaikan berbagai macam tugas, dan Swansburg (1993) menambahkan, konflik dapat terjadi karena



meningkatnya kompetisi dalam kelompok kerja. Sehingga pemimpin harus dapat menjadi penolong pada tahap ini.

c. Tahap Kedewasaan

Tahap kedewasaan mencirikan bahwa adanya penyesuaian antar anggota kelompok, mengembangkan kepercayaan, saling memberi dan menerima dalam perannya, adanya hubungan fungsional, dan individu dalam kelompok sudah mulai dapat bekerja sama. Hal ini terjadi karena kelompok sudah membuat konsensus mengenai peran, struktur, dan norma yang digunakan sebagai acuan dalam bertindak. Pada tahap ini pula komitmen dan kohesi kelompok meningkat. Sehingga menurut Johnson & Johnson (2000); Robbin & Coulter (1996 dalam Wijono, 1999) tahapan ini disebut juga tahapan *norming*.

Seiring perkembangan kelompok, maka semakin dewasa tahap kelompok akan dapat mencapai performa yang terbaik. Anggota kelompok menjadi lebih cakap dalam bekerja sama untuk mencapai tujuan kelompok dan lebih fleksibel dalam pola kerjasamanya. Sehingga pada tahapan ini ada tahap *performing* (Johnson & Johnson, 2000).

d. Tahap Transformasi.

Langkah ini terjadi ketika tujuan atau target kelompok sudah tercapai. Tahap transformasi ini tidak dapat ditentukan lama waktunya, semua tergantung dari perkembangan kelompok. Menurut Pranoto & Suprpti (2003), kelompok tidaklah statis namun bersifat dinamis dan selalu berkembang. Perkembangan kelompok dalam tahap ini dapat terjadi dalam bentuk pendefinisian ulang kelompok atau pembubaran kelompok. Pembubaran kelompok dapat terjadi setelah tujuan kelompok tercapai. Atau terjadi pemantapan suatu tujuan baru dan struktur baru guna lebih meningkatkan efektifitas kelompok yang sudah terbentuk.

### 3. Tujuan dan Manfaat Pembentukan Kelompok Kerja

Kelompok kerja tidak serta-merta dibentuk begitu saja dalam suatu organisasi. Menurut Wijono (1999), kelompok kerja tidak perlu dibentuk dalam keadaan seseorang mampu mengerjakan tugas dan fungsinya. Kelompok kerja dapat dibentuk jika pemecahan masalah suatu kegiatan sulit untuk dilakukan.

Kelompok kerja dibentuk dengan tujuan untuk mencapai tujuan organisasi secara efektif dan efisien. Menurut Brata dalam Pranoto & Suprapti (2003), ada beberapa alasan pembentukan kelompok kerja antara lain 1) dengan kelompok kerja maka risiko terhadap pekerjaan ditanggung oleh kelompok; 2) sumber informasi, ide, dan masukan lebih banyak sehingga terjadi proses belajar di antara anggota kelompok maupun dengan kelompok lainnya; kelemahan individu dapat ditutupi dan teratasi oleh kelompok; dan kemampuan pemecahan masalah dan pengambilan keputusan dapat lebih akurat.

Swansburg (1993), kelompok kerja dapat menyalurkan informasi yang berguna dalam dua arah, baik ke manajer maupun ke staf perawatan. Kelompok kerja yang baik juga harus melibatkan partisipasi staf yang lain. Membentuk kelompok kerja yang efektif diperlukan peran individu untuk saling menerima dan menghargai dukungan, titik pandang, ide, saran, solidaritas, menjadi *mediator*, meningkatkan komunikasi terbuka, mendengar dan mengevaluasi. Sehingga, dengan kelompok kerja yang efektif, kualitas pelayanan keperawatan dapat diperbaiki, keluar-masuk personel dikurangi, dan keserasian dapat ditingkatkan.

Walgito (2007) menjelaskan bahwa keberadaan kelompok dapat memberikan kebutuhan psikologis yang berupa dorongan, pengetahuan, dan informasi. Hal ini akan dapat meningkatkan loyalitas seluruh staf, sehingga pencapaian tujuan akan lebih mudah untuk dicapai.

#### 4. Ukuran Kelompok Kerja

Jumlah anggota dalam suatu kelompok memiliki akibat yang dapat diduga terhadap komunikasi dan produktivitas kelompok. Pada umumnya, kelompok yang lebih besar akan lebih produktif bila dibandingkan dengan kelompok yang lebih kecil. Hal ini terjadi mungkin karena dalam kelompok besar membawa keragaman yang lebih besar dalam pengalaman berdiskusi (Gillies, 1994). Kelompok kerja dengan jumlah anggota yang terlalu besar memungkinkan terjadinya banyaknya keinginan dan ide dari anggota kelompok sehingga kelemahannya pada kelompok besar adalah lebih lama mencapai kesepakatan. Menurut Gillies (1994), jumlah anggota dalam suatu kelompok yang efektif adalah 6 – 12 orang.

#### 5. Peran Anggota Kelompok Kerja

Pendistribusian peran dalam kelompok akan mempengaruhi komunikasi dalam kelompok. Secara umum peran dari anggota kelompok dibedakan atas peran pimpinan, pemecah masalah, pembangkit ide, pendukung moral, dan *evaluator* (Gillies, 1994). Masing – masing peran mempunyai uraian tugas sesuai dengan posisinya. Namun demikian tidak menutup kemungkinan terjadinya saling membantu di antara anggota kelompok guna mengatasi kelemahan anggota kelompok yang lainnya.

Beragamnya peran dan fungsi setiap anggota kelompok, sehingga untuk mencapai tujuan kelompok kerja diperlukan suatu komunikasi, supervisi, dan koordinasi. Interaksi antar anggota kelompok merupakan syarat keberhasilan kelompok kerja. McMohan (1999), keberhasilan kerja kelompok bergantung pada hubungan baik di antara anggota kelompok. Terciptanya hubungan yang baik tidak terlepas dari bagaimana komunikasi antar anggota kelompok terjadi. Karena, menurut Walgito (2007), komunikasi merupakan dasar semua interaksi manusia dan untuk semua fungsi kelompok.

Pimpinan kelompok kerja atau yang diberikan delegasi mempunyai tanggung jawab untuk melakukan supervisi. Supervisi merupakan bagian dari fungsi manajemen pengarahan. Pengarahan yang baik akan memberikan semangat dan menciptakan motivasi tinggi bagi bawahan. Huber (2006) menyatakan, supervisi merupakan salah satu metode yang baik digunakan untuk memberikan *support* dalam pengembangan kompetensi seorang perawat pelaksana. Sehingga, menurut Swansburg (1993) & Wijono (1999), pemimpin kelompok harus dapat membimbing dan mengarahkan sesuai kebutuhan.

Siagian (2002), koordinasi merupakan unsur kerjasama untuk menyelaraskan tugas, karena tidak mungkin tugas fungsional diselesaikan dengan baik dengan bekerja sendiri. Tugas yang kompleks sangat diperlukan koordinasi dengan orang lain maupun tim kesehatan lain guna mencapai hasil yang optimal. Koordinasi memungkinkan terjadinya saling mengisi, saling mengingatkan, saling membantu atas kekurangan maupun kelemahan diantara anggota tim, sehingga pencapaian tujuan tidak akan terhambat.

#### 6. Ciri - Ciri Kelompok Kerja yang Efektif

Terbentuknya kelompok kerja yang efektif merupakan harapan setiap organisasi dalam membangun sebuah kelompok kerja. Kelompok kerja akan dikatakan efektif jika memenuhi ciri-ciri tertentu. Menurut Maddux dalam Pranoto & Suprpti (2003); Swansburg (1993); Walgito (2007) & Wijono (1999) bahwa ciri-ciri kelompok kerja efektif adalah sebagai berikut a) adanya ketergantungan diantara anggota kelompok dan menyadari bahwa untuk mencapai tujuan perlu adanya kerja sama dan saling mendukung satu dengan yang lainnya; b) mempunyai komitmen dan rasa memiliki pekerjaan dan organisasi; c) anggota memiliki kontribusi terhadap keberhasilan organisasi; d) adanya suasana saling percaya dalam mengungkapkan ide, pendapat secara terbuka; e) adanya komunikasi yang baik; f) saling mendukung, mendorong, memotivasi,

mengingatkan untuk menjadi lebih baik; g) menyadari bahwa konflik di dalam kelompok adalah hal yang wajar; h) adanya partisipasi aktif anggota kelompok dalam pembuatan keputusan, walaupun keputusan akhir ada di tangan pimpinan kelompok kerja.

#### 7. Manfaat Membangun Kelompok Kerja yang Efektif

Terbentuknya kelompok kerja tentu mempunyai maksud dan tujuan. Tujuan utama dalam suatu kelompok kerja adalah terciptanya kelompok kerja yang produktif dan berkualitas dalam mencapai tujuan yang diinginkan. Produktivitas dan kualitas kelompok akan dapat dijadikan tolok ukur efektivitas terbentuknya kelompok. Pranoto & Suprapti (2003) mengatakan, kelompok kerja akan menikmati keberhasilan yang luar biasa jika menjadi satu kesatuan yang lebih produktif.

Manfaat membangun kelompok kerja yang efektif menurut Maddux dalam Pranoto & Suprapti (2003) & Swansburg (1993) adalah:

- a. Kelompok kerja akan membawa anggotanya pada sasaran yang realistis dan dapat dicapai secara optimal.
- b. Anggota kelompok kerja dan pimpinan kelompok memiliki komitmen untuk saling mendukung satu sama lain agar tujuan kelompok dapat tercapai.
- c. Anggota kelompok kerja memahami prioritas dan saling membantu satu dengan yang lainnya.
- d. Komunikasi bersifat terbuka diskusi memperbaiki kinerja berjalan lebih baik.
- e. Pemecahan masalah lebih efektif  
Ide, saran, maupun masukan dari anggota kelompok dapat menjadi alat pemecah masalah. Ide – ide brilian dan kritis dapat digali dari anggota kelompok.
- f. Anggota kelompok menyadari pentingnya disiplin sebagai kebiasaan kerja.

Menciptakan suatu kebiasaan kerja yang baik terhadap tanggung jawab dan wewenangnya anggota kelompok merupakan salah satu kunci tercapainya tujuan yang diinginkan oleh kelompok.

## B. Kinerja

Kinerja merupakan tampilan hasil karya individu maupun kelompok kerja yang tidak terbatas pada personel yang memegang jabatan fungsional maupun struktural, tetapi juga kepada seluruh jajaran personel dalam suatu organisasi (Ilyas, 2002). Perawat sebagai tenaga profesional di rumah sakit merupakan aset penting terlaksananya pelayanan kesehatan yang berkualitas. Evaluasi kinerja merupakan salah satu tindakan yang harus dilakukan oleh rumah sakit guna mempertahankan atau bahkan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan.

### 1. Pengertian

Kinerja bukan hanya sebagai hasil kerja tetapi juga bagaimana proses itu berlangsung (Wibowo, 2007). Pernyataan ini didukung oleh pengertian – pengertian yang dikeluarkan antara lain oleh:

Kinerja adalah hasil yang dicapai karyawan dalam menyelesaikan tugas pekerjaannya secara efektif dan efisien (Hasibuan, 2003). Kinerja adalah penampilan hasil kerja personal baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi (Ilyas, 2002; Mangkuprawira, 2002). As'ad (2003) menyatakan, kinerja adalah hasil yang dicapai oleh seseorang menurut ukuran yang berlaku untuk pekerjaan yang bersangkutan. Menurut Depkes (2005), kinerja adalah hasil kerja yang dapat dicapai oleh seseorang atau sekelompok orang dalam suatu organisasi sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya dalam upaya mencapai tujuan organisasi secara legal, tidak melanggar hukum dan sesuai dengan moral dan etika.

Pengertian – pengertian di atas dapat disimpulkan, kinerja adalah hasil yang dicapai oleh seseorang dalam menyelesaikan pekerjaannya sesuai tanggung jawab dan wewenangnya secara efektif dan efisien. Selain itu,

yang paling penting juga diperhatikan adalah legalitas, tidak melanggar hukum, bermoral, dan beretika.

## 2. Faktor – Faktor yang Mempengaruhi Kinerja

Dalam menjalankan peran dan fungsinya, personel organisasi tidak secara mudah dapat mencapai kinerja yang baik. Menurut Gibson (1987 dalam Ilyas, 2002), kinerja personel organisasi dipengaruhi oleh 3 kelompok variabel, yaitu: variabel individu, variabel organisasi, dan variabel psikologi. Variabel individu antara lain kemampuan dan ketrampilan, latar belakang (pengalaman) dan demografis (umur, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja, dan status pekerjaan) (Dessler, 2003; Siagian, 2002, Robbins, 2003).

### a. Umur

Umur individu akan berpengaruh terhadap kinerjanya. Menurut Robbins (2003), umur seseorang tidak menjadi penghalang dalam melakukan aktivitas, sehingga semakin tua seseorang dengan masa kerja yang lama akan semakin meningkatkan kinerjanya. Kenyataan ini sesuai dengan hasil penelitian Hariyati (1999) yang menyebutkan, perawat yang berusia lebih dari 30 tahun mempunyai kualitas/ kinerja yang tinggi dalam pendokumentasian sebanyak 68,4%, sedangkan yang berusia kurang dari 30 tahun sebanyak 40%. Serta ada hubungan yang bermakna antara umur dengan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan. Hal ini didukung oleh hasil penelitian Rusmiati (2006) bahwa usia di atas 38 tahun lebih baik kinerjanya dibanding perawat yang usia di bawahnya.

### b. Jenis Kelamin

Beberapa penelitian menyebutkan bahwa jenis kelamin mempunyai hubungan yang bervariasi dengan kinerja. Maksudnya ada yang mengatakan bahwa ada hubungan antara jenis kelamin dengan kinerja. Pernyataan ini sesuai dengan pendapat Douglas (1994 dalam Atmaji,

2008) bahwa kerja perawat perempuan lebih baik dibanding dengan kerja perawat laki-laki. Tetapi, banyak penelitian-penelitian yang mengatakan bahwa tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan kinerja. Seperti hasil penelitian Rustiani (2007) & Widyantoro (2005) yang menyebutkan bahwa tidak ada hubungan secara bermakna antara jenis kelamin dengan kinerja dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan. Hal ini didukung oleh pernyataan Robbins (2003), tidak ada beda antara wanita dan laki-laki dalam hal pemecahan masalah, ketrampilan analisis dan dorongan kompetitif.

c. Pendidikan

Seseorang yang mempunyai tingkat pendidikan yang tinggi akan semakin besar keinginan untuk memanfaatkan pengetahuan dan ketrampilannya (Siagian, 2002), sehingga kinerjanya akan lebih baik. Pernyataan ini didukung hasil penelitian Rustiani (2007) yang menyatakan, ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kinerja dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan. Tetapi, menurut Robbins (2003), pendidikan tinggi bukan prasarat mendapatkan kinerja yang baik. Pendidikan hanya sebagai prediktor yang kuat untuk kinerja seseorang.

d. Masa Kerja

Masa kerja mempunyai hubungan yang positif terhadap kinerja seseorang. Robbins (2003), ada hubungan yang positif antara lama kerja dengan kinerja seseorang. Hal ini didukung pernyataan Prawoto (2007) yang menyatakan, lama kerja berhubungan dengan kinerja seseorang. Tetapi, hasil penelitian Hariyati (1999), Rustiani (2007) dan Suratun (2008) membuktikan, tidak ada hubungan yang bermakna antara masa kerja dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan.



e. Status Pekerjaan

Pengakuan seseorang atas pekerjaannya dapat menjadi *motivator* dalam bekerja. Semakin jelas status pekerjaan seseorang akan semakin termotivasi untuk bekerja dan mencapai sesuatu yang diinginkan. Tetapi, hasil penelitian Asman (2001), tidak ada hubungan yang bermakna antara status kepegawaian dengan kinerja perawat dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan.

Variabel organisasi mempunyai efek tidak langsung terhadap kinerja personel. Yang termasuk variabel organisasi adalah komunikasi, supervisi, koordinasi, dan pembagian tugas.

a. Komunikasi

Komunikasi merupakan proses interpersonal yang melibatkan perubahan *verbal* dan *non verbal* dari informasi atau ide (Potter & Perry, 2005). Menurut Robbins (2003), komunikasi berfungsi dalam pengendalian, motivasi, pengungkapan emosional, dan informasi dalam suatu kelompok, atau organisasi. Keberhasilan kerja kelompok bergantung pada hubungan baik diantara anggota kelompok, terutama antara pimpinan kelompok dengan anggota kelompok (McMohan, 1999). Komunikasi merupakan bukti hubungan antar anggota kelompok baik atau tidak. Semakin baik hubungan interpersonal dalam kelompok kerja semakin baik pula kinerja seseorang. Hasil penelitian Rustiani (2007) menyatakan bahwa ada hubungan antara komunikasi dengan kelengkapan dokumentasi.

b. Supervisi

Supervisi adalah salah satu aspek dalam pengarahan. Supervisi menurut Keliat (2006) bukan diartikan sebagai pemeriksaan atau mencari kesalahan, tetapi lebih pada pengawasan partisipatif, mendahulukan penghargaan terhadap pencapaian hasil yang positif dan memberikan jalan keluar terhadap hal yang belum dapat dikerjakan.

Sehingga pelaksanaan supervisi ini bukan sebagai alat untuk mengawasi bawahan, tetapi sebagai alat untuk memberikan bekal dan motivasi untuk bekerja lebih baik.

Hasil penelitian Suratun (2008), pelaksanaan supervisi yang baik, dokumentasinya yang lengkap sebanyak 84,2%, pelaksanaan supervisi yang kurang baik, dokumentasinya yang lengkap sebanyak 50% dan ada hubungan antara pelaksanaan supervisi dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan. Hal ini juga didukung hasil penelitian Rustiani (2007) bahwa ada hubungan antara supervisi dengan kelengkapan dokumentasi.

#### c. Koordinasi

Koordinasi merupakan unsur kerjasama untuk menyeleraskan tugas, karena tidak mungkin tugas fungsional diselesaikan dengan baik dengan bekerja sendiri, karena tugas yang kompleks sangat diperlukan koordinasi dengan orang lain maupun tim kesehatan lain guna mencapai hasil yang optimal (Siagian, 2002). Pernyataan ini didukung hasil penelitian Rusmiati (2006) bahwa ada hubungan antara koordinasi dengan kinerja. Tetapi, hasil penelitian Suratun (2008), sebaliknya tidak ada hubungan antara koordinasi dengan kelengkapan dokumentasi (kinerja).

#### d. Pembagian Tugas

Siagian (2002), pembagian tugas merupakan prinsip fungsionalisasi, artinya setiap satuan kerja mempunyai tugas dan kegiatan yang secara fungsional menjadi tanggung jawabnya, sehingga secara logika semakin baik pembagian tugas dalam suatu kelompok kerja akan menghasilkan kinerja yang baik pula. Pendapat ini tidak sesuai dengan hasil penelitian Suratun (2008) tentang hubungan pembagian tugas dengan kelengkapan dokumentasi didapatkan hasil bahwa pembagian tugas yang baik dokumentasinya yang lengkap sebanyak 69,7%, sedangkan pembagian tugas yang kurang baik dokumentasinya yang

lengkap sebanyak 56% dan tidak ada hubungan antara pembagian tugas dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan.

Variabel lain yang mempengaruhi kinerja seseorang adalah variabel psikologis antara lain persepsi, sikap, kepribadian, belajar, dan motivasi. Menurut Gibson (1987), variabel-variabel ini sulit di ukur. Namun demikian, banyak penelitian-penelitian yang sudah dilakukan untuk melihat variabel psikologis ini.

### 3. Penilaian Kinerja

Penilaian kinerja merupakan proses kontrol di mana kinerja pegawai dievaluasi berdasarkan standar – standar tertentu yang telah disepakati (Swansburg, 2000). Menurut Mathis & Jackson (2006), penilaian kinerja adalah proses mengevaluasi seberapa baik karyawan melakukan pekerjaan mereka jika dibandingkan dengan seperangkat standar baku penampilan. Sedangkan Marquis & Huston (2000) berpendapat, penilaian kinerja adalah proses pengawasan dimana kinerja staf dinilai dan dibandingkan dengan standar yang ada pada organisasi.

Inti definisi di atas adalah penilaian kinerja merupakan proses evaluasi/ penilaian terhadap karyawan yang melakukan pekerjaan yang menjadi wewenang dan tanggung jawabnya dengan cara membandingkannya dengan standar baku yang telah disepakati. Standar baku penilaian kinerja yang telah disepakati harus memenuhi tuntutan-tuntutan legalitas yang mencakup hal-hal yang terkait dengan formulir standarisasi, analisis kinerja yang jelas, dan berhubungan dengan tingkatan pelatihan (Swansburg, 1993). Hal ini dikarenakan, karyawan dalam suatu organisasi mempunyai kualifikasi yang beragam. Sehingga ketentuan tersebut harus terpenuhi.

Di pelayanan keperawatan, penilaian kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan dengan cara audit dokumentasi yang didasarkan pada standar praktik asuhan keperawatan

dan ketentuan lain yang terkait dengan menggunakan instrumen evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan di rumah sakit (Depkes, 2005) menggunakan indikator penilaian sebagai berikut:

- a. Penilaian tiap – tiap item pernyataan mengacu pada kelengkapan penulisan dokumentasi yang dibandingkan dengan indikator penilaian (lampiran 7). Penilaian kinerja perawat didasarkan atas kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan dengan acuan penilaian dari Sitorus (2006) sebagai berikut: setiap item penilaian akan mendapatkan nilai 1 (satu) jika kelengkapan dokumentasi mencapai 75% atau lebih, mendapatkan nilai 0 (nol) jika kelengkapan dokumentasi < 75%.
- b. Nilai komulatif dari seluruh item akan menentukan apakah kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan baik atau tidak. Penentuan nilai ini mengacu pada standar minimal pelayanan di rumah sakit dari Depkes (2005) yaitu dengan katagori sebagai berikut: dokumentasi (kinerja) baik jika mendapatkan nilai 85% atau lebih, dokumentasi (kinerja) tidak baik jika mendapatkan nilai < 85%.

Standar praktik asuhan keperawatan dijabarkan sesuai tahapan proses keperawatan, yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi. Secara rinci menurut Doenges & Moorhouse (2008); Effendy (1995), tahapan ini berisi tentang:

- a. Pengkajian

Pengumpulan data status kesehatan pasien merupakan kunci dari penilaian standar ini. Data dapat dikumpulkan melalui anamnesa, observasi, pemeriksaan fisik dan juga dapat menggunakan data penunjang lainnya. Data status kesehatan pasien harus sistematis, akurat, lengkap/ menyeluruh, singkat, jelas, dan berkesinambungan yang mencakup data bio – psiko – sosial - spiritual. Data yang dikaji harus sesuai dengan pedoman pengkajian. Penilaian pada standar ini

meliputi apakah data dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian, apakah data dikelompokkan sesuai data bio – psiko – sosial – spiritual, apakah data pasien dikaji sejak pasien masuk sampai pulang, apakah masalah dirumuskan sesuai kesenjangan antara status dengan norma dan pola fungsi hidup.

b. Diagnosa Keperawatan

Data hasil pengkajian dianalisis guna merumuskan diagnosa keperawatan. Pada tahap ini terdapat tiga komponen, yaitu *problem* atau masalah, etiologi atau kemungkinan penyebab, dan *sign/ symptom* atau tanda dan gejala. Hal – hal yang dinilai pada standar ini adalah apakah diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan, apakah diagnosa keperawatan aktual dirumuskan, apakah diagnosa keperawatan resiko dirumuskan.

c. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan meliputi penetapan prioritas masalah, penetapan tujuan, dan rencana tindakan keperawatan. Hal – hal yang dinilai pada standar ini antara lain apakah rencana tindakan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan, apakah rencana tindakan disusun menurut urutan prioritas, apakah tujuan mengandung komponen subyek, perubahan yang diinginkan, kondisi pasien dan atau kriteria hasil, apakah rencana tindakan mengacu pada tujuan, jelas, dan rinci, apakah rencana tindakan menggambarkan kerjasama dengan tim kesehatan lain.

d. Pelaksanaan Keperawatan

Tahap ini perawat melaksanakan tindakan disesuaikan dengan rencana tindakan yang telah dibuat. Pada tahap ini hal – hal yang dinilai antara lain apakah tindakan mengacu pada rencana tindakan yang telah dibuat, apakah ada revisi tindakan berdasarkan hasil evaluasi, apakah

tindakan yang telah dilakukan dicatat dan ada tanda tangan perawat yang melakukan.

e. Evaluasi

Pada tahap ini perawat mengevaluasi kemajuan status kesehatan pasien terhadap tindakan keperawatan untuk mencapai tujuan yang diinginkan, dan melakukan revisi terhadap data dasar dan perencanaan jika ada perubahan masalah pada pasien.

### C. Proses Keperawatan

Pelaksanaan asuhan keperawatan kepada pasien membutuhkan kerangka kerja yang dapat menjamin terlaksananya asuhan keperawatan yang efektif dan efisien. Perawat sebagai pemberi pelayanan keperawatan harus mengenal dan mampu menerapkan kerangka kerja ini. Kerangka kerja ini disebut proses keperawatan.

#### 1. Pengertian

Proses keperawatan merupakan suatu metode proses berpikir yang terorganisir untuk pembuatan keputusan klinik, pemecahan masalah dan memberikan perawatan yang berkualitas, perawatn klien secara individual (Doenges & Moorhouse, 2000). Menurut Berger dalam Kozier (1990); Ellis & Bentz (1996); Potter & Perry (1997), proses keperawatan merupakan suatu pemikiran, pendekatan masalah dan kerangka kerja perawat dalam menjalankan perannya agar perawat dapat memberikan perawatan secara individual kepada klien dengan mendorong kreativitas dan seni perawatan yang dapat dicapai melalui tindakan keperawatan, implementasi, dan keefektifan implementasi keperawatan. Sedangkan, Kron & Gray (1987), proses keperawatan dipergunakan sebagai kerangka kerja yang menggambarkan kemampuan berpikir kritis perawat saat pembuatan keputusan dalam praktik keperawatan.

Intinya bahwa proses keperawatan merupakan suatu kerangka kerja perawat untuk berpikir kritis saat pembuatan keputusan klinik dalam menjalankan peran dan fungsinya sebagai pemberi asuhan keperawatan kepada pasien melalui lima tahapan, yaitu pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

## 2. Tahap-Tahap Proses Keperawatan

Tahapan dalam proses keperawatan ada beberapa pendapat, ada yang mengatakan bahwa proses keperawatan terdiri dari 4 tahap tetapi ada juga yang berpendapat ada 5 tahap. Tetapi pada intinya adalah mengandung makna yang sama. Kozier & Erb (1990); Kron & Gray (1987); Leahy & Kizilay (1998) menyatakan bahwa proses keperawatan terdiri dari 4 langkah, yaitu pengkajian yang termasuk di dalamnya ada perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Sedangkan Fiscbach (1991); Potter & Perry (1997); Doenges & Moorhouse (2008) mempunyai pendapat bahwa proses keperawatan terdiri dari 5 tahap, yaitu pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, dan evaluasi.

### a. Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah awal dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap vital untuk dapat menuju tahap berikutnya secara tepat dan akurat. Karena, menurut Setiyarini (2008), pengkajian merupakan kegiatan mengumpulkan seluruh data yang berhubungan dengan kondisi pasien dan mengidentifikasi masalah dan kebutuhan pasien. Sehingga, pada tahap ini keakuratan data menjadi kunci sukses tercapainya tahap asuhan keperawatan selanjutnya.

Format pengkajian keperawatan berisikan pengkajian awal perawat terhadap klien yang baru masuk ke ruangan. Pengkajian dibuat berdasarkan wawancara langsung klien dan keluarga serta pemeriksaan fisik *head to toe*. Format pengkajian diisi dalam bentuk narasi dan atau

*check list*. Pengkajian memberikan data dasar dalam menyusun rencana asuhan. Format diisi dengan data mentah bukan hasil analisa atau kesimpulan.

b. Perumusan Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis mengenai individu, keluarga atau masyarakat sebagai akibat dari masalah-masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual dan potensial. Perumusan diagnosa keperawatan memerlukan keahlian dalam menganalisa data-data mayor maupun penunjang untuk menegakkan diagnosa keperawatan.

c. Perencanaan Keperawatan

Perencanaan dibuat oleh ketua tim berdasarkan hasil analisis data pasien. Format yang diisi dalam bentuk kolom. Rencana keperawatan yang dibuat mengacu pada standar rencana keperawatan dan memuat diagnosa keperawatan, tujuan, kriteria evaluasi, dan intervensi keperawatan (Setiyarini, 2008).

d. Implementasi

Merupakan pencatatan tentang semua tindakan keperawatan (mandiri maupun kolaboratif) dan aktivitas yang dilakukan untuk dan bersama klien. Implementasi dilakukan perawat sesuai dengan rencana tindakan yang telah dibuat. Implementasi juga didasarkan pada masalah aktual pasien (Setiyarini, 2008).

e. Evaluasi

Perawat tidak hanya menuliskan tindakan yang dilakukan tetapi juga respon klien terhadap tindakan yang dilakukan, sehingga saat menuliskan implementasi juga melakukan evaluasi. Evaluasi dalam asuhan keperawatan ada dua macam, pertama: evaluasi formatif, evaluasi ini dilaksanakan untuk melihat, mengevaluasi respon pasien



setelah perawat melakukan tindakan. Kedua: evaluasi sumatif yaitu evaluasi yang dilaksanakan setiap 24 jam sekali dan biasanya dilaksanakan pada shift pagi yang biasa dikenal dengan catatan perkembangan.

Catatan Perkembangan keperawatan berisikan informasi tentang kondisi kesehatan klien setiap hari berdasarkan rencana keperawatan yang telah dibuat. Isinya biasa dikenal dengan istilah SOAPIER. Secara narasi, penulisan diawali dengan diagnosa keperawatan, dilengkapi dengan pernyataan subyektif dan obyektif, serta perencanaan lebih lanjut. SOAPIER artinya S (Subyektif) : data keluhan klien dan atau keluarga; O (Obyektif): data hasil yg diamati, didengar, disentuh, dicium, diukur oleh perawat; A (Analisis): kesimpulan perawat tentang kondisi klien; P (Perencanaan): rencana tindakan yg ditetapkan untuk menyelesaikan masalah; I (Intervensi/ implementasi): tindakan sesuai dengan rencana tindakan yang telah dibuat; E (Evaluasi): evaluasi terhadap status kesehatan pasien atas tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat; R (Revisi): revisi terhadap rencana tindakan sesuai data – data status kesehatan pasien (Setiyarini, 2008).

#### **D. Dokumentasi Keperawatan**

Dokumentasi keperawatan merupakan hal yang tidak dapat dipisahkan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Dokumentasi keperawatan merupakan bukti tertulis dari kegiatan yang telah dilakukan oleh perawat (Priharjo, 1995) Dokumentasi keperawatan menggambarkan keadaan perkembangan pasien, mencatat asuhan keperawatan yang telah diberikan, dan mencatat riwayat kesehatan untuk masa yang akan datang.

Pendokumentasian merupakan laporan secara tertulis atau bentuk tetap lainnya yang menyajikan fakta yang otentik dan benar dari suatu kejadian tindakan, pernyataan transaksi atau prosedur. Pelaporan merupakan pembicaraan atau

tulisan informasi diantara staf pemberi perawatan dan mengkonfirmasi informasi tertentu pada kelompok klien yang berhubungan dengan keperawatan. Pencatatan adalah bagian penting dalam asuhan keperawatan. Pencatatan menjadi media komunikasi yang efektif antar profesi dalam satu tim pelayanan kesehatan. Pencatatan asuhan keperawatan bukan sekedar menuliskan sesuatu dalam lembar pencatatan tetapi sebelum pencatatan tersebut, harus dianalisa apa yang harus dicatat, bagaimana penyusunan kalimat, dan dimana tiap tulisan tersebut diletakkan (Rubenfels & Scheffer, 1999 dalam Hariyati, 2007).

Dokumentasi keperawatan merupakan suatu mekanisme yang digunakan untuk mengevaluasi asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien, dan dokumentasi keperawatan adalah orientasi dari kinerja yang dilakukan oleh perawat pelaksana. Dokumentasi harus dapat mengkomunikasikan keputusan perawat dan evaluasi perawat tentang asuhan keperawatan yang diberikan (Iyer & Camp, 1995).

#### 1. Pengertian

Dokumentasi keperawatan adalah informasi tertulis tentang status dan perkembangan kondisi klien serta semua kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat (Fisbaeh, 1991). Dokumentasi keperawatan adalah sekumpulan informasi yang mencerminkan bukan hanya identitas pasien, tetapi juga merupakan data yang menjelaskan pengalaman pasien sebagai dampak dari masalah kesehatan yang sedang dialaminya (Kolin & Kolin dalam Nurachmah, 1999). Sedangkan, menurut Nursalam (2002), dokumentasi keperawatan adalah salah satu alat yang sering digunakan dalam komunikasi keperawatan dalam memvalidasi asuhan keperawatan, sarana komunikasi antar tim kesehatan lainnya, dan merupakan dokumen paten dalam pemberian asuhan keperawatan.

Beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa dokumentasi keperawatan adalah informasi tertulis secara paten yang berisi data – data

masalah kesehatan yang terkait dengan keadaan pasien yang berguna sebagai alat komunikasi antar tim kesehatan dalam pemberian asuhan keperawatan. Sehingga, dapat digunakan sebagai alat untuk memberikan asuhan keperawatan secara berkesinambungan dan berkelanjutan.

## 2. Tujuan, Manfaat, dan Pentingnya Dokumentasi Keperawatan

Menurut Potter & Perry (1997); Craven & Hirnle (2000), secara rinci tujuan dokumentasi keperawatan adalah sebagai berikut:

### a. Sarana Komunikasi

Dokumentasi merupakan alat komunikasi perawat dengan tim kesehatan yang lain, karena berisi catatan tentang status kesehatan pasien dll, sehingga penulisannya harus diperhatikan. Penulisan dokumentasi secara lengkap, jelas, dan akurat dapat berguna untuk: 1) membantu mengkomunikasikan data klien ke semua anggota tim kesehatan; 2) mencegah informasi berulang sehingga tidak terjadi data yang tumpang tindih atau bahkan sama sekali tidak dilakukan, hal ini berguna untuk mengurangi kesalahan dalam memberikan asuhan keperawatan; 3) membantu dalam menggunakan waktu sebaik – baiknya.

### b. Tanggung Jawab dan Tanggung Gugat

Sebagai upaya untuk melindungi pasien terhadap kualitas pelayanan keperawatan yang diterima dan perlindungan terhadap keamanan perawat dalam melaksanakan tugasnya, sehingga seorang perawat diharuskan mencatat semua tindakan yang telah dilakukan terhadap pasien. Pencatatan ini penting dilakukan sebagai langkah antisipasi terhadap ketidakpuasan pasien terhadap segala pelayanan keperawatan yang diterima dan terkait dengan aspek hukum yang dapat dijadikan *settle concern*, artinya dokumentasi dapat digunakan untuk menjawab ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan yang diterima secara hukum (Guido, 1997).

Dokumentasi merupakan tanggung jawab professional dan tanggung gugat perawat. Dokumentasi merupakan bagian dari tanggung jawab perawat dalam merawat pasien dan sebagai perlindungan legal yang dapat dipergunakan dalam kasus kelalaian atau malpraktik jika terjadi suatu kesalahan. Karena, dokumentasi merupakan hasil catatan kondisi pasien dan tindakan – tindakan serta dapat menjadi hal kritis dalam menentukan apakah suatu standar asuhan keperawatan telah terpenuhi (Herawani, 2001). Sehingga sebagai perawat harus selalu memperhatikan aspek legal dalam pendokumentasian asuhan keperawatan.

Dokumentasi keperawatan menjadi legal jika memenuhi syarat – syarat yang telah ditentukan. Menurut Guido (1997) & Patricia (1997), legalitas dokumentasi keperawatan ditentukan aspek – aspek legal yang antara lain adanya tanda tangan setiap menulis, ada nama pencatat, ejaan yang digunakan dan tata bahasa yang benar, menggunakan tinta biru atau hitam, menuliskan waktu pelaksanaan, menggunakan singkatan yang berlaku dan telah disepakati, tertulis nama pasien dan nomor *register* disetiap halaman, dan menghindari menulis pesan verbal.

c. Informasi Statistik

Data-data dalam dokumentasi keperawatan dapat digunakan sebagai alat membuat perencanaan kebutuhan di masa yang akan datang, antara lain sumber daya manusia, sarana prasarana, dan teknis. Memberikan bukti-bukti untuk tujuan evaluasi hasil implementasi asuhan keperawatan (audit keperawatan). Selain itu membantu *administrator* mengevaluasi prestasi kerja karyawan serta dipakai untuk akreditasi institusi.

d. Memberi jaminan kepada masyarakat tentang lingkup dan mutu pelayanan keperawatan dan membuktikan pekerjaan perawatan serta

meningkatkan tanggung gugat perawat. Pencatatan data klien yang lengkap dan akurat, akan memberikan kemudahan bagi perawat dalam membantu menyelesaikan masalah klien. Fungsi lainnya adalah untuk mengetahui sejauh mana masalah klien dapat teratasi dan seberapa jauh masalah baru dapat diidentifikasi dan dimonitor melalui catatan yang akurat. Hal ini akan membantu meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

e. Sumber Data Penelitian

Data-data dalam dokumentasi keperawatan dapat menjadi sumber informasi bahan penelitian keperawatan. Kesenjangan maupun fenomena yang terkandung dalam dokumentasi keperawatan dapat dijadikan *evidence based* perlunya penyelesaian permasalahan di rumah sakit.

f. Sebagai catatan tetap untuk dokumentasi yang sah dan untuk tujuan finansial, pencatatan ini membantu dalam tindakan hukum dan untuk meyakinkan bahwa tindakan, obat, terapi telah diberikan dan dihubungkan dengan pembayaran.

g. Menjamin kelanjutan perawatan di masa mendatang sehingga klien mendapatkan pelayanan yang tepat. Data – data atau informasi penting dalam dokumentasi dapat dijadikan acuan untuk memberikan asuhan yang tepat jika pasien kembali lagi membutuhkan tindakan perawatan.

Fiscbach (1991), tujuan dokumentasi keperawatan memberi jaminan kepada masyarakat tentang lingkup dan mutu pelayanan keperawatan dan membuktikan pekerjaan perawat serta meningkatkan tanggung gugat perawat, sebagai sumber data untuk melakukan penelitian, sebagai catatan tetap untuk dokumen yang sah dan untuk tujuan finansial. Doengoes (1993) mengatakan bahwa tujuan dokumentasi keperawatan adalah untuk memvalidasi asuhan keperawatan, menjamin perkembangan dokumentasi

dengan mengkaitkan fokus terhadap kriteria hasil klien, memvalidasi konsistensi interdisipliner dan mengkomunikasikan tujuan tindakan dan perkembangan.

Doengoes (1993), manfaat penerapan dokumentasi keperawatan adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan, meningkatkan ketrampilan teknis dan intelektual untuk tenaga keperawatan, meningkatkan citra keperawatan, meningkatkan rasa solidaritas dan rasa kesatuan perawat, menggambarkan otonomi dan tanggung jawab perawat, menghasilkan praktik keperawatan profesional, mendukung pengembangan penelitian, mendukung pengembangan ilmu pengetahuan, meningkatkan kemampuan perawat dalam pengambilan keputusan, dan meningkatkan kepuasan kerja. Manfaat lain pendokumentasian asuhan keperawatan adalah untuk akreditasi, karena melalui dokumentasi keperawatan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien. Sehingga dapat diambil kesimpulan tingkat keberhasilan pemberian asuhan keperawatan yang diberikan, guna pembinaan lebih lanjut.

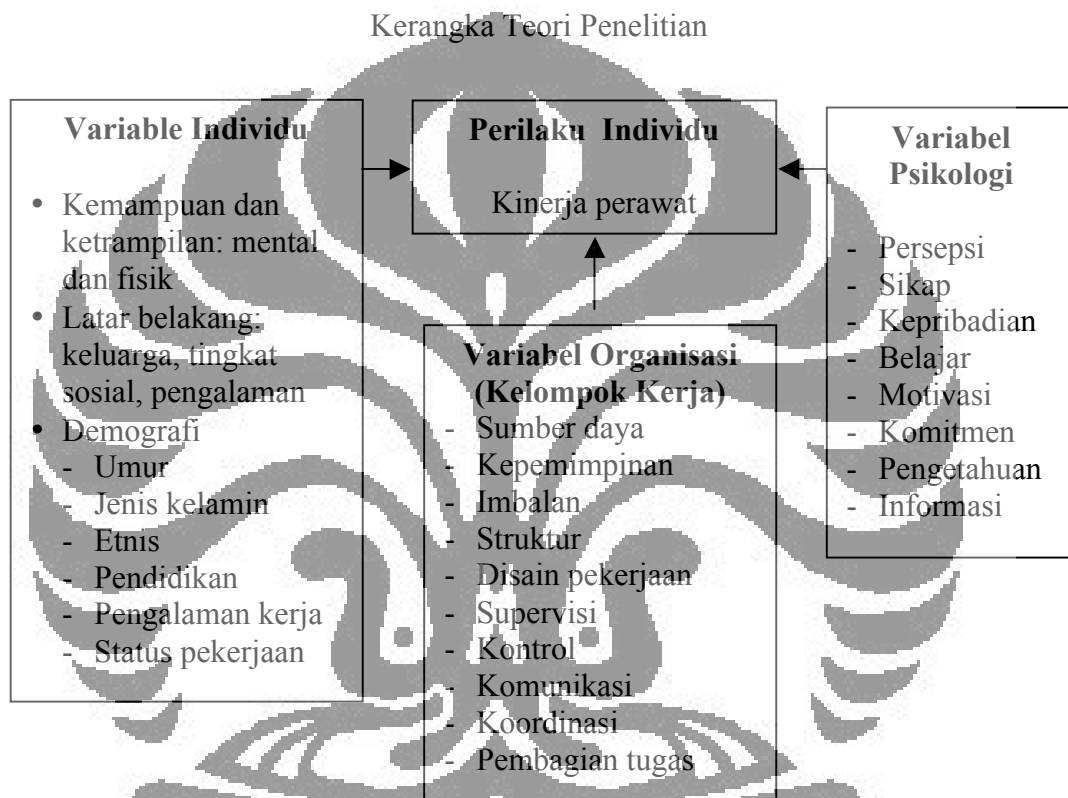
### 3. Prinsip Dokumentasi Keperawatan

Pendokumentasian keperawatan tidak hanya sekedar menulis, karena pendokumentasian seperti yang sudah diuraikan di atas mempunyai tujuan, manfaat dan sesuatu yang memang penting dalam asuhan keperawatan. Sehingga, menurut Koziar, Erb & Berman (2004), pelaksanaannya harus memenuhi prinsip – prinsip antara lain: a) penulisan waktu merupakan aspek legal dan keamanan pasien, sehingga harus segera dituliskan setelah tindakan ke pasien; b) mencantumkan tanda tangan sesuai yang berlaku; c) konfiden, data pasien dilindungi secara legal dan dianggap catatan yang bersifat rahasia; d) pendokumentasian sesuai dengan urutan tahapan proses keperawatan; e) pencatatan harus singkat dan mudah dimengerti oleh tim, dan menggunakan simbol/ singkatan yang telah disepakati tim keperawatan.

## E. Kerangka Teori

Kerangka teori penelitian ini merupakan hasil sarian dari teori dan konsep yang dipaparkan terdahulu yang terkait dengan kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan. Kerangka teori penelitian ini tergambar dalam skema berikut:

Gambar 2.1



Sumber memodifikasi dari Dessler (2003); Gibson (1987); Ilyas (2002); McMohan (1999); Maddux dalam Pranoto & Suprati (2003); Robbins (2003); Siagian (2002); Walgito (2007)

Pelaksanaan dokumentasi keperawatan merupakan merupakan salah satu cermin kinerja perawat di ruang rawat inap. Namun demikian kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan ini dipengaruhi oleh beberapa faktor. Menurut Gibson (1987), secara teoritis kinerja seseorang dipengaruhi oleh tiga kelompok variabel, yaitu: variabel individu, variabel organisasi, dan variabel psikologis.

Variabel individu dikelompokkan dalam sub variabel kemampuan dan ketrampilan, latar belakang, dan demografi. Menurut Gibson (1987), sub variabel kemampuan dan ketrampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi kinerja. Sedangkan sub variabel demografi tidak berpengaruh langsung terhadap kinerja individu. Dessler (2003); Gibson (1987); Robbins (2003); Siagian (2002), yang termasuk dalam variabel demografi adalah umur, jenis kelamin, etnis, pendidikan, pengalaman kerja, dan status pekerjaan.

Variabel organisasi merupakan variabel yang berpengaruh tidak langsung terhadap kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan. Variabel organisasi digolongkan dalam sub variabel sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur, desain pekerjaan, supervisi, kontrol, komunikasi, koordinasi, dan pembagian tugas (Ilyas, 2002; McMohan, 1999; Siagian, 2002).

Variabel psikologi merupakan variabel yang dapat mempengaruhi kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan. Namun demikian variabel psikologi ini juga dapat dipengaruhi atau tergantung variabel lainnya. Variabel psikologi digolongkan dalam sub variabel persepsi, sikap, kepribadian, belajar, motivasi dan komitmen (Gibson, 1987; Maddux dalam Pranoto & Suprpti, 2003; Walgito, 2007).

Keberadaan kelompok kerja akan mempengaruhi variabel organisasi dalam meningkatkan komunikasi, supervisi, koordinasi, kualitas pembagian tugas, dan kinerja pemimpin (Ilyas, 2002; McMohan, 1999; Siagian, 2002). Sehingga kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan menjadi lebih baik. Menurut Gibson (1987); Maddux dalam Pranoto & Suprpti (2003), keberadaan kelompok kerja juga akan berpengaruh secara psikologi pada perawat. Keberadaan kelompok kerja dapat mempengaruhi motivasi, komitmen, persepsi, sikap, dan kepribadian perawat kearah yang positif, sehingga perawat mau belajar menjadi yang lebih baik dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan.



## BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

### A. Kerangka Konsep

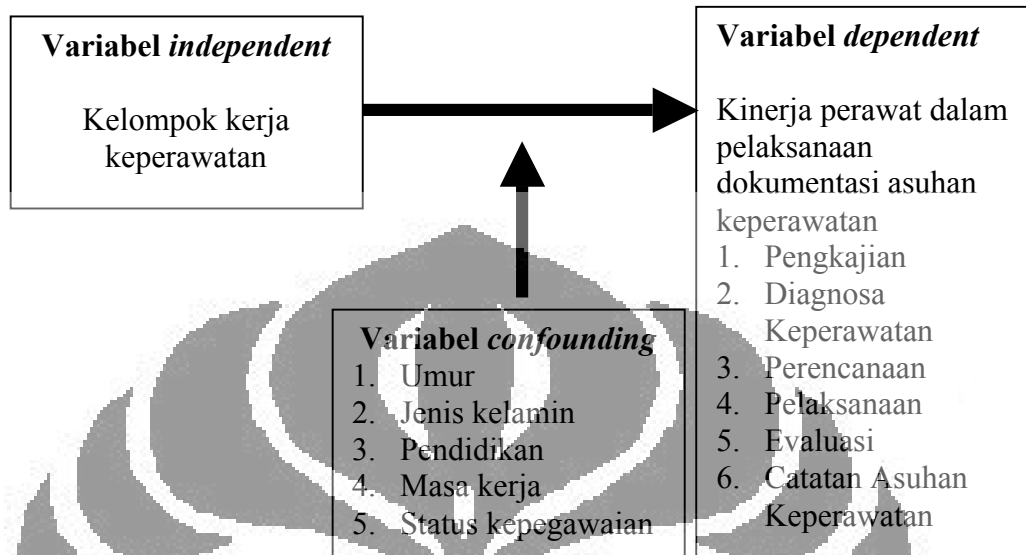
Kerangka konsep pada penelitian ini didasarkan dari kajian teori dan studi literatur yang membahas tentang pengaruh kelompok kerja keperawatan terhadap kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan. Penilaian kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan mengacu pada instrumen Evaluasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit (Depkes, 2005) yang terdiri dari 24 item penilaian.

Dessler (2003); Gibson (1987); Robbins (2003); Siagian (2002) menyatakan, kinerja seseorang dipengaruhi oleh variabel individu, salah satunya adalah sub variabel demografi antara lain umur, jenis kelamin, etnis, pendidikan, pengalaman kerja, dan status individu. Sub variabel demografi dalam penelitian ini sebenarnya dianggap sebagai variabel *confounding*. Namun demikian, sub variabel ini perlu diteliti, karena menurut Gibson (1987), sub variabel demografi dapat mempengaruhi secara tidak langsung terhadap kinerja seseorang. Sub variabel demografi yang diteliti dalam penelitian ini adalah umur, jenis kelamin, pendidikan, pengalaman kerja, dan status kepegawaian.

Kelompok kerja keperawatan dapat menjadi *motivator* bagi individu atau perawat dalam melakukan tindakan termasuk dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan. Menurut Walgito (2007), keberadaan kelompok dapat memberikan kebutuhan psikologis yang berupa dorongan, pengetahuan, dan informasi. Dalam penelitian ini, kelompok kerja keperawatan merupakan intervensi terhadap kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan.

Berdasarkan teori – teori yang dipaparkan sebagai dasar penelitian, maka skematis kerangka konsep penelitian ini adalah:

Gambar 3.1  
Kerangka Konsep Penelitian



## B. Hipotesis

Berdasarkan kerangka konsep di atas, maka hipotesis penelitian ini adalah:

### 1. Hipotesis Mayor

Kelompok kerja keperawatan berpengaruh terhadap kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan.

### 2. Hipotesis Minor

a. Ada perbedaan kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan antara sebelum dan setelah adanya kelompok kerja keperawatan setelah dikontrol variabel *confounding*.

b. Ada perbedaan rata-rata nilai kinerja pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan pada pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan catatan asuhan keperawatan sebelum dan

setelah adanya kelompok kerja keperawatan setelah dikontrol variabel *confounding*.

### C. Definisi Operasional

Ruang lingkup dan gambaran nyata tentang variabel-variabel penelitian ini dijabarkan dalam definisi operasional berikut:

Tabel 3.1  
Definisi Operasional Penelitian

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
<b>Variabel <i>dependent</i></b>					
1	Kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan	Hasil nilai audit dokumentasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat ruang rawat inap	Menggunakan Instrumen Evaluasi Dokumentasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan dari Depkes (2005) yang terdiri dari 24 item penilaian dengan penilaian sebagai berikut: 0. jika kelengkapan masing-masing item < 75% 1. jika kelengkapan masing-masing item $\geq 75\%$	Dalam angka 1–100	Interval
	a. Pengkajian	Bukti tertulis kegiatan pengumpulan data pada pasien, baik dari wawancara,	Menggunakan Instrumen Evaluasi Dokumentasi Penerapan	Dalam angka 1–100	Interval

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
		pemeriksaan fisik, dan data penunjang lain yang dilakukan oleh perawat	Standar Asuhan Keperawatan dari Depkes (2005) yang terdiri dari 4 item penilaian dengan penilaian sebagai berikut: 0. jika kelengkapan masing-masing item < 75% 1. jika kelengkapan masing-masing item $\geq$ 75%		
b.	Diagnosa keperawatan	Bukti tertulis masalah keperawatan pasien baik actual maupun potensial yang dirumuskan oleh perawat yang berasal dari hasil analisa data pengkajian yang terdiri dari komponen <i>Problem Etiologi Sign</i> atau <i>symptom / Problem Etiologi</i>	Menggunakan Instrumen Evaluasi Dokumentasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan dari Depkes (2005) yang terdiri dari 3 item penilaian dengan penilaian sebagai berikut: 0. jika kelengkapan masing-masing item < 75% 1. jika kelengkapan masing-masing item $\geq$ 75%	Dalam angka 1-100	Interval

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
c.	Perencanaan	Penulisan komponen tujuan yang berisi pasien, perubahan kondisi pasien dan atau kriteria waktu, dan rencana tindakan yang akan dilakukan oleh perawat	Menggunakan Instrumen Evaluasi Dokumentasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan dari Depkes (2005) yang terdiri dari 6 item penilaian dengan penilaian sebagai berikut: 0. jika kelengkapan masing-masing item < 75% 1. jika kelengkapan masing-masing item $\geq$ 75%	Dalam angka 1-100	Interval
d.	Pelaksanaan	Bukti tertulis tindakan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat didasarkan atas rencana tindakan yang telah dibuat	Menggunakan Instrumen Evaluasi Dokumentasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan dari Depkes (2005) yang terdiri dari 4 item penilaian dengan penilaian sebagai berikut: 0. jika kelengkapan masing-masing item < 75% 1. jika kelengkapan	Dalam angka 1-100	Interval

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
			masing-masing item ≥ 75%		
e.	Evaluasi	Bukti tertulis kegiatan perawat dalam menilai kemajuan status kesehatan pasien atas tindakan keperawatan yang telah dilakukan perawat	Menggunakan Instrumen Evaluasi Dokumentasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan dari Depkes (2005) yang terdiri dari 2 item penilaian dengan penilaian sebagai berikut: 0. jika kelengkapan masing-masing item < 75% 1. jika kelengkapan masing-masing item ≥ 75%	Dalam angka 1–100	Interval
f.	Catatan asuhan keperawatan	Ketentuan yang seharusnya dilakukan oleh perawat dalam pencatatan dan penyimpanan berkas catatan keperawatan	Menggunakan Instrumen Evaluasi Dokumentasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan dari Depkes (2005) yang terdiri dari 5 item penilaian dengan penilaian sebagai berikut: 0. jika kelengkapan masing-masing item	Dalam angka 1–100	Interval

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
			< 75% 1. jika kelengkapan masing-masing item ≥ 75%		
<b>Variabel independent</b>					
1	Kelompok kerja keperawatan	Kelompok kerja yang bekerja bersifat sementara dibentuk dari perawat rawat inap yang bekerja mengawasi, memotivasi, mengingatkan perawat lainnya untuk mencatat dan memberi tanda tangan terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan kepada pasien secara lengkap pada buku status pasien	Membentuk kelompok kerja keperawatan (lampiran 8)	Terbentuknya kelompok kerja yang bekerja mengawasi, memotivasi, dan mengingatkan perawat lain untuk mencatat dan memberikan tanda tangan terhadap tindakan yang telah dilakukan kepada pasien secara lengkap pada buku status pasien	
<b>Variabel confounding</b>					
1	Umur	Umur perawat yang ditentukan oleh ulang tahun terakhir pada saat penelitian	Instrumen dengan pertanyaan terbuka	A Dalam tahun	Interval
2	Jenis kelamin	Karakteristik perawat yang dibawa sejak lahir yang ditentukan dengan jenis	Instrumen dengan pertanyaan tertutup	A 1. Perempuan 2. Laki-laki	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
		kelamin yaitu laki-laki dan perempuan			
3	Pendidikan	Lulusan pendidikan formal keperawatan tertinggi perawat yang dibuktikan dengan ijazah	Instrumen dengan pertanyaan tertutup	A 1. DIII Keperawatan 2. S1 Keperawatan	Ordinal
4	Masa kerja	Lamanya perawat bekerja di instalasi rawat inap RS sejak pertama kali bekerja di ruang rawat inap	Instrumen dengan pertanyaan terbuka	A Dalam tahun	Interval
5	Status kepegawaian	Status yang disandang oleh perawat berdasarkan kepegawaian menurut pejabat berwenang	Instrumen dengan pertanyaan tertutup	A 1. Pegawai Honorer/Kontrak 2. PNS/ CPNS	Nominal

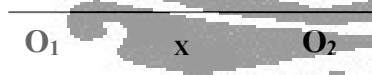


## BAB 4 METODE PENELITIAN

Bab ini menguraikan metode penelitian yang menjadi dasar untuk melaksanakan penelitian. Bab ini berisi tentang desain penelitian, populasi dan sampel penelitian, lokasi penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data, dan rencana analisis data.

### A. Desain Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian *quasi experiment* dengan *pretest and posttest one group design* (Sugiyono, 2008; Arikunto, 2006). Pada model ini peneliti ingin mengetahui apakah ada perbedaan antara kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan sebelum dan setelah adanya kelompok kerja keperawatan. Penelitian ini bertujuan untuk melihat pengaruh kelompok kerja keperawatan dengan kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan tanpa membandingkan dengan kelompok kontrol. Hal ini dilakukan dengan asumsi bahwa tanpa perlakuan apapun tidak mengubah kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan. Secara jelas desain penelitian ini terlihat dalam gambar berikut:



Keterangan:

- $O_1$  = Kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan sebelum adanya kelompok kerja keperawatan
- $O_2$  = Kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan setelah adanya kelompok kerja keperawatan
- $X$  = Perlakuan (kelompok kerja keperawatan)

## B. Populasi dan Sampel

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat yang tersebar di 8 Ruang Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso yang berjumlah 111 perawat. Pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah *non probability sampling* dengan metode total sampel dengan kriteria sebagai berikut:

1. Pendidikan perawat minimal D III Keperawatan
2. Tidak sedang cuti
3. Bersedia menandatangani pernyataan persetujuan menjadi responden

Sampai dengan batas waktu penelitian, instrumen A yang kembali sebanyak 96 kuesioner. Sehingga, jumlah sampel pada penelitian ini adalah 96. Sedangkan, 15 orang yang tidak masuk ke dalam sampel disebabkan oleh karena 5 orang cuti dan yang 10 orang tidak bersedia menjadi responden. Ketidakterbacaan dari 10 perawat tersebut untuk menjadi responden karena merasa khawatir dengan dampak yang ditimbulkan, walaupun sudah diberikan penjelasan tujuan dan dampak dari penelitian. Dapat dikatakan tingkat partisipasi perawat untuk terlibat dalam penelitian ini adalah tinggi (86,5%).

## B. Tempat Penelitian

Tempat penelitian ini adalah RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso dengan pertimbangan: rumah sakit ini merupakan rumah sakit tipe-B non pendidikan, yang mempunyai kapasitas tempat tidur yang cukup banyak, BOR yang cukup tinggi, dan pendidikan minimal perawat sudah hampir seluruhnya DIII Keperawatan. Selain itu, rumah sakit juga sedang berusaha meningkatkan mutu pelayanan keperawatan, terutama dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan.

## C. Waktu Penelitian

Waktu penelitian ini dilaksanakan pada tanggal 12 Mei - 5 Juni 2009.

## D. Etika Penelitian

Penelitian ini menggunakan subyek penelitian perawat dan obyek penelitian berupa dokumen keperawatan di ruang rawat inap. Terkait dengan subyek penelitian, maka responden penelitian harus terlindungi dari masalah etik penelitian, yaitu:

### 1. *Self determination*

Responden diberikan kebebasan untuk membuat keputusan secara sadar dan dipahami dengan baik tanpa paksaan untuk berpartisipasi dan tidak berpartisipasi dalam penelitian ini atau keluar dari penelitian ini. Penawaran menjadi responden dilakukan setelah perawat diberikan penjelasan tentang tujuan, manfaat dan prosedur selama penelitian. Jika perawat atau subyek penelitian bersedia menjadi responden maka secara sadar dan tanpa paksaan diharapkan bersedia menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*). Jika subyek penelitian tidak bersedia menjadi responden, maka peneliti tetap menghormati hak-haknya. Hal ini terlihat dari jumlah perawat yang tidak bersedia menjadi responden sebanyak 10 orang, dikarenakan merasa khawatir dengan dampak yang ditimbulkan jika menjadi responden.

### 2. *Confidentiality*

Data dan informasi karakteristik responden (umur, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja, dan status kepegawaian) dijaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

### 3. *Privacy and Anonymity*

Kerahasiaan responden selalu dijaga dengan cara tidak mencantumkan nama responden dilembar pengumpulan data. Keikutsertaan responden dalam penelitian hanya diberikan kode pada masing-masing lembar pengumpulan data.

#### 4. *Justice*

Semua responden mendapatkan penanganan yang sama dalam keikutsertaannya dalam penelitian, tidak ada dekriminasi dengan tetap menghormati seluruh persetujuan yang telah disepakati, dan memberikan penanganan terhadap masalah yang muncul selama berpartisipasi dalam penelitian.

#### 5. *Protection from discomfort*

Responden mendapatkan perlindungan dari ketidaknyamanan dan kerugian. Responden diberikan penjelasan bahwa informasi yang diberikan tidak mempunyai pengaruh apapun terhadap pekerjaan maupun karirnya. Responden diberikan keleluasaan dan tanpa tekanan dalam memberikan informasi serta bebas untuk mengundurkan diri dari kegiatan penelitian jika merasa tidak aman dan tidak nyaman.

### E. **Alat Pengumpulan Data**

Data yang dikumpulkan pada penelitian ini adalah data karakteristik responden yang diisi oleh responden sendiri dan data kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan yang diisi oleh peneliti.

1. Instrumen A, merupakan pertanyaan tentang data karakteristik responden yang meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja, dan status kepegawaian. Data yang diperoleh dari kuesioner A ini adalah data primer yang secara langsung diperoleh dari responden. Kuesioner yang berhubungan dengan karakteristik individu (umur, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja, dan status kepegawaian) diadopsi dari Dessler (2003); Gibson (1987); Robbins (2003); Siagian (2002) yang telah dimodifikasi pada pertanyaan no. 1 sampai dengan 5 (lampiran 5).
2. Instrumen B, penilaian kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan menggunakan instrumen baku Evaluasi Dokumentasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan dari Depkes

(2005) yang terdiri dari 24 item penilaian. Penilaian kelengkapan dokumentasi keperawatan ini dibagi dalam 6 aspek, yaitu 1) aspek pengkajian yang terdiri dari 4 item pernyataan (pernyataan no. 1, 2, 3, dan 4); 2) aspek diagnosa keperawatan yang terdiri dari 3 item pernyataan (pernyataan no. 5, 6, dan 7); 3) aspek perencanaan keperawatan yang terdiri dari 6 item pernyataan (pernyataan no. 8, 9, 10, 11, 12, dan 13); 4) aspek pelaksanaan keperawatan yang terdiri dari 4 item pernyataan (pernyataan no. 14, 15, 16, dan 17); 5) aspek evaluasi yang terdiri dari 2 item pernyataan (pernyataan no. 18 dan 19); dan 6) aspek catatan asuhan keperawatan yang terdiri dari 5 pernyataan (pernyataan no. 20, 21, 22, 23, 24) (lampiran 6).

Penilaian tiap-tiap item pernyataan mengacu pada kelengkapan penulisan dokumentasi yang dibandingkan dengan indikator penilaian (lampiran 7).

Penilaian kinerja perawat didasarkan atas kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan dengan acuan penilaian dari Sitorus (2006) sebagai berikut: setiap item penilaian akan mendapatkan nilai 1 (satu) jika kelengkapan dokumentasi mencapai 75% atau lebih dan mendapatkan nilai 0 (nol) jika kelengkapan dokumentasi < 75%.

Nilai kumulatif dari seluruh item menentukan baik atau tidaknya kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan. Penentuan nilai ini mengacu pada standar minimal pelayanan di rumah sakit dari Depkes (2005), yaitu dengan kategori sebagai berikut: dokumentasi (kinerja) baik jika mendapatkan nilai 85% atau lebih, dokumentasi (kinerja) tidak baik jika mendapatkan nilai < 85%.

Uji validitas dan reliabilitas untuk instrumen A tidak dilakukan, karena instrumen tersebut hanya berisi pertanyaan tentang karakteristik perawat. Sedangkan, instrumen B tidak dilakukan uji *validitas* dan *reliabilitas*, karena instrumen yang dipakai untuk mengumpulkan data adalah instrumen baku dari Depkes (2005).

## F. Prosedur Pengumpulan Data

Tahap pengumpulan data pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

### 1. Tahap Persiapan Penelitian

Kegiatan yang dilakukan pada tahap ini adalah

- a. Lolos uji etik dari Komite Etik Penelitian Keperawatan FIK-UI tertanggal 13 April 2009 (lampiran 1).
- b. Menentukan lokasi penelitian dan mengajukan izin kepada Direktur RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso. Persetujuan izin penelitian dari RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso tertanggal 11 Mei 2009 (lampiran 2).
- c. Menyiapkan lembar permohonan menjadi responden (lampiran 3)
- d. Menyiapkan lembar persetujuan menjadi responden (lampiran 4).
- e. Menyiapkan kelengkapan pengumpulan data yang diperlukan antara lain instrumen A untuk mengumpulkan data karakteristik responden dan instrumen B adalah Instrumen Evaluasi Dokumentasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan dari Depkes (2005) untuk mengumpulkan data kinerja perawat.
- f. Membuat daftar responden dimasing-masing ruang rawat inap yang menjadi subyek penelitian sesuai kriteria yang telah ditentukan. Ruang Anggrek 13 orang, Ruang Bougenville 16 orang, Ruang Dahlia 12 orang, Ruang Rengganis 12 orang, Ruang Teratai 10 orang, Ruang ICU 11 orang, Ruang Melati 11 orang, dan Ruang Seruni 11 orang.
- g. Menyiapkan kelengkapan untuk membuat kelompok kerja keperawatan.

### 2. Tahap Pelaksanaan Penelitian

#### a. Pengambilan data penelitian

Pengambilan data penelitian dilakukan mulai tanggal 12 Mei 2009.

##### 1) Pengambilan data karakteristik perawat

Pengambilan data karakteristik perawat dilakukan mulai tanggal 12 Mei 2009 dengan langkah – langkah sebagai berikut:

- 1) Peneliti menjelaskan tujuan dan manfaat penelitian
- 2) Penandatanganan pernyataan persetujuan menjadi responden
- 3) Membagikan instrumen A kepada responden yang telah menandatangani lembar persetujuan menjadi responden
- 4) Pengisian instrumen A karakteristik responden oleh perawat ruangan.
- 5) Sampai dengan batas waktu penelitian, instrumen A yang terkumpul dan terisi sebanyak 96 kuesioner dari 111 kuesioner yang disebar di delapan ruang rawat inap, sehingga dapat dikatakan tingkat partisipasi perawat dalam penelitian ini adalah baik (86,5%).

- 2) Penilaian kinerja perawat sebelum ada kelompok kerja  
 Penilaian kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan sebelum adanya kelompok kerja dimulai tanggal 13-16 Mei 2009. Penilaian kinerja ini didasarkan atas kelengkapan dokumentasi yang dilakukan oleh perawat dengan menggunakan instrumen dari Depkes (2005). Nilai kinerja perawat ruangan diperoleh dari hasil rata-rata penilaian seluruh dokumen di ruangan masing-masing. Hal ini dilakukan, karena semua ruang rawat inap di RSUD. dr. H. Koesnadi Bondowoso menerapkan metode tim dan pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan secara bersama-sama. Sehingga, dapat diasumsikan kelengkapan dan kebenaran dalam pendokumentasian asuhan keperawatan, setiap dokumen status pasien adalah tanggung jawab bersama perawat dalam ruangan masing-masing.

Langkah-langkah dalam penilaian kinerja perawat sebelum adanya kelompok kerja keperawatan adalah sebagai berikut:

- 1) Menentukan dokumen keperawatan yang akan dinilai kelengkapannya. Dokumen yang dinilai adalah buku status pasien yang sudah pulang atau meninggal (minimal sudah

dirawat 1 x 24 jam) dan belum dikembalikan ke bagian rekam medik. Jumlah dokumen yang dinilai kelengkapannya sebanyak 46 dokumen yang tersebar di delapan ruang rawat inap, dengan rincian sebagai berikut: R. Angrek 4 dokumen, R. Bougenville 7 dokumen, R. Dahlia 10 dokumen, R. Rengganis 5 dokumen, R. Teratai 4 dokumen, R. ICU 4 dokumen, R. Melati 7 dokumen, dan R. Seruni 5 dokumen.

- 2) Penilaian kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan (kelengkapan dokumen keperawatan di 8 ruang rawat inap) dilakukan oleh peneliti.
- 3) Pengecekan kembali terhadap data-data yang telah terkumpul untuk persiapan pengolahan dan analisis data.

b. Pembentukan dan Kegiatan Kelompok Kerja Keperawatan

Langkah-langkah yang dilakukan adalah sebagai berikut:

- 1) Tanggal 12 Mei 2009 melakukan koordinasi dengan bidang keperawatan dan komite keperawatan, serta berkoordinasi dengan kepala ruang untuk memilih perawat yang dapat dijadikan anggota kelompok kerja keperawatan (minimal pendidikan D III dan mempunyai komitmen tinggi untuk perubahan). Setelah dilakukan diskusi maka disepakati membentuk kelompok kerja keperawatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso.
- 2) Tanggal 18 Mei 2009 melaksanakan sosialisasi kepada perawat ruang rawat inap dan membentuk kelompok kerja (lampiran 8)
  - 1) Mendiskusikan dan menentukan tujuan kelompok kerja
  - 2) Membentuk struktur organisasi dan daftar nama kelompok kerja keperawatan (lampiran 9)



- 3) Membahas peran dan fungsi kelompok kerja keperawatan (lampiran 8)
- 4) Membahas kegiatan kelompok kerja (lampiran 8)
- 5) Membuat alat evaluasi pelaporan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan (lampiran 10)
- 6) Membuat alat evaluasi diri bagi anggota kelompok kerja (lampiran 11).

- 3) Kelompok kerja mulai melakukan kegiatan di ruangan pada tanggal 19 Mei 2009. Kegiatan yang dilakukan oleh kelompok kerja sesuai dengan uraian tugas yang telah dibuat (lampiran 8).
  - a) Setiap hari penanggung jawab *shift* selalu mengingatkan dan memberikan dorongan kepada perawat di ruangnya untuk selalu mendokumentasikan segala tindakan keperawatan dan hasil kolaborasi yang telah dilakukan.
  - b) Setiap hari penanggung jawab *shift* melakukan pemeriksaan terhadap hasil dokumentasi *shift* sebelumnya. Pemeriksaan kelengkapan dokumentasi untuk pasien baru dimulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan sampai dengan pencatatan yang terakhir. Sedangkan untuk pasien lama yang diperiksa adalah catatan perkembangan pasien, yaitu S (data subyektif); O (data obyektif); A (analisis); P (*planning*), dan tindakan keperawatan dan atau hasil kolaborasi. Indikator kelengkapan dokumentasi adalah sebagai berikut, dikatakan lengkap jika yang didokumentasikan  $\geq 75\%$  dari yang seharusnya didokumentasikan.

Pelaksanaannya sebagai berikut: *shift* pagi memeriksa kelengkapan dokumentasi yang dikerjakan oleh *shift* malam, *shift* siang melakukan pemeriksaan kelengkapan dokumentasi yang dikerjakan oleh *shift* pagi, *shift* malam

melakukan pemeriksaan kelengkapan dokumentasi yang dikerjakan oleh *shift* sore. Hasil pemeriksaan yang dilakukan dituliskan dalam pelaporan kelengkapan dokumentasi. Berapa banyak dokumen yang lengkap, berapa banyak dokumen yang tidak lengkap, ketidaklengkapan dokumentasi terjadi di tahap yang mana.

Hasil pemeriksaan setiap hari dilaporkan oleh penanggung jawab *shift* malam kepada koordinator ruangan yang dinas pagi. Koordinator ruangan menindaklanjuti hasil dokumentasi keperawatan di ruangan yang menjadi tanggung jawabnya masing-masing.

Pada tanggal 30 Mei 2009 mengadakan pertemuan untuk mengadakan evaluasi diri dan menyampaikan hasil penilaian kinerja sebelum adanya kelompok kerja. Selain itu juga mengadakan diskusi-diskusi terkait kegiatan kelompok kerja yang sudah dilaksanakan.

Setelah kegiatan kelompok kerja berjalan dua minggu, kemudian dilakukan penilaian kembali kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi setelah adanya kelompok kerja. Cara penilaian kinerja setelah adanya kelompok kerja, prinsipnya sama dengan penilaian kinerja sebelum adanya kelompok kerja.

c. Penilaian kinerja perawat setelah adanya kelompok kerja

Penilaian kinerja perawat setelah adanya kelompok kerja dilakukan tanggal 3 – 5 Juni 2009. Nilai kinerja perawat ruangan diperoleh dari hasil rata-rata penilaian seluruh dokumen di ruangan masing-masing. Hal ini dilakukan, karena semua ruang rawat inap di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso menerapkan metode tim dan pelaksanaan

dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan secara bersama-sama. Sehingga, dapat diasumsikan kelengkapan dan kebenaran dalam pendokumentasian asuhan keperawatan setiap dokumen status pasien adalah tanggung jawab bersama perawat ruangan masing-masing.

Langkah-langkah penilaian kinerja perawat setelah adanya kelompok kerja keperawatan adalah sebagai berikut:

- 1) Menentukan dokumen asuhan keperawatan (ketentuan sama dengan penilaian awal/ sebelum adanya kelompok kerja) yang akan dinilai. Jumlah dokumen yang dinilai pada tahap ini adalah 44 dokumen yang tersebar di delapan ruang rawat inap dengan rincian sebagai berikut: R. Anggrek 4 dokumen, R. Bougenville 7 dokumen, R. Dahlia 8 dokumen, R. Rengganis 5 dokumen, R. Teratai 4 dokumen, R. ICU 4 dokumen, R. Melati 7 dokumen, dan R. Seruni 5 dokumen
- 2) Melakukan penilaian terhadap kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan oleh peneliti
- 3) Pengecekan kembali terhadap data yang telah terkumpul untuk persiapan pengolahan dan analisis data.

## G. Analisis Data

Kegiatan analisis data dalam penelitian ini terdiri dari pengolahan data dan *entry* data berdasarkan empat tahapan pengolahan data (Hastono, 2007):

### 1. *Editing*

Tahap *editing* dilakukan setelah semua data dari instrumen penelitian terkumpul. *Editing* merupakan kegiatan pemeriksaan kembali terhadap data yang terkumpul atas kelengkapannya dan mungkin ada kesalahan pengisian (Mardalis, 2007). Hal ini juga untuk menentukan apakah data yang ada dapat dilanjutkan untuk tahap analisis berikutnya.

Data karakteristik yang terkumpul sebanyak 96 kuesioner, dan semua terisi sesuai petunjuk. Data hasil penilaian terhadap kinerja perawat sebelum ada kelompok kerja sebanyak 46 dokumen, dan setelah ada kelompok kerja sebanyak 44 dokumen. Kelengkapan penilaian juga dilakukan *editing*.

## 2. *Coding*

Peneliti memberikan kode pada data yang terkumpul agar memudahkan dalam *entry* data selanjutnya. Pengkodeannya adalah sebagai berikut: jenis kelamin (1. perempuan, 2. laki-laki), pendidikan (1. DIII Keperawatan; 2. S1 Keperawatan), status kepegawaian (1. Honorer/Kontrak; 2. CPNS/ PNS)

## 3. *Processing*

Peneliti memasukkan data yang sudah di *edit* dan telah diberi kode dengan benar ke dalam komputer sesuai analisis yang dibutuhkan. Proses ini menggunakan perangkat berupa program komputer statistik.

## 4. *Cleaning*

Peneliti melakukan pengecekan ulang terhadap data yang sudah di *entry* untuk memastikan bahwa sudah tidak ada kesalahan pengisian data (*missing*). Data sudah tidak ada yang *missing* dan siap dilakukan analisis.

Tahap berikutnya adalah melakukan analisis data terhadap data yang telah ada di komputer. Analisis data pada penelitian ini terdiri dari analisis *univariate*, *bivariate*, dan *multivariate*.

## 1. Analisis *Univariate*

Analisis *univariate* bertujuan untuk menjelaskan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti dan bentuknya sesuai dengan jenis data (Hastono, 2007). Variabel umur, masa kerja, nilai pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, catatan asuhan

keperawatan, dan nilai kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan, data yang diperoleh berbentuk *numeric*, sehingga ditampilkan dalam bentuk rata-rata hitung yang terdiri dari *mean*, *median*, *standard deviasi*, nilai minimum maksimum, dan 95% CI. Variabel jenis kelamin, pendidikan, dan status kepegawaian data yang diperoleh berbentuk katagorik, sehingga disajikan dalam bentuk distribusi frekuensi dengan ukuran proporsi atau persentase.

## 2. Analisis *Bivariate*

Setelah karakteristik masing – masing variabel diketahui, maka dapat diteruskan analisis selanjutnya. Melakukan analisis *bivariate* dengan tujuan mengetahui adanya hubungan antara dua variabel atau perbedaan yang signifikan antara dua atau lebih kelompok (sampel) (Hastono, 2007). Uji statistik yang dipergunakan menggunakan taraf kesalahan 5%. Berikut secara rinci analisis *bivariate* yang dipergunakan dalam penelitian ini:

Tabel 4.1  
Variabel dan Uji Statistik pada Analisis *Bivariate* Pengaruh Kelompok Kerja Keperawatan terhadap Kinerja Perawat dalam Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Variabel Penelitian		Uji Statistik
<i>Independent</i>	<i>Dependent</i>	
Kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan sebelum ada kelompok kerja keperawatan (Numerik)	Kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan setelah ada kelompok kerja keperawatan (Numerik)	<i>Dependent t-tes</i>
Nilai kinerja dokumentasi pengkajian asuhan keperawatan sebelum ada kelompok kerja keperawatan (Numerik)	Nilai kinerja dokumentasi pengkajian asuhan keperawatan setelah ada kelompok kerja keperawatan (Numerik)	<i>Dependent t-tes</i>
Nilai kinerja dokumentasi diagnosa keperawatan sebelum ada kelompok kerja keperawatan (Numerik)	Nilai kinerja dokumentasi diagnosa keperawatan setelah ada kelompok kerja keperawatan (Numerik)	<i>Dependent t-tes</i>

<b>Variabel Penelitian</b>		<b>Uji Statistik</b>
<b><i>Independent</i></b>	<b><i>Dependent</i></b>	
Nilai kinerja dokumentasi perencanaan asuhan keperawatan sebelum ada kelompok kerja keperawatan (Numerik)	Nilai kinerja dokumentasi perencanaan asuhan keperawatan setelah ada kelompok kerja keperawatan (Numerik)	<i>Dependent t-tes</i>
Nilai kinerja dokumentasi pelaksanaan asuhan keperawatan sebelum ada kelompok kerja keperawatan (Numerik)	Nilai kinerja dokumentasi pelaksanaan asuhan keperawatan setelah ada kelompok kerja keperawatan (Numerik)	<i>Dependent t-tes</i>
Nilai kinerja dokumentasi evaluasi asuhan keperawatan sebelum ada kelompok kerja keperawatan (Numerik)	Nilai kinerja dokumentasi evaluasi asuhan keperawatan setelah ada kelompok kerja keperawatan (Numerik)	<i>Dependent t-tes</i>
Nilai kinerja dokumentasi catatan asuhan keperawatan sebelum ada kelompok kerja keperawatan (Numerik)	Nilai kinerja dokumentasi catatan asuhan keperawatan setelah ada kelompok kerja keperawatan (Numerik)	<i>Dependent t-tes</i>
<b><i>Variabel Confounding</i></b>		
Umur (Numerik)	Kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan (Numerik)	<i>Regresi Linier sederhana</i>
Jenis kelamin (Katagorik)	Kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan (Numerik)	<i>Independent t-test</i>
Pendidikan (Katagorik)	Kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan (Numerik)	<i>Independent t-test</i>
Masa kerja (Numerik)	Kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan (Numerik)	<i>Regresi Linier sederhana</i>
Status kepegawaian (Katagorik)	Kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan (Numerik)	<i>Independent t-test</i>

### 3. Analisis *Multivariate*

Analisis *multivariate* merupakan pengembangan dari analisis *bivariate*. Analisis *multivariate* bertujuan untuk melihat atau mempelajari hubungan beberapa variabel (lebih dari satu variabel) *independent* dengan satu atau beberapa variabel *dependent* (umumnya satu variabel). Analisis *multivariate* ini dilakukan dengan menghubungkan beberapa variabel *independent* dengan satu variabel *dependent* dalam waktu yang bersamaan (Hastono, 2007). Analisis *multivariate* yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah uji *regresi linier* ganda dengan tingkat kesalahan 5%.

Analisis *multivariate* pada penelitian ini digunakan untuk mengetahui faktor-faktor yang paling berpengaruh terhadap kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso dengan menggunakan uji *regresi linier* ganda. Langkah-langkah uji *regresi linier* ganda menurut Hastono (2007) adalah sebagai berikut:

#### a. Langkah I: seleksi *bivariate*

Seleksi *bivariate* masing-masing variabel *confounding* dengan variabel *dependent*. Variabel yang masuk model *multivariate* adalah variabel *bivariate* yang mempunyai *p value*  $< 0,25$ . Tetapi, nilai *p* tidak harus dipenuhi, jika ditemukan ada suatu variabel yang secara substansi sangat penting, walaupun *p value*-nya  $> 0,25$ , maka variabel tersebut dapat diikuti dalam pemodelan *multivariate*.

#### b. Langkah II: pemodelan *multivariate*

Analisis *multivariate* dilakukan secara bersama-sama setelah analisis *bivariate* selesai. Variabel yang valid adalah variabel yang mempunyai *p value*  $< 0,05$ . Bila dalam model *multivariate* dijumpai variabel yang *p value*  $> 0,05$ , maka variabel tersebut dikeluarkan dari pemodelan. Pengeluaran variabel dilakukan satu

persatu, mulai dari variabel yang *p value*-nya paling besar, kemudian dilihat adanya perubahan *R square* dan *unstandardized coefficient B*, bila ada perubahan lebih dari 10%, variabel tersebut di masukkan kembali ke modelan *multivariate*. Analisis dilakukan sampai tidak ditemukan lagi *p value* yang nilainya  $> 0,05$ .

c. Langkah III: uji interaksi

Uji interaksi dilakukan jika secara substansi antar variabel dipandang ada interaksi, tetapi jika antar variabel tidak ada interaksi, maka uji interaksi tidak diperlukan. Sehingga, langsung masuk ke pemodelan terakhir.

d. Langkah IV: pemodelan terakhir

Langkah ini adalah langkah terakhir dari analisis *multivariate*, yang hasilnya diperoleh setelah tidak diperlukan lagi uji interaksi, dan merupakan hasil akhir analisis setelah tidak ditemukan kembali *p value* variabel *independent*  $> 0,05$ .



## BAB 5 HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan hasil penelitian tentang pengaruh kelompok kerja keperawatan terhadap kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso yang dilaksanakan mulai tanggal 12 Mei sampai dengan 5 Juni 2009. Hasil penelitian yang disajikan dalam bab ini meliputi hasil analisis *univariate*, *bivariate*, dan *multivariate*. Secara rinci dapat diuraikan sebagai berikut:

### A. Karakteristik Perawat

Data karakteristik yang disajikan dalam bagian ini adalah jenis kelamin, pendidikan terakhir, status kepegawaian, umur, dan masa kerja perawat RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso.

#### 1. Jenis Kelamin, Pendidikan, dan Status Kepegawaian Perawat

Tabel 5.1  
Distribusi Karakteristik Responden Menurut Jenis Kelamin,  
Pendidikan, dan Status Kepegawaian Perawat di Instalasi Rawat Inap  
RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso Tahun 2009 (n=96)

No	Variabel	Jumlah	Persentase
1	<b>Jenis Kelamin</b>		
	- Perempuan	64	66,7
	- Laki-Laki	32	33,3
2	<b>Pendidikan Terakhir</b>		
	- DIII Keperawatan	74	77,1
	- S1 Keperawatan	22	22,9
3	<b>Status Kepegawaian</b>		
	- Honorer/ Kontrak	7	7,3
	- CPNS/ PNS	89	92,7

Tabel 5.1 menunjukkan, sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan (66,7%), berpendidikan DIII Keperawatan (77,1%), dan berstatus CPNS/ PNS (92,7%).

## 2. Umur dan Masa Kerja Perawat

Tabel 5.2  
Distribusi Rata-Rata Umur dan Masa Kerja Perawat di Instalasi Rawat Inap  
RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso Tahun 2009 (n=96)

Variabel	Mean Median	SD	Minimum- Maksimum	95% CI
Umur	32,52 30,50	6,24	24 – 55	31,26 – 33,79
Masa Kerja	10,05 9,00	6,17	1 – 35	8,80 – 11,30

Hasil analisis didapatkan rata-rata umur perawat di Instalasi Rawat Inap RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso adalah 32,52 tahun, dengan standar deviasi 6,2 tahun. Umur termuda 24 tahun dan tertua 55 tahun. Sedangkan rata-rata masa kerja perawat adalah 10,05 tahun, dengan standar deviasi 6,17 tahun. Masa kerja responden paling sedikit 1 tahun, dan paling lama 35 tahun.

### B. Kinerja Perawat

Bagian ini menguraikan tentang rata-rata nilai kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan, yang meliputi nilai kinerja dalam dokumentasi pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan catatan asuhan keperawatan sebelum dan setelah adanya kelompok kerja keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso. Bagian ini juga menguraikan hubungan nilai kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi pada pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan catatan asuhan keperawatan dengan kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan.

Selain itu, juga diuraikan tentang hubungan karakteristik perawat dengan kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan. Bab ini juga menguraikan faktor-faktor yang paling mempengaruhi kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan.

1. Perbedaan Kinerja Perawat dalam Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Sebelum dan Setelah ada Kelompok Kerja Keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Kesnadi Bondosowo

Tabel 5.3  
Distribusi Rata-Rata Nilai Kinerja Perawat dalam Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Sebelum dan Setelah Ada Kelompok Kerja Keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso Tahun 2009 (n=96)

Kinerja Perawat	Mean Median	SD	Minimum – Maksimum	95% CI	p value
Sebelum Pokja	65,99 68,60	6,55	55,1 – 74,0	64,7 – 67,3	0,000
Setelah Pokja	75,93 76,20	8,8	61,1 – 87,6	74,1 – 77,7	

Tabel 5.3 menunjukkan, rata-rata nilai kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan sebelum adanya kelompok kerja adalah 65,99, dengan standar deviasi 6,55. Rata-rata nilai kinerja setelah adanya kelompok kerja adalah 75,93, dengan standar deviasi 8,8. Secara substansi hasil tersebut terjadi peningkatan yang cukup signifikan rata-rata nilai kinerja sebelum dan setelah ada kelompok kerja sebesar 9,94. Hal ini didukung oleh hasil uji statistik yang menunjukkan ada perbedaan rata-rata nilai kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso antara sebelum dan setelah adanya kelompok kerja keperawatan ( $p\text{-value} = 0,000$ ;  $\alpha: 0,05$ ).

2. Perbedaan Rata-Rata Nilai Kinerja Perawat dalam Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan yang Meliputi Pengkajian, Diagnosa, Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi, dan Catatan Keperawatan Sebelum dan Setelah Ada Kelompok Kerja Keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Kesnadi Bondosowo

Perbedaan rata-rata nilai kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi setiap langkah asuhan keperawatan sebelum dan setelah adanya kelompok kerja ditampilkan secara lengkap dalam tabel 5.4 berikut:

Tabel 5.4  
Distribusi Rata-Rata Nilai Kinerja Perawat dalam Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan pada Pengkajian, Diagnosa, Perencanaan, Pelaksanaan, Evaluasi, dan Catatan Keperawatan Sebelum dan Setelah Ada Kelompok Kerja Keperawatan di Instalasi Rawat Inap  
RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso  
Tahun 2009 (n=96)

Sub Variabel	Mean Median	SD	Minimum- Maksimum	95% CI	p value
<b>Pengkajian</b>					
Sebelum Pokja	70,4 75,0	6,95	57,5 – 75,0	68,9 – 71,8	0,000
Setelah Pokja	78,6 75,0	6,75	71,4 – 91,7	77,3 – 80	
<b>Diagnosa Kep.</b>					
Sebelum Pokja	53,98 55,8	10,74	38,1 – 67,0	51,8 – 56,2	0,000
Setelah Pokja	72,4 71,7	18,91	38,1 – 100	68,6 – 76,2	
<b>Perencanaan</b>					
Sebelum Pokja	69,97 67,0	14,3	52,6 – 95,8	67,1 – 72,9	0,000
Setelah Pokja	76,8 80,0	12,3	57,2 – 91,7	74,3 – 79,3	
<b>Pelaksanaan</b>					
Sebelum Pokja	39,8 35,0	8,02	31,3 – 55,0	38,2 – 41,4	0,000
Setelah Pokja	54,7 50,0	13,9	31,3 – 75,0	51,9 – 57,5	
<b>Evaluasi</b>					
Sebelum Pokja	93,8 100,0	9,81	70,0 – 100,0	91,8 – 95,8	0,000
Setelah Pokja	100,0 100,0	0,0	100,0	100,0	
<b>Catatan Askep</b>					
Sebelum Pokja	68,02 68,6	7,84	56,0 – 80,0	66,4 – 69,6	0,000
Setelah Pokja	73,04 74,14	8,73	57,1 – 80,0	71,3 – 74,8	

a. Pengkajian

Tabel 5.4 menunjukkan rata-rata nilai kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi pengkajian keperawatan sebelum adanya kelompok kerja adalah 70,4, dengan standar deviasi 6,95. Rata-rata nilai kinerja setelah adanya kelompok kerja adalah 78,6, dengan standar deviasi 6,75. Secara substansi hasil tersebut terjadi peningkatan yang cukup signifikan rata-rata nilai kinerja sebelum dan setelah ada kelompok kerja yaitu 8,2. Hal ini didukung oleh hasil uji statistik yang menunjukkan ada perbedaan rata-rata nilai kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi pengkajian asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso antara sebelum dan setelah adanya kelompok kerja keperawatan ( $p \text{ value} = 0,000$ ;  $\alpha: 0,05$ ).

b. Diagnosa Keperawatan

Tabel 5.4 menunjukkan rata-rata nilai kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi diagnosa keperawatan sebelum adanya kelompok kerja adalah 53,98, dengan standar deviasi 10,74. Rata-rata nilai kinerja setelah adanya kelompok kerja adalah 72,4, dengan standar deviasi 18,9. Secara substansi hasil tersebut terjadi peningkatan yang sangat signifikan rata-rata nilai kinerja sebelum dan setelah ada kelompok kerja sebesar 18,42. Hal ini didukung oleh hasil uji statistik yang menunjukkan ada perbedaan rata-rata nilai kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi diagnosa asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso antara sebelum dan setelah adanya kelompok kerja keperawatan ( $p \text{ value} = 0,000$ ;  $\alpha: 0,05$ ).

c. Perencanaan

Tabel 5.4 menunjukkan rata-rata nilai kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi perencanaan keperawatan sebelum adanya kelompok kerja adalah 69,97, dengan standar deviasi 14,3. Rata-rata nilai kinerja setelah adanya kelompok kerja adalah 76,8, dengan standar deviasi 12,3. Secara substansi hasil tersebut terjadi peningkatan

yang cukup signifikan rata-rata nilai kinerja sebelum dan setelah ada kelompok kerja yaitu 6,83. Hal ini didukung oleh hasil uji statistik yang menunjukkan ada perbedaan rata-rata nilai kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi perencanaan asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso antara sebelum dan setelah adanya kelompok kerja keperawatan ( $p \text{ value} = 0,000$ ;  $\alpha: 0,05$ ).

d. Pelaksanaan

Tabel 5.4 menunjukkan rata-rata nilai kinerja perawat dalam dokumentasi pelaksanaan tindakan keperawatan sebelum adanya kelompok kerja adalah 39,8 dengan standar deviasi 8,02. Rata-rata nilai kinerja setelah adanya kelompok kerja adalah 54,7, dengan standar deviasi 13,9. Secara substansi hasil tersebut terjadi peningkatan yang sangat signifikan rata-rata nilai kinerja sebelum dan setelah ada kelompok kerja sebesar 14,9. Hal ini didukung oleh hasil uji statistik yang menunjukkan ada perbedaan rata-rata nilai kinerja perawat dalam dokumentasi pelaksanaan asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso antara sebelum dan setelah adanya kelompok kerja keperawatan ( $p \text{ value} = 0,000$ ;  $\alpha: 0,05$ ).

e. Evaluasi

Tabel 5.4 menunjukkan rata-rata nilai kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi evaluasi keperawatan sebelum adanya kelompok kerja adalah 93,81 dengan standar deviasi 9,81. Rata-rata nilai kinerja setelah adanya kelompok kerja adalah 100,0, dengan standar deviasi 0,0. Secara substansi hasil tersebut menunjukkan peningkatan yang cukup signifikan rata-rata nilai kinerja sebelum dan setelah ada kelompok kerja yaitu 6,19. Hal ini didukung oleh hasil uji statistik yang menunjukkan ada perbedaan rata-rata nilai kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi evaluasi asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso antara sebelum dan setelah adanya kelompok kerja keperawatan ( $p \text{ value} = 0,000$ ;  $\alpha: 0,05$ ).

f. Catatan Asuhan Keperawatan

Tabel 5.4 menunjukkan rata-rata nilai kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi catatan asuhan keperawatan sebelum adanya kelompok kerja adalah 68,02, dengan standar deviasi 7,84. Rata-rata nilai kinerja setelah adanya kelompok kerja adalah 73,04, dengan standar deviasi 8,73. Secara substansi hasil tersebut menunjukkan terjadi peningkatan yang cukup signifikan rata-rata nilai kinerja sebelum dan setelah ada kelompok kerja sebesar 5,02. Hal ini didukung oleh hasil uji statistik yang menunjukkan ada perbedaan rata-rata nilai kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi catatan asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso antara sebelum dan setelah adanya kelompok kerja keperawatan (*p value* = 0,000;  $\alpha$ : 0,05).

3. Hubungan Umur, Masa Kerja Perawat dengan Kinerja Perawat dalam Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Table 5.5  
Analisis Korelasi dan Regresi Umur dan Masa Kerja Perawat dengan Kinerja Perawat dalam Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso Tahun 2009 (n=96)

Variable	r	R <sup>2</sup>	Persamaan garis	P value
Umur	0,107	0,011	Kinerja perawat=80,81 + (-0,150)* umur perawat	0,301
Masa Kerja	0,077	0,006	Kinerja perawat=77,02 + (-0,109)* masa kerja perawat	0,459

Hasil analisis tabel 5.5 di atas menunjukkan, bahwa kekuatan hubungan umur dengan kinerja perawat adalah sangat lemah ( $r=0,107$ ). Persamaan garis regresi yang diperoleh dapat menerangkan 1,1% variasi kinerja perawat atau persamaan garis yang diperoleh tidak cukup baik untuk menjelaskan variabel kinerja perawat ( $R^2= 0,011$ ). Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara umur perawat dengan kinerja

perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan ( $p$  value = 0,301;  $\alpha$ : 0,05).

Hasil analisis tabel 5.5 di atas menunjukkan, bahwa kekuatan hubungan masa kerja dengan kinerja perawat sangat lemah ( $r=0,077$ ). Persamaan garis regresi yang diperoleh dapat menerangkan 0,6% variasi kinerja perawat atau persamaan garis yang diperoleh tidak cukup baik untuk menjelaskan variabel kinerja perawat ( $R^2= 0,006$ ). Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara masa kerja perawat dengan kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan ( $p$  value =0,459;  $\alpha$ : 0,05).

#### 4. Hubungan Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, dan Status Kepegawaian Perawat dengan Kinerja Perawat dalam Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Tabel 5.6

Distribusi Rata-Rata Nilai Kinerja Perawat menurut Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, dan Status Kepegawaian Perawat Di Instalasi Rawat Inap RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso Tahun 2009 (n=96)

Variabel	Mean	SD	SE	p value
<b>Jenis Kelamin</b>				
- Perempuan	77,74	7,59	0,95	0,009
- Laki-Laki	72,30	9,98	1,76	
<b>Pendidikan</b>				
- DIII Keperawatan	75,19	9,18	1,07	0,083
- S1 Keperawatan	78,42	6,94	1,48	
<b>Status Kepegawaian</b>				
- Honorer/ Kontrak	73,4	9,66	3,65	0,434
- CPNS/ PNS	76,13	8,75	0,93	

Rata-rata nilai kinerja perawat perempuan dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan adalah 77,74 dengan standar deviasi 7,59, sedangkan rata-rata nilai kinerja perawat laki-laki adalah 72,30 dengan standar deviasi 9,98. Terdapat selisih rata-rata nilai kinerja perawat perempuan dan laki-laki sebesar 5,44. Berdasarkan analisis di atas, menunjukkan adanya hubungan antara jenis kelamin perawat dengan kinerja perawat



dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan ( $p \text{ value} = 0,009$ ;  $\alpha: 0,05$ ).

Rata-rata nilai kinerja perawat berpendidikan DIII Keperawatan dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan adalah 75,19 dengan standar deviasi 9,18, sedangkan rata-rata nilai kinerja perawat berpendidikan S1 Keperawatan adalah 78,42 dengan standar deviasi 6,94. Terdapat selisih rata-rata nilai kinerja perawat berpendidikan DIII dengan S1 keperawatan sebesar 3,23. Tetapi, hasil analisis menunjukkan tidak adanya hubungan antara tingkat pendidikan perawat dengan kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan ( $p \text{ value} = 0,083$ ;  $\alpha: 0,05$ ).

Rata-rata nilai kinerja perawat honorer/ kontrak dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan adalah 73,4 dengan standar deviasi 9,66, sedangkan rata-rata nilai kinerja perawat CPNS/ PNS adalah 76,13 dengan standar deviasi 8,75. Terdapat selisih rata-rata nilai kinerja perawat pegawai Honorer/ Kontrak dengan CPNS/ PNS sebesar 2,73. Tetapi, hasil analisis menunjukkan tidak adanya hubungan antara status kepegawaian perawat dengan kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan ( $p \text{ value} = 0,434$ ;  $\alpha: 0,05$ ).

#### 5. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Kinerja Perawat dalam Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan.

##### a. Tahap Pertama: seleksi *bivariate*

Pada tahap ini, seleksi *bivariate* didapatkan hasil dan diuraikan sebagai berikut:

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa variabel jenis kelamin ( $p \text{ value} = 0,009$ ) dan pendidikan ( $p \text{ value} = 0,083$ ) mempunyai nilai  $p < 0,25$ , maka dapat masuk dalam tahapan *multivariate*. Sedangkan, umur ( $p \text{ value} = 0,301$ ), masa kerja ( $p \text{ value} = 0,459$ ), dan status kepegawaian (0,434) tidak masuk dalam tahap *multivariate* karena nilai  $p$ -nya  $> 0,25$ . Tetapi umur

dan masa kerja merupakan substansi penting, karena hasil penelitian menunjukkan rata-rata umur perawat masuk dalam usia produktif dan didukung dengan rata-rata masa kerja 10,05 tahun. Hasil ini mengindikasikan, bahwa perawat di RSUD dr. H. Koesnadi mempunyai potensi untuk bekerja lebih baik dan dapat memberikan pelayanan yang bermutu, maka variabel umur dan masa kerja dimasukkan dalam tahap *multivariate*.

Tabel 5.7  
Hasil Analisis *Bivariate* Variabel Pendidikan, Umur, Jenis Kelamin, Masa Kerja, dan Status kepegawaian dengan Kinerja Perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso Tahun 2009 (n=96)

Variabel	P value
Pendidikan	0,083*
Jenis Kelamin	0,009*
Status Kepegawaian	0,434
Umur	0,301
Masa Kerja	0,459

\*: masuk tahapan *multivariat*

b. Tahap Kedua: pemodelan *multivariate*

Setelah tahap *bivariate* selesai, tahap berikutnya adalah melakukan analisis *multivariate* secara bersama-sama dan hasilnya dibandingkan dengan 0.05. Jika *p value* > 0,05, maka variabel *independent* harus dikeluarkan dari pemodelan. Pengeluaran variabel *independent* dilakukan secara bertahap satu persatu mulai dari variabel yang mempunyai *p value* terbesar. Secara lengkap hasil analisis tahap kedua tersaji dalam tabel 5.8 berikut:

Tabel 5.8  
 Hasil Analisis Pemodelan Variabel Umur, Jenis Kelamin,  
 Masa Kerja, dan Pendidikan Perawat Terhadap Kinerja Perawat  
 dalam Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan  
 di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi  
 Bondowoso Tahun 2009 (n=96)

Variabel	B	SE	Beta	t	p value
Konstanta	83.604	8.798		9.503	.000
Umur perawat	-.150	.379	-.107	-.397	.692
Jenis kelamin perawat	-4.927	1.921	-.266	-2.565	.012
Masa kerja perawat	.064	.381	.045	.168	.867
Pendidikan terakhir perawat	2.556	2.103	.123	1.215	.227

Hasil analisis pada tabel 5.8 menunjukkan, bahwa variabel masa kerja perawat mempunyai *p value*  $> 0,05$  dan nilainya *p*-nya terbesar (0,867), sehingga variabel ini harus di keluarkan dari pemodelan. Selanjutnya masuk ke dalam tahap berikutnya dan hasilnya diperoleh sebagai berikut: *p value* umur = 0,517, nilai ini adalah terbesar, sehingga variabel umur perawat harus di keluarkan dari pemodelan. Setelah variabel umur dikeluarkan dari pemodelan, analisis menunjukkan *p value* pendidikan perawat = 0,224, sehingga variabel ini harus dikeluarkan juga dari pemodelan. Hasil analisis terakhir diperoleh *p value* jenis kelamin perawat = 0,004.

c. Tahap Uji Interaksi dan Pemodelan Terakhir

Uji interaksi dilakukan jika ada variabel yang dipandang berinteraksi dengan variabel lainnya. Tetapi, karena secara substansi antar variabel dipandang tidak berinteraksi, maka uji interaksi tidak dilakukan. Sehingga model terakhirnya sebagai berikut:

Tabel 5.9  
Data Hasil Analisis *Multivariat* Jenis Kelamin Perawat Terhadap Kinerja Perawat dalam Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso Tahun 2009

Variabel	B	SE	P value
Konstanta	83,185	1.829	.004
Jenis kelamin perawat	-5.442		

Tabel 5.9 menunjukkan, jenis kelamin adalah faktor yang paling berpengaruh terhadap kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan ( $p\text{-value} = 0,004$ ;  $\alpha: 0,05$ ). Melihat hasil di atas, diperoleh persamaan regresi sebagai berikut:

$$\text{Kinerja perawat} = 83,185 - 5,442 \text{ jenis kelamin}$$

Menggunakan model persamaan di atas, dapat diperkirakan rata-rata nilai kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan dengan menggunakan variabel jenis kelamin. Hasil analisis di atas menunjukkan rata-rata nilai kinerja perawat laki-laki lebih rendah sebesar 5,442 dibanding rata-rata nilai kinerja perawat perempuan.

## BAB 6 PEMBAHASAN

Bab ini membahas hasil penelitian tentang kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan, pengaruh kelompok kerja keperawatan terhadap kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan, faktor-faktor (variabel *confounding*) yang mempengaruhi kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan. Selain itu, dalam bab ini juga diuraikan implikasi penelitian ini terhadap pelayanan keperawatan dan keterbatasan-keterbatasan dalam proses pelaksanaan penelitian.

### A. Interpretasi Hasil Penelitian

#### 1. Karakteristik Perawat

##### a. Umur dengan Kinerja Perawat dalam Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan, bahwa rata-rata umur perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso adalah 32,52 tahun dengan standar deviasi 6,2 tahun. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara umur dengan kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan ( $p \text{ value} = 0,301$ ;  $\alpha: 0,05$ ).

Hasil penelitian ini didukung oleh hasil penelitian Atmaji (2008) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara umur dengan kinerja asuhan keperawatan. Tetapi, hasil penelitian Haryati (1999) menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara umur dengan kualitas dokumentasi keperawatan. Rusmiati (2006) juga mendapatkan hasil penelitian bahwa usia perawat di atas 38 tahun lebih baik kinerjanya dibanding dengan usia perawat dibawahnya. Suratun (2008) juga menyatakan, bahwa perawat yang berumur lebih dari 30 tahun

mempunyai dokumentasi keperawatan lengkap lebih banyak dibanding perawat yang umurnya kurang dari 30 tahun.

Data dan hasil uraian di atas dapat dianalisis, bahwa rata-rata umur perawat di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso termasuk dalam tahap umur produktif (Kaplan, Sadock & Grebb, 1996). Usia produktif juga dikenal dengan usia kerja. Dessler (2003), penetapan karir seseorang dalam tahap pematangan terjadi pada usia lebih dari 30 tahun sampai dengan 40 tahun. Usia produktif merupakan tahapan kehidupan seseorang yang mengarah pada tingginya produktivitas dan prestasi. Idealnya, ketika seseorang memasuki usia produktif berkorelasi secara positif terhadap kinerjanya. Tetapi, menurut Robbins (2003) semakin tua usia seseorang juga akan merosot kinerjanya. Artinya, kalau seseorang sudah memasuki masa usia lanjut semakin menurun pula kinerjanya.

Kenyataan di lapangan membuktikan, bahwa umur perawat tidak berbanding lurus dan tidak berkorelasi positif terhadap kinerjanya. Hal ini dapat disebabkan, karena penilaian kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan didasarkan atas rata-rata nilai dokumentasi hasil kerja kelompok, bukan melihat kinerja pendokumentasian individu satu persatu. Penilaian semacam ini dilakukan dengan alasan, karena pelaksanaan tindakan suatu pekerjaan termasuk pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di ruangan dilaksanakan secara bersama-sama, dan hasilnya adalah hasil kerja sama. Model pekerjaan yang dilakukan semacam ini menyebabkan terjadinya proses *sharing*. Akibatnya, hasil rata-rata nilai yang dicapai tidak ada hubungannya dengan usia seseorang.

b. Jenis Kelamin dengan Kinerja Perawat dalam Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan, sebagian besar perawat Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso berjenis kelamin perempuan.

Rata-rata nilai kinerja perawat perempuan adalah 77,74, nilai ini lebih baik dibanding nilai kinerja perawat laki-laki yaitu 72,30. Hasil uji statistik menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara jenis kelamin perawat dengan kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan atau ada perbedaan yang signifikan rata-rata nilai kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan antara perawat perempuan dengan laki-laki ( $p$  value = 0,009;  $\alpha$ : 0,05).

Hasil analisis juga menunjukkan, bahwa jenis kelamin merupakan variabel yang paling mempengaruhi kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan ( $p$  value = 0,004;  $\alpha$ : 0,05), dan diperoleh persamaan regresi sebagai berikut:

$$\text{Kinerja perawat} = 83,185 - 5,442 \text{ jenis kelamin}$$

Artinya, rata-rata nilai kinerja perawat laki-laki lebih rendah sebesar 5,442 dibanding rata-rata nilai kinerja perawat perempuan. Hasil ini mempertegas jika kinerja perawat perempuan lebih baik daripada perawat laki-laki dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan.

Hasil di atas didukung oleh pernyataan Douglas (1994 dalam Atmaji, 2008) & Panjaitan (2004) bahwa kerja perawat perempuan lebih baik dibanding dengan kerja perawat laki-laki. Padahal, menurut Robbins (2003), menyatakan yang sebaliknya, yaitu tidak ada perbedaan antara wanita dan pria dalam hal pemecahan masalah, keterampilan analisis, dan dorongan kompetitif. Hasil penelitian Rustiani (2007) & Widyantoro (2005) juga menyebutkan bahwa tidak ada hubungan secara bermakna antara jenis kelamin dengan kinerja dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan.

Perbedaan asumsi dari hasil penelitian yang terkait hubungan jenis kelamin dengan kinerja perawat ini terjadi karena, setiap peneliti menggunakan cara dan prosedur yang berbeda-beda dalam menilai kinerja terkait dengan jenis kelamin responden. Rasio penyebaran

perawat laki-laki di tiap-tiap ruangan yang tidak seimbang juga dapat mempengaruhi hasil penelitian. Terutama penelitian yang menitik beratkan pada penilaian kinerja secara berkelompok.

Perawat perempuan dan laki-laki mempunyai tanggung jawab yang sama dalam memberikan pelayanan keperawatan yang bermutu. Tidak ada pembedaan perlakuan ataupun pembedaan beban kerja antara perempuan dengan laki-laki. Tetapi, hasil yang didapatkan dalam penelitian ini menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan. Sehingga dapat dianalisis, perawat perempuan rata-rata nilai kinerjanya lebih baik dibanding perawat laki-laki. Kenyataan ini terlihat, ruangan yang mempunyai tenaga perawat laki-laki relatif banyak mempunyai rata-rata nilai kinerja lebih rendah dibanding ruang yang mempunyai lebih banyak tenaga perawat perempuan.

#### c. Pendidikan dengan Kinerja Perawat dalam Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso berpendidikan DIII Keperawatan. Nilai kinerja perawat berpendidikan S1 Keperawatan adalah 78,42 dengan standar deviasi 6,94. Nilai ini lebih baik bila dibanding yang berpendidikan DIII Keperawatan yang nilai kinerjanya 75,19. Namun demikian, tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan perawat dengan kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan atau tidak ada perbedaan rata-rata nilai kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan antara perawat yang berpendidikan DIII Keperawatan dengan S1 Keperawatan ( $p \text{ value} = 0,083$ ;  $\alpha: 0,05$ ).

Hasil penelitian di atas tidak sejalan dengan pendapat Gillies (1994), perawat yang pendidikannya tinggi mempunyai kemampuan kerja



yang tinggi. Ilyas (2002) juga mengatakan, pendidikan menggambarkan keterampilan dan kemampuan individu, dan merupakan faktor utama yang mempengaruhi kinerja. Selain itu, melalui pendidikan, seseorang dapat meningkatkan kematangan intelektualnya, sehingga dapat membuat keputusan dalam bertindak, dan diasumsikan orang yang berpendidikan tinggi mempunyai tujuan, harapan, dan wawasan untuk meningkatkan prestasi kerja melalui kinerja yang optimal. Hal ini juga didukung oleh Siagian (2002), semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka akan semakin tinggi pengetahuannya, sehingga semakin baik kinerjanya. Tetapi, hal ini dibantah oleh Robbins (2003), pendidikan tinggi bukan prasarat mendapatkan kinerja yang baik. Pendidikan hanya sebagai prediktor yang kuat untuk kinerja seseorang.

Berdasarkan uraian di atas dapat dianalisis, semakin tinggi pendidikan seorang perawat, idealnya semakin tinggi pengetahuan, keterampilan dan kemampuannya, semakin luas wawasannya, dan semakin jelas visi dan misinya, sehingga semakin tinggi pula kinerjanya dalam menjalankan tugasnya. Salah satu tugas penting yang tidak dapat dipisahkan dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien adalah melakukan dokumentasi asuhan keperawatan.

Kenyataan ini ternyata tidak sejalan dengan hasil di lapangan. Terpenuhinya atau bahkan membludaknya kuantitas lulusan D III Keperawatan atau bahkan S1 Keperawatan yang bekerja di rumah sakit tidak diimbangi oleh perubahan perilaku (pengetahuan, sikap, dan psikomotor) pendokumentasian asuhan keperawatan ke arah yang lebih baik. Minat dan *antusiasme* perawat-perawat rumah sakit/ pelayanan kesehatan lainnya untuk menempuh pendidikan yang lebih tinggi sebagian besar masih didasari oleh tuntutan pangkat dan jabatan tanpa dilandasi kompetensi yang memadai. Sehingga, kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan tidak mengalami peningkatan menjadi lebih baik.

Tidak adanya hubungan tingkat pendidikan dengan kinerja perawat dalam melakukan dokumentasi asuhan keperawatan dapat dipengaruhi pula oleh cara penilaian kinerja yang dilakukan. Penilaian kinerja berdasarkan hasil kerjasama mempengaruhi hasil penelitian ini.

d. Masa Kerja dengan Kinerja Perawat dalam Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Masa kerja perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso sangat bervariasi sekali, mulai dari yang bekerja 1 tahun sampai dengan 35 tahun. Rata-rata masa kerja perawat adalah 10,05 tahun. Hasil uji statistik menunjukkan tidak ada hubungan antara masa kerja perawat dengan kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan ( $p\text{-value} = 0,459$ ;  $\alpha:0,05$ ).

Hasil penelitian di atas didukung oleh hasil penelitian Hariyati (1999); Rustiani (2007); dan Suratun (2008) yang menyatakan tidak ada hubungan yang bermakna antara masa kerja dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan. Hasil penelitian di atas bertolak belakang dengan pernyataan Prawoto (2007) yang menyatakan lama kerja berhubungan dengan kinerja seseorang. Robbins (2003) juga mengatakan lama kerja dan produktivitas menunjukkan adanya hubungan yang positif, artinya semakin lama seseorang bekerja, maka makin terampil dan berpengalaman dalam kerjanya. Sehingga, menurut Siagian (2002), semakin lama seseorang bekerja, semakin baik kinerjanya.

Hasil penelitian dan pendapat di atas dapat dianalisis, idealnya seseorang yang mempunyai masa kerja lebih lama mempunyai pengalaman, pengetahuan, dan keterampilan lebih terhadap apa yang menjadi wewenang dan tanggung jawabnya. Melihat rata-rata masa kerja perawat di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso adalah 10,05 tahun, memberikan bukti, bahwa perawat di rumah sakit tersebut sudah *seattle*. Artinya, perawat sudah banyak pengetahuan, pengalaman,

kerjasama antara satu dengan yang lain. Sehingga, kinerjanya diharapkan sebanding dengan masa kerjanya. Karena, menurut Dessler (2003), bahwa lamanya seseorang dalam menentukan pilihan pekerjaan yang cocok adalah 5 tahun. Melihat data di atas menunjukkan, bahwa rumah sakit mempunyai potensi besar untuk dapat memberikan pelayanan keperawatan yang bermutu kepada masyarakat.

Kenyataan menunjukkan, tidak semua teori ini berlaku berbanding lurus. Sehingga, tidak ada hubungan antara masa kerja perawat dengan kinerja perawat dalam melakukan dokumentasi asuhan keperawatan. Hal ini dapat disebabkan karena pekerjaan perawat masih bersifat rutinitas dan cenderung mempertahankan budaya lama tanpa dilandasi pemikiran-pemikiran ke depan yang lebih baik. Tetapi hal ini dapat dipengaruhi juga oleh cara penilaian kinerja. Penilaian kinerja yang didasarkan atas hasil kerja kelompok akan mempengaruhi hasil penelitian ini.

#### e. Status Kepegawaian dengan Kinerja Perawat dalam Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata nilai kinerja perawat CPNS/ PNS adalah 76,13 dengan standar deviasi 8,75. Nilai ini lebih baik dibanding rata-rata nilai kinerja pegawai Honorer/ Kontrak yang 73,4. Tetapi, uji statistik menunjukkan, bahwa tidak ada hubungan antara status kepegawaian perawat dengan kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan atau tidak ada perbedaan rata-rata nilai kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan antara perawat Honorer/ Kontrak dengan CPNS/ PNS ( $p$  value = 0,434 >  $\alpha$ ; 0,05).

Hasil penelitian di atas didukung oleh penelitian Asman (2001) bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara status kepegawaian dengan kinerja perawat dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan.

Analisis peneliti melihat hasil penelitian di atas adalah status kepegawaian sebenarnya merupakan *motivator* atau pendorong seseorang untuk bekerja dan menikmati pekerjaan menjadi lebih baik. Kejelasan status, dapat menjadikan seseorang merasa aman, nyaman dalam bekerja, dan tidak merasa khawatir dengan statusnya, sehingga mereka dapat bekerja tanpa dihantui rasa ketidakadilan.

Tetapi, pendapat ini berbeda dengan kenyataan di lapangan yang membuktikan, bahwa tidak ada hubungan status kepegawaian dengan kinerjanya. Hal ini dapat terjadi, karena manajemen rumah sakit menerapkan sistem keadilan. Maksudnya, apapun status kepegawaian perawat, baik Honorer/ Kontrak atau CPNS/ PNS tidak ada perbedaan dalam hal penghargaan, beban pekerjaan, kesempatan meningkatkan tingkat pendidikan, mengikuti program pelatihan, dan lain sebagainya.

Kenyataan ini dapat didukung juga oleh motivasi seseorang yang ingin menunjukkan komitmennya terhadap pekerjaan dan tanggung jawab yang dipikulnya. Kualitas hubungan interpersonal juga sangat mempengaruhi, sehingga tidak ada perbedaan antara yang pegawai Honorer/ Kontrak dengan CPNS/ PNS. Atau, individu ingin mensejajarkan diri dengan individu lain yang mempunyai status kepegawaian tetap, untuk menjaga prestasi ataupun kinerjanya supaya tetap dipertahankan untuk menjadi pegawai, walaupun pegawai tidak tetap.

## 2. Perbedaan Kinerja Perawat dalam Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Sebelum dan Setelah Adanya Kelompok Kerja

Kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan tercermin dari rata-rata nilai kinerja dalam dokumentasi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan catatan asuhan keperawatan. Hasil penelitian menunjukkan, bahwa secara substansi terjadi peningkatan yang cukup signifikan rata-rata nilai kinerja

perawat dalam pelaksanaan dokumentasi pengkajian sebelum dan setelah ada kelompok kerja yaitu 8,2. Hal ini didukung oleh hasil uji statistik yang menunjukkan, ada perbedaan rata-rata nilai kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi pengkajian asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso antara sebelum dan setelah adanya kelompok kerja keperawatan ( $p \text{ value} = 0,000$ ;  $\alpha: 0,05$ ).

Secara substansi, rata-rata nilai kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi diagnosa keperawatan terjadi peningkatan yang sangat signifikan sebelum dan setelah ada kelompok kerja sebesar 18,42. Hal ini didukung oleh hasil uji statistik yang menunjukkan ada perbedaan rata-rata nilai kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi diagnosa asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso antara sebelum dan setelah adanya kelompok kerja keperawatan ( $p \text{ value} = 0,000$ ;  $\alpha: 0,05$ ).

Secara substansi terjadi peningkatan yang cukup signifikan rata-rata nilai kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi perencanaan sebelum dan setelah ada kelompok kerja yaitu 6,83. Hal ini didukung oleh hasil uji statistik yang menunjukkan ada perbedaan rata-rata nilai kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi perencanaan asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso antara sebelum dan setelah adanya kelompok kerja keperawatan ( $p \text{ value} = 0,000$ ;  $\alpha: 0,05$ ).

Rata-rata nilai kinerja perawat dalam dokumentasi pelaksanaan tindakan terjadi peningkatan yang sangat signifikan sebelum dan setelah ada kelompok kerja sebesar 14,9. Hal ini didukung oleh hasil uji statistik yang menunjukkan ada perbedaan rata-rata nilai kinerja perawat dalam dokumentasi pelaksanaan asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso antara sebelum dan setelah adanya kelompok kerja keperawatan ( $p \text{ value} = 0,000$ ;  $\alpha: 0,05$ ).

Rata-rata nilai kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi evaluasi keperawatan menunjukkan peningkatan yang cukup signifikan sebelum

dan setelah ada kelompok kerja yaitu 6,19. Hal ini didukung oleh hasil uji statistik yang menunjukkan ada perbedaan rata-rata nilai kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi evaluasi asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso antara sebelum dan setelah adanya kelompok kerja keperawatan ( $p \text{ value} = 0,000$ ;  $\alpha: 0,05$ ).

Rata-rata nilai kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi catatan asuhan keperawatan menunjukkan peningkatan yang cukup signifikan sebelum dan setelah ada kelompok kerja sebesar 5,02. Hal ini didukung oleh hasil uji statistik yang menunjukkan ada perbedaan rata-rata nilai kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi catatan asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso antara sebelum dan setelah adanya kelompok kerja keperawatan ( $p \text{ value} = 0,000$ ;  $\alpha: 0,05$ ).

Rata-rata nilai kinerja perawat sebelum adanya kelompok kerja adalah 65,99 dengan standar deviasi 6,55. Rata-rata nilai kinerja perawat setelah adanya kelompok kerja adalah 75,93 dengan standar deviasi 8,8. Terlihat perbedaan rata-rata nilai kinerja perawat antara sebelum dan setelah adanya kelompok kerja sebesar 9,93 dengan standar deviasi 6,45.

Kinerja perawat sebelum adanya kelompok kerja keperawatan menunjukkan hasil 100% nilainya di bawah 85, artinya berdasarkan nilai acuan pada standar minimal pelayanan di rumah sakit dari Depkes (2005), kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan 100% tidak baik. Tetapi, setelah adanya kelompok kerja keperawatan, menunjukkan adanya perubahan nilai kinerja yang lebih baik, yaitu 25% kinerja perawat baik. Hasil analisis menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan kelompok kerja keperawatan terhadap kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan atau ada perbedaan yang signifikan antara nilai kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan sebelum dan setelah adanya kelompok kerja ( $p \text{ value} = 0,000$ ;  $\alpha: 0,05$ ).

Berdasarkan uraian di atas dapat dianalisis bahwa, rendahnya nilai kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan sebelum adanya kelompok kerja disebabkan, selama ini belum ada pemahaman yang sama terhadap pentingnya dokumentasi asuhan keperawatan, belum adanya koordinasi dan komunikasi yang baik. Dokumen atau catatan keperawatan tidak sepenting catatan medis, sehingga terlihat dalam dokumen pelaksanaan tindakan hanya berisi obat-obat injeksi. Pelaksanaan supervisi di ruangan tidak berjalan dengan baik, evaluasi ataupun audit terhadap pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan sudah tidak dijalankan lagi. Serta, tidak ada sanksi tegas terhadap perawat yang tidak melaksanakan pendokumentasian.

Selain itu, kesadaran untuk berubah pada diri perawat masih sangat minim, walaupun berbagai upaya telah dilakukan oleh rumah sakit, salah satunya adalah memberikan peluang kepada tenaga perawatnya melanjutkan pendidikan yang lebih tinggi. Melihat kenyataan tersebut, sehingga diperlukan suatu solusi untuk mengatasinya. Solusi yang tepat untuk mengatasi permasalahan yang sulit dipecahkan menurut Wijono (1999) adalah dengan kelompok kerja. Karena, dengan kelompok menciptakan rasa kebersamaan dalam bekerja dan bertanggung jawab.

Brata dalam Pranoto & Suprapti (2003), alasan dibentuknya kelompok kerja adalah 1) risiko terhadap pekerjaan ditanggung oleh kelompok; 2) sumber informasi, ide, dan masukan lebih banyak sehingga terjadi proses belajar di antara anggota kelompok maupun dengan kelompok lainnya; kelemahan individu dapat ditutupi dan teratasi oleh kelompok; dan kemampuan pemecahan masalah dan pengambilan keputusan dapat lebih akurat. Kelompok kerja diharapkan dapat berpengaruh positif terhadap kinerja seseorang.

Peningkatan nilai kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan disebabkan karena dampak dari penerapan kelompok kerja keperawatan. Kelompok kerja keperawatan dapat memberikan pengaruh

yang signifikan terhadap kinerja perawat di ruangan. Terbentuknya kelompok kerja keperawatan memberikan pemahaman dan meningkatkan kesadaran perawat ruangan untuk dapat saling mendukung, saling mengisi, saling mengingatkan, dan saling memberikan informasi, serta bangkitnya rasa kebersamaan untuk bertanggung jawab terkait pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan.

Gibson (1987); Maddux dalam Pranoto & Suprapti (2003) menjelaskan bahwa keberadaan kelompok kerja berpengaruh secara psikologi pada perawat. Keberadaan kelompok kerja dapat mempengaruhi motivasi, komitmen, persepsi, sikap, dan kepribadian perawat kearah yang positif, sehingga perawat mau belajar menjadi yang lebih baik dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan. Terjadinya proses seperti ini memberikan sinyal positif, bahwa kelompok yang terbentuk mencirikan sebagai kelompok kerja yang efektif.

Maddux dalam Pranoto & Suprapti (2003); Swansburg (1993); Walgito (2007) & Wijono (1999), kelompok kerja dikatakan efektif apabila a) adanya ketergantungan diantara anggota kelompok dan menyadari bahwa untuk mencapai tujuan perlu adanya kerja sama dan saling mendukung satu dengan yang lainnya; b) mempunyai komitmen dan rasa memiliki pekerjaan dan organisasi; c) anggota memiliki kontribusi terhadap keberhasilan organisasi; d) adanya suasana saling percaya dalam mengungkapkan ide, pendapat secara terbuka; e) adanya komunikasi yang baik; f) saling mendukung, mendorong, memotivasi, mengingatkan untuk menjadi lebih baik; g) menyadari bahwa konflik di dalam kelompok adalah hal yang wajar; h) adanya partisipasi aktif anggota kelompok dalam pembuatan keputusan, walaupun keputusan akhir ada di tangan pimpinan kelompok kerja.

Keberadaan kelompok kerja mempengaruhi variabel organisasi dalam meningkatkan komunikasi, supervisi, koordinasi, kualitas pembagian tugas, dan kinerja pemimpin (Ilyas, 2002; McMohan, 1999; Siagian,



2002). Tetapi kelompok kerja bukan berarti dapat menggantikan struktur, peran, dan fungsi yang sudah ada di rumah sakit. Kelompok kerja dibentuk dan bekerja bersifat sementara dan dibubarkan setelah kegiatan pelaksanaan dokumentasi di rumah sakit benar-benar sudah tertib, baik, dan benar.

Struktur yang jelas, mulai dari pimpinan kelompok sampai dengan tingkat bawah, menggambarkan pembagian tugas yang jelas pula. Kelompok kerja dengan struktur organisasi dan pembagian tugas yang jelas secara baik dan benar memberikan otonomi dan kepercayaan individu untuk melakukan pekerjaannya sesuai kemampuan, wewenang dan tanggung jawabnya. Menurut Simanjuntak (2005) menyatakan, struktur organisasi memuat pembagian tugas yang jelas, struktur kewenangan dan pelaporan pertanggungjawaban secara nyata dapat meningkatkan kinerja.

Siagian (2002), pembagian tugas merupakan prinsip fungsionalisasi, artinya setiap satuan kerja mempunyai tugas dan kegiatan yang secara fungsional menjadi tanggung jawabnya, sehingga secara logika semakin baik pembagian tugas dalam suatu kelompok kerja akan menghasilkan kinerja yang baik pula. Pendapat ini tidak sesuai dengan hasil penelitian Suratun (2008) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan pembagian tugas dengan kelengkapan dokumentasi. Pembagian tugas yang baik dokumentasinya yang lengkap sebanyak 69,7%, sedangkan pembagian tugas yang kurang baik dokumentasinya yang lengkap sebanyak 56%.

Pendistribusian peran dalam kelompok juga mempengaruhi komunikasi dalam kelompok. Secara umum peran dari anggota kelompok dibedakan atas peran pimpinan, pemecah masalah, pembangkit ide, pendukung moral, dan *evaluator* (Gillies, 1994). Masing – masing peran mempunyai uraian tugas sesuai dengan posisinya. Namun demikian tidak menutup kemungkinan terjadinya saling membantu di antara anggota kelompok guna mengatasi kelemahan anggota kelompok yang lainnya.

Beragamnya peran dan fungsi setiap anggota kelompok, sehingga untuk mencapai tujuan kelompok kerja diperlukan suatu komunikasi, supervisi, dan koordinasi. Interaksi antar anggota kelompok merupakan syarat keberhasilan kelompok kerja. McMohan (1999), keberhasilan kerja kelompok bergantung pada hubungan baik di antara anggota kelompok. Terciptanya hubungan yang baik tidak terlepas dari bagaimana komunikasi antar anggota kelompok terjadi. Karena, menurut Walgito (2007), komunikasi merupakan dasar semua interaksi manusia dan untuk semua fungsi kelompok.

Swansburg (1993) menjelaskan bahwa kelompok kerja dapat menyalurkan informasi yang berguna dalam dua arah, baik ke manajer maupun ke staf perawatan. Kelompok kerja yang baik juga harus melibatkan partisipasi staf yang lain. Hubungan antar individu perawat dalam kelompok terbukti dapat membentuk keterpaduan kelompok perawat, sehingga mampu mempengaruhi peningkatan produktivitas perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. Menurut Walgito (2007), keberadaan kelompok dapat memberikan kebutuhan psikologis yang berupa dorongan, pengetahuan, dan informasi. Hal ini mampu meningkatkan loyalitas seluruh staf, sehingga pencapaian tujuan akan lebih mudah untuk dicapai.

Komunikasi merupakan proses interpersonal yang melibatkan perubahan *verbal* dan *non verbal* dari informasi atau ide (Potter & Perry, 2005). Menurut Robbins (2003), komunikasi berfungsi dalam pengendalian, motivasi, pengungkapan emosional, dan informasi dalam suatu kelompok, atau organisasi. Keberhasilan kerja kelompok bergantung pada hubungan baik diantara anggota kelompok, terutama antara pimpinan kelompok dengan anggota kelompok (McMohan, 1999). Komunikasi merupakan bukti apakah hubungan antar anggota kelompok baik atau tidak. Semakin baik hubungan interpersonal dalam kelompok kerja, semakin baik pula

kinerja seseorang. Hasil penelitian Rustiani (2007) menyatakan bahwa ada hubungan antara komunikasi dengan kelengkapan dokumentasi.

Pimpinan kelompok kerja atau yang diberikan delegasi mempunyai tanggung jawab untuk melakukan supervisi. Supervisi merupakan bagian dari fungsi manajemen pengarahan. Pengarahan yang baik akan memberikan semangat dan menciptakan motivasi tinggi bagi bawahan. Menurut Ilyas (2002), supervisi yang terencana, tepat, dan benar akan memberikan kesempatan kepada tenaga kesehatan untuk meningkatkan kinerjanya. Huber (2006), supervisi merupakan salah satu metode yang baik digunakan untuk memberikan *support* dalam pengembangan kompetensi seorang perawat pelaksana. Sehingga, menurut Swansburg (1993) & Wijono (1999), pemimpin kelompok harus dapat membimbing dan mengarahkan sesuai kebutuhan.

Supervisi merupakan salah satu aspek dalam pengarahan. Supervisi menurut Keliat (2006) bukan diartikan sebagai pemeriksaan atau mencari kesalahan, tetapi lebih pada pengawasan partisipatif, mendahulukan penghargaan terhadap pencapaian hasil yang positif dan memberikan jalan keluar terhadap hal yang belum dapat dikerjakan. Sehingga pelaksanaan supervisi ini bukan sebagai alat untuk mengawasi bawahan, tetapi sebagai alat untuk memberikan bekal dan motivasi untuk bekerja lebih baik.

Hasil penelitian Suratun (2008), pelaksanaan supervisi yang baik, dokumentasinya yang lengkap sebanyak 84,2%, pelaksanaan supervisi yang kurang baik, dokumentasinya yang lengkap sebanyak 50% dan ada hubungan antara pelaksanaan supervisi dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan. Hal ini juga didukung hasil penelitian Rustiani (2007) bahwa ada hubungan antara supervisi dengan kelengkapan dokumentasi.

Koordinasi merupakan unsur kerjasama untuk menyelaraskan tugas, karena tidak mungkin tugas fungsional diselesaikan dengan baik dengan

bekerja sendiri. Tugas yang kompleks sangat diperlukan koordinasi dengan orang lain maupun tim kesehatan lain guna mencapai hasil yang optimal. Koordinasi memungkinkan terjadinya saling mengisi, saling mengingatkan, saling membantu atas kekurangan maupun kelemahan diantara anggota tim, sehingga pencapaian tujuan tidak akan terhambat (Siagian, 2002).

Sedangkan, Gillies (1994) menyatakan, koordinasi merupakan kegiatan yang menyebabkan anggota kelompok bekerja bersama-sama secara harmonis. Sehingga, kekurangan yang ada pada individu dalam kelompok dapat ditutupi oleh kekuatan kelompok. Hasil akhirnya adalah tercapainya tujuan kelompok secara efektif dan efisien. Pernyataan ini didukung hasil penelitian Rusmiati (2006) bahwa ada hubungan antara koordinasi dengan kinerja perawat pelaksana.

Kegiatan lain yang tidak dapat dipisahkan dari suatu kelompok kerja adalah evaluasi. Evaluasi dapat dijadikan cermin yang setiap saat dapat melihat kelemahan, kelebihan dan sampai sejauh mana tujuan yang ditetapkan telah dicapai, sehingga dapat dijadikan acuan untuk membuat rencana perbaikan selanjutnya. Menurut Robbins (2003), proses organisasi harus dilakukan evaluasi secara terus-menerus, dan proses organisasi harus melihat terjadinya perubahan teknologi untuk melakukan perbaikan secara terus-menerus dan merencanakan ulang proses kerja.

Sampai sejauh ini kelompok kerja yang terbentuk masih dalam tahap pembentukan jati diri kelompok. Penyesuaian peran anggota kelompok masih memerlukan pengawasan dan pembinaan. Walaupun demikian, sudah terlihat ada kemajuan hasil kerja dari kelompok kerja, hal ini terlihat dari nilai kinerja perawat dalam pendokumentasian yang diperoleh mengalami peningkatan antara sebelum dan setelah adanya kelompok kerja keperawatan. Sehingga, untuk mempertahankan dan meningkatkan hasil yang telah dicapai, pada tahap ini menurut Johnson & Johnson

(2000); Robbin & Coultar (1996 dalam Wijono, 1999), peran pemimpin kelompok sangat diperlukan dan sangat dominan.

## **B. Keterbatasan Penelitian**

Pelaksanaan penelitian ini praktis tidak mengalami kendala yang berarti. Direktur Rumah Sakit dan jajarannya sangat mendukung terhadap kegiatan ini. Namun begitu, ada keterbatasan yang mengindikasikan untuk merekomendasikan penelitian lanjutan. Keterbatasan dalam penelitian ini adalah:

### **1. Hasil Penelitian**

Penelitian ini menyajikan hasil temuan kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan hasil kerja sama/ kelompok. Sehingga tidak dapat menggambarkan secara jelas dan rinci kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan secara individu.

## **C. Implikasi Hasil Penelitian terhadap Keperawatan**

Penelitian ini menunjukkan, bahwa kelompok kerja berpengaruh positif terhadap kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan. Secara rinci diuraikan implikasi hasil penelitian sebagai berikut:

### **1. Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit**

Kelompok kerja memberikan kontribusi yang positif dalam meningkatkan kinerja perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan, khususnya pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso. Dokumentasi keperawatan sebagai salah satu penentu indikator mutu pelayanan di rumah sakit, sampai saat ini masih menjadi masalah yang belum dapat teratasi secara maksimal. Berdasarkan temuan ini, perawat di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso, diharapkan semakin memahami pentingnya dokumentasi asuhan keperawatan, semakin terbiasa dan membudayanya pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan secara tertib, benar, dan berkelanjutan.

Sehingga, ke depannya pelayanan keperawatan dapat terselenggara secara bermutu.

## 2. Keilmuan dan Pendidikan Keperawatan

Kelompok kerja berpengaruh terhadap peningkatan kinerja perawat. Hasil penelitian ini dapat menjadi referensi atau sumber bacaan guna menambah kasanah keilmuan keperawatan. Hasil temuan ini juga dapat menjadi landasan untuk melakukan penelitian dan meningkatkan program pendidikan keperawatan dalam mata ajar manajemen keperawatan.



## **BAB 7**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

Bab ini menguraikan simpulan yang telah didapatkan dari hasil penelitian dan memberikan saran praktis yang terkait dengan masalah penelitian.

#### **A. Simpulan**

Hasil penelitian dan pembahasan pada bab sebelumnya dapat peneliti simpulkan bahwa jika komunikasi, supervisi, koordinasi, dan juga evaluasi dalam pelaksanaan dokumentasi tidak berjalan dengan baik, maka salah satu upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso adalah dengan kelompok kerja keperawatan.

1. Umur perawat Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso adalah usia produktif dengan masa kerja lebih dari 10 tahun. Sebagian besar perawat berjenis kelamin perempuan, berpendidikan DIII Keperawatan, dan berstatus CPNS/ PNS.
2. Terdapat perbedaan kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan sebelum dan setelah adanya kelompok kerja keperawatan.
3. Terdapat perbedaan nilai kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan pada pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan catatan asuhan keperawatan sebelum dan setelah adanya kelompok kerja keperawatan.
4. Jenis kelamin perawat paling berpengaruh terhadap kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan

## B. Saran

### 1. Bagi Rumah Sakit

Terkait dengan informasi yang disajikan dalam penelitian ini, terdapat beberapa hal yang dapat disarankan untuk pengembangan hasil penelitian meningkatkan kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan melalui kelompok kerja keperawatan:

- a. Rumah Sakit perlu menetapkan kebijakan penerapan kelompok kerja keperawatan yang telah dibentuk dalam upaya peningkatan kualitas dokumentasi menjadi lebih baik dan konsisten di instalasi rawat inap rumah sakit.
- b. Bidang Keperawatan menetapkan kebijakan untuk meningkatkan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan monitoring dan evaluasi kegiatan kelompok kerja keperawatan yang sudah mulai berjalan setiap bulan sekali.
- c. Komite Keperawatan sebagai pengendali mutu asuhan keperawatan harus mempunyai rencana untuk menghidupkan kembali kegiatan audit dokumentasi minimal tiga bulan sekali. Karena, sampai dengan waktu penelitian berakhir, rencana tersebut masih dalam tahap wacana.
- d. Kepala Ruang sebagai penanggung jawab pelayanan keperawatan di ruangan harus selalu memonitor kinerja bawahannya dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan, terutama kinerja perawat laki-laki.
- e. Ketua Kelompok Kerja dan Penanggung Jawab *Shift* di ruangan harus selalu memberikan motivasi, dorongan, dan mengingatkan kepada perawat ruangan untuk selalu mendokumentasikan segala yang telah dilakukan terkait dengan asuhan keperawatan kepada pasiennya.



2. Bagi Pengembangan Ilmu Keperawatan
  - a. Temuan dalam penelitian dapat menjadi referensi atau sumber bacaan yang dapat dijadikan alternatif pengembangan kurikulum terkait pemecahan masalah-masalah dokumentasi keperawatan dan manajemen keperawatan dengan kelompok kerja.
  - b. Temuan yang dihasilkan penelitian ini dijadikan dasar untuk mengembangkan cara pemecahan masalah dokumentasi ataupun untuk masalah-masalah lain di rumah sakit dengan kelompok kerja.
3. Bagi Peneliti Selanjutnya
  - a. Penilaian kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan sebaiknya menggunakan penilaian hasil kerja individu, bukan didasarkan nilai kerja sama/ kelompok.
  - b. Penelitian lanjutan yang bersifat kualitatif perlu dilakukan guna memperoleh hasil temuan yang lebih mendalam tentang faktor-faktor yang menyebabkan kinerja perawat laki-laki dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan lebih rendah daripada kinerja perawat perempuan.

## DAFTAR REFERENSI

- Arikunto, S. (2007). *Manajemen penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- (2006). *Prosedur penelitian: Suatu pendekatan praktik*. Edisi revisi. Jakarta: Rineka Cipta.
- As'ad, M. (2003). *Psikologi industri*. Edisi ke – 4. Yogyakarta: Liberty
- Asman, S. (2001). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja perawat dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUP Angkatan Darat Gatot Subroto Jakarta*. Tesis. Tidak diterbitkan. Program Magister Ilmu Keperawatan. FIK-UI.
- Atmaji, M.B.P. (2008). *Hubungan faktor individu dan organisasi rumah sakit dengan stress kerja serta hubungan stress kerja dengan kinerja asuhan keperawatan perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD dr. Soegiri Lamongan*. Tesis. Tidak diterbitkan. Program Magister Ilmu Keperawatan. FIK-UI.
- Carpenito, L. J. (1997). *Nursing diagnosis: Application to clinical practice*. (7<sup>th</sup> Ed). Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
- Craven, R.F & Hirnle, C. J. (2000). *Fundamental of nursing: Human health and function*. (3<sup>rd</sup> Ed). Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins.
- Davis, B.D., Billings, J.R., & Ryland, R.K. (1994). Evaluation of nursing process documentation. *Journal of Advanced Nursing*, 19. 960-968.
- Depkes (2002). *Standar tenaga kerja keperawatan di rumah sakit*. Cetakan I. Jakarta: Dirjen Yan Medik.
- (2005). *Instrumen evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan (SAK) di rumah sakit*. Jakarta: Dirjen Yan Medik.
- (2005). *Pedoman pengembangan jenjang karir profesional perawat*. Jakarta: Dirjen Yan Medik.
- Dessler, G. (2003). *Human resource management*. (10<sup>th</sup> Ed). New Jersey: Prentice – Hall.
- Doenges, M. E. & Moorhouse, M. F. (2008). *Application of nursing process and nursing diagnosis*. (5<sup>th</sup> Ed). F.A. Davis

- Doengoes, M. E. (1993). *Nursing care plann: Guidelines for planning and documenting patient care*. (3<sup>rd</sup> Ed). F.A. Davis
- Effendy, N. (1995). *Pengantar proses keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Ellis, R.B. Nowlis, Bentz (1996). *Modules for basic nursing skills*. Vol. I (6<sup>th</sup> ed). Philadelphia: J. B. Lippincott.
- Fischbach, F.T. (1991). *Documenting care: Communication the nursing process and documentation standar*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Fonteyn, M. E. Flaig, Cooper, L. (1993). Written nursing process: is it still useful to nursing education? *Journal of Advanced Nursing*. 19, 315 – 319.
- Gardult & Nordstrom (2007). *Nursing documentation in patient record*. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>. diperoleh 2 Maret, 2009.
- Gibson, J. L. Et al (1987). *Organisasi dan manajemen: Perilaku, struktur, dan proses*. Jakarta: Erlangga.
- Gillies, D. A. (1994). *Nursing management: A system approach*. (3<sup>rd</sup> Ed). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Gordon, J.R. (1993). *A diagnostic approach to organizational behavior*. (4<sup>th</sup> Ed). Boston: Allyn and Bacon.
- Guido, G. W. (1997). *Legal issues in nursing*. (2<sup>nd</sup> Ed). Stamford, Connecticut: Appleton & Lange
- Handoko, T.H. (1999). *Manajemen personalia dan sumber daya manusia*. Edisi kedua. Yogyakarta: BPF.
- Hariyati, Rr.T. (2007). *Overview sistem informasi manajemen*, Jakarta: DKKD FIK-UI, Tidak Dipublikasikan
- .....(1999). *Hubungan antara pengetahuan aspek hukum dari perawat dan karakteristik perawat dengan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan di RS Bhakti Yudha Jakarta*. Tesis. Program Pascasarjana Program Studi KARS. FKM-UI. Tidak dipublikasikan
- Hasibuan, H.N.S.P. (2003). *Manajemen sumber daya manusia*. Edisi revisi. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Hastono, S. P. (2007). *Analisis data kesehatan*. Depok: FKM-UI.
- Heartfield, M. (2008) *Nursing documentation and nursing practice: a discourse analysis*. *Journal of Advanced Nursing*. <http://www3.interscience.wiley.com>. diperoleh 10 Maret 2009.

- Herawani (2001). *Persepsi kepala ruangan dan perawat pelaksana tentang permasalahan manajemen dalam menerapkan pendokumentasian proses keperawatan di RSUP Nasional Ciptomangun Kusumo Jakarta*. Tesis. Tidak diterbitkan. Program Magister Ilmu Keperawatan. FIK-UI.
- Howse, E., Bailey, J. (2005). Resistance to documentation a nursing research issue. *International Journal of Nursing Studies*. <http://cat.inist.fr>. Diperoleh tanggal 10 Maret 2009.
- Huber, D.L. (2006). *Leadership and nursing care management*. (3<sup>rd</sup> Ed). USA: Elsevier
- Ilyas, Y. (2002). *Kinerja: Teori, penilaian & penelitian*. Jakarta: FKM-UI.
- (2004). *Perencanaan SDM rumah sakit: Teori, metoda & formula*. Edisi Revisi. Depok: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI
- Iyer, P. W., Camp, N. H. (1995). *Nursing documentation: A nursing process approach*. St. Louis: Mosby.
- Johnson, D.W., Johnson, F.P. (2000). *Joining together: Group theory and group skills*. (7<sup>th</sup> Ed). Tokyo: Allyn and Bacon Inc.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J., Grebb, J.A. (1996). *Synopsis psikiatri*. 7<sup>th</sup> Ed. New York.
- Keliat, Dkk. (2006). *Modul model praktik keperawatan profesional jiwa*. Jakarta: Fakultas Keperawatan Universitas Indonesia dan WHO Indonesia.
- Kozier, B. & Erb, G. (1990). *Fundamental of nursing*. Redwood City: Addison Wesley Company.
- Kozier, B. & Erb, G., Berman, A. (2004). *Fundamental of nursing: Concepts process and practice*. California. Upper Saddle River
- Kron, T., Gray, A. (1987). *The management of patient care putting leadership skill to work*. (6<sup>th</sup> ed). Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Kusnanto (2004). *Pengantar profesi dan praktik keperawatan profesional*. Jakarta: EGC.
- Kusumawaty, I. (2001). *Hubungan antara pemahaman tentang proses keperawatan dengan fungsi supervisi dengan kompetensi mendokumentasikan proses keperawatan di Rumah Sakit Karya Bhakti Bogor*. Tesis. Tidak diterbitkan. Program Magister Ilmu Keperawatan. FIK-UI.

- Leahy, J. M., Kizilay, P. E. (1998). *Foundation of nursing practice: A nursing process approach*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Mangkuprawira, S. T. (2002). *Manajemen sumber daya manusia stratejik*. Jakarta: Ghalia.
- Manurung, E. F. (2004). *Hubungan faktor individu dan faktor organisasi dengan pendokumentasian asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit PGI Cikini Jakarta*. Tesis. Tidak diterbitkan. Program Magister Ilmu Keperawatan. FIK-UI.
- Mardalis (2007). *Metode penelitian suatu pendekatan proposal*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Marquis, B.L., & Huston, C.J. (2000). *Leadership roles and management functions nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Mathis, R. L. & Jackson, J. H. (2006). *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: Salemba Empat.
- McMohan, R. (1999). *Manajemen pelayanan kesehatan primer*. Jakarta: EGC.
- Murray, M.E.G. & Dicroce, H.R. (1997). *Leadership and management in nursing*. Stamford: Appleton & Louge Company.
- Nurachmah, E. (1999). Prinsip pencatatan asuhan keperawatan klien. *Jurnal Keperawatan Indonesia*. Vol. III. No. 8. Jakarta: FIK-UI
- (2000). Pentingnya Komite Keperawatan dalam Pengembangan Profesi. *Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia*, 2 (2), 73 – 78.
- (2004). *Keperawatan di Indonesia dan prospeknya di masa depan*. Makalah pada Upacara Pengukuhan Guru Besar di FIK-UI Jakarta.
- Nursalam (2002). *Dokumentasi keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika
- Patricia, D. B. (1997). *Nursing documentation: A nursing process approach*. New York: Lippincott.
- Potter, P. A. & Perry, A.G. (1997). *Fundamental of nursing: Concept, process, and practice*. (4<sup>th</sup> Ed). St. Louis: Mosby Year Book.
- Pranoto, J. & Suprapti, W. (2003). *Membangun kerjasama tim*. Jakarta: LAN RI.
- Prawoto, E. (2007). *Hubungan rotasi kerja dan iklim kerja dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUP Persahabatan Jakarta*. Tesis. Tidak diterbitkan. Program Magister Ilmu Keperawatan. FIK-UI.

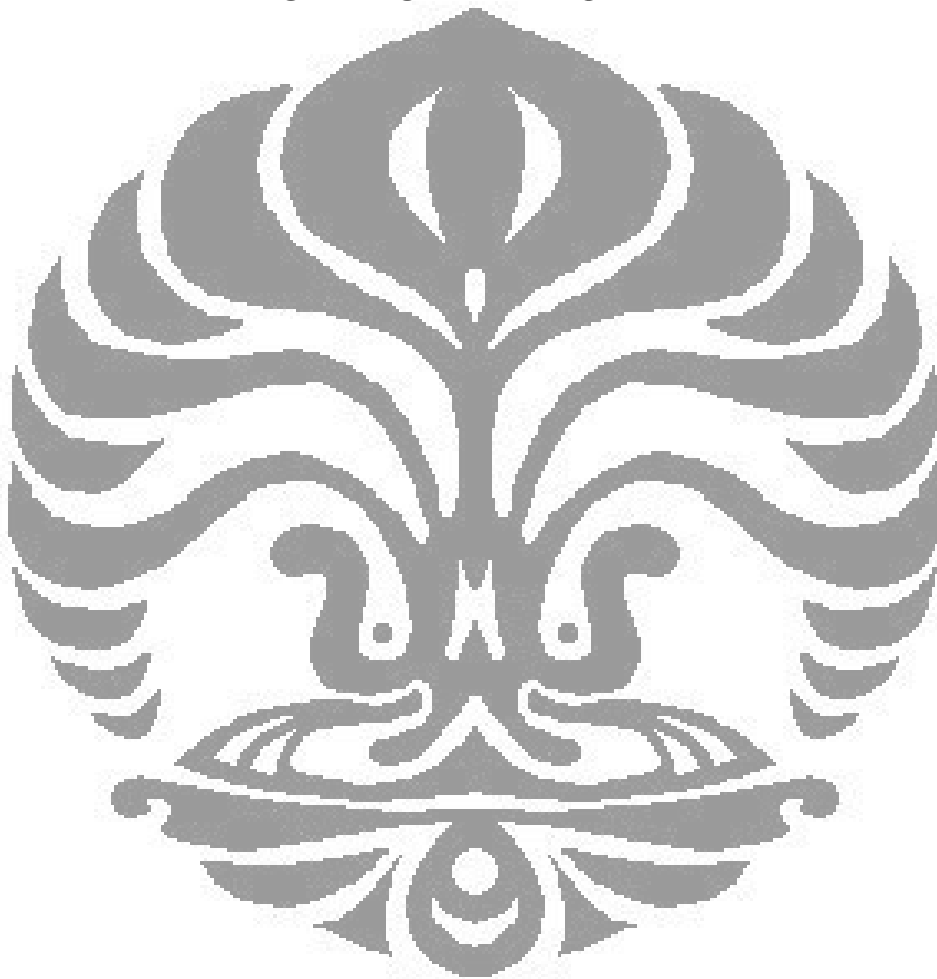
- Rekam Medik RSU dr. H. Koesnadi Bondowoso (2008)
- Robbins, S.P. (2003). *Organizational behavior*. (10<sup>th</sup> Ed). New Jersey: Pearson Education
- Rusmiati (2006). *Hubungan lingkungan organisasi dan karakteristik perawat dengan kinerja perawat pelaksana di RSUP Persahabatan*. Tesis. Tidak diterbitkan. Program Magister Ilmu Keperawatan. FIK-UI.
- Rustiani, D. (2007). *Hubungan komunikasi dan supervisi kepala ruangan dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana*. Tesis. Tidak diterbitkan. Program Magister Ilmu Keperawatan. FIK-UI.
- Sabri, L., Hastono, S. P. (2008). *Statistik kesehatan*. Edisi Revisi. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Santosa, S. (2004). *Dinamika kelompok*. Edisi Revisi. Jakarta: Bumi Aksara.
- Simanjuntak, P. (2005). *Manajemen dan evaluasi kinerja*. Jakarta: Lembaga Penerbit: FE-UI
- Setiyarini, S. (2008). *Dokumentasi Pengkajian Keperawatan*. <http://nursing-care-indonesia.com/>. Diperoleh tanggal 11 Maret 2009.
- Siagian, S.P. (2002). *Kiat meningkatkan produktivitas kerja*. Jakarta: PT Rineka Cipta.
- (2002). *Manajemen sumber daya manusia*. Cetakan ke – 7. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Sitorus, R. (2006). *Model praktik keperawatan profesional: Penataan struktur dan proses (sistem) pemberian asuhan keperawatan di ruang rawat*. Jakarta: EGC.
- Stewart, D.M (1993). *Ketrampilan manajemen*. Cetakan kedua. Alih bahasa: Hermawan Sulistyo. Jakarta: PT Gramedia.
- Sugiyono (2008). *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R & D*. Bandung: Alfabeta
- Suratun (2008). *Hubungan penerapan metode penugasan tim dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan di RSUD Bekasi*. Tesis. Tidak diterbitkan. Program Magister Ilmu Keperawatan. FIK-UI.
- Swansburg, R.C. (1993). *Introductory management and leadership for clinical nurses*. Jones & Bartlett Publishers, Inc.

Walgito, B. (2007). *Psikologi kelompok*. Yogyakarta: ANDI

Wibowo (2007). *Manajemen kinerja*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.

Wijono, Dj. (1999). *Manajemen mutu pelayanan kesehatan: Teori, strategi, & teori*. Vol.1. Surabaya: Airlangga University Press

Wiyana, M. (2008). *Pengaruh pelatihan supervisi dan komunikasi pada kepala ruang terhadap kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah Sakit Dr. Soedono Madiun*. Tesis. Tidak diterbitkan. Program Magister Ilmu Keperawatan. FIK-UI.



## PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth:

Bapak / Ibu Sejawat Perawat di RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso

Calon responden

Dengan Hormat,

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Asmuji

NPM : 0706254336

Adalah Mahasiswa Magister Ilmu Keperawatan kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia akan mengadakan penelitian berjudul "Pengaruh kelompok kerja keperawatan terhadap kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso". Dengan ini saya minta kesediaan Bapak/ Ibu Sejawat untuk menjadi responden penelitian. Jika Bapak/ Ibu Sejawat bersedia menjadi responden penelitian, saya persilakan untuk mengisi lembar persetujuan.

Demikian permohonan ini saya buat, atas perhatian dan kesediaannya, saya ucapkan banyak terima kasih.

Peneliti

Asmuji

NPM. 0706254336



**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Judul penelitian : Pengaruh kelompok kerja keperawatan terhadap kinerja perawat dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso  
Peneliti : Asmuji  
NPM 0706254336

Penelitian ini tidak akan menimbulkan kerugian atau pengaruh apapun bagi Bapak/ Ibu Sejawat maupun pekerjaan Anda sebagai perawat. Kerahasiaan identitas dan semua informasi yang diberikan kepada peneliti dijaga dan hanya untuk kepentingan penelitian.

Apabila saya sewaktu menjadi responden dan terjadi hal yang menimbulkan ketidaknyamanan pada diri saya, maka saya diperkenankan untuk mengundurkan diri dari penelitian ini dengan memberitahukan kepada peneliti tanpa resiko apapun. Penelitian ini tidak akan memberikan manfaat secara langsung terhadap pekerjaan saya, tetapi penelitian ini bermanfaat untuk peningkatan kualitas pelayanan keperawatan dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan dan pengembangan keilmuan keperawatan. Dengan ini saya bersedia menjadi responden penelitian ini.

.....2009

Responden

( )

**Instrumen A**

**KARAKTERISTIK RESPONDEN**

Kode:.....(diisi peneliti)

Tanggal pengisian : .....

Ruangan : .....

**I. Petunjuk:**

Bapak/ Ibu Sejawat dimohon mengisi kuesioner ini dengan cara:

- a. Isilah pertanyaan di bawah ini pada titik – titik
- b. Jenis kelamin, pendidikan terakhir, dan status kepegawaian, silakan lingkari atau beri tanda silang (X) pada nomor yang tersedia

**II. Identitas Respoden**

- a. Umur : .....tahun
- b. Jenis Kelamin : 1. Perempuan  
2. Laki - laki
- c. Pendidikan terakhir : 1. D III Keperawatan  
2. D IV Keperawatan  
3. S1 Keperawatan
- d. Masa kerja : .....tahun
- e. Status kepegawaian : 1. Honorer / kontrak  
2. CPNS / PNS

**Instrumen B**

**INSTRUMEN PENILAIAN KINERJA PERAWAT DALAM  
PELAKSANAAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN  
Depkes, 2005**

Kode Dokumen Keperawatan .....

Ruangan .....

**Petunjuk Penilaian:**

Beri nilai 1 jika kelengkapan penulisan mencapai 75% atau lebih dari standar baku asuhan keperawatan

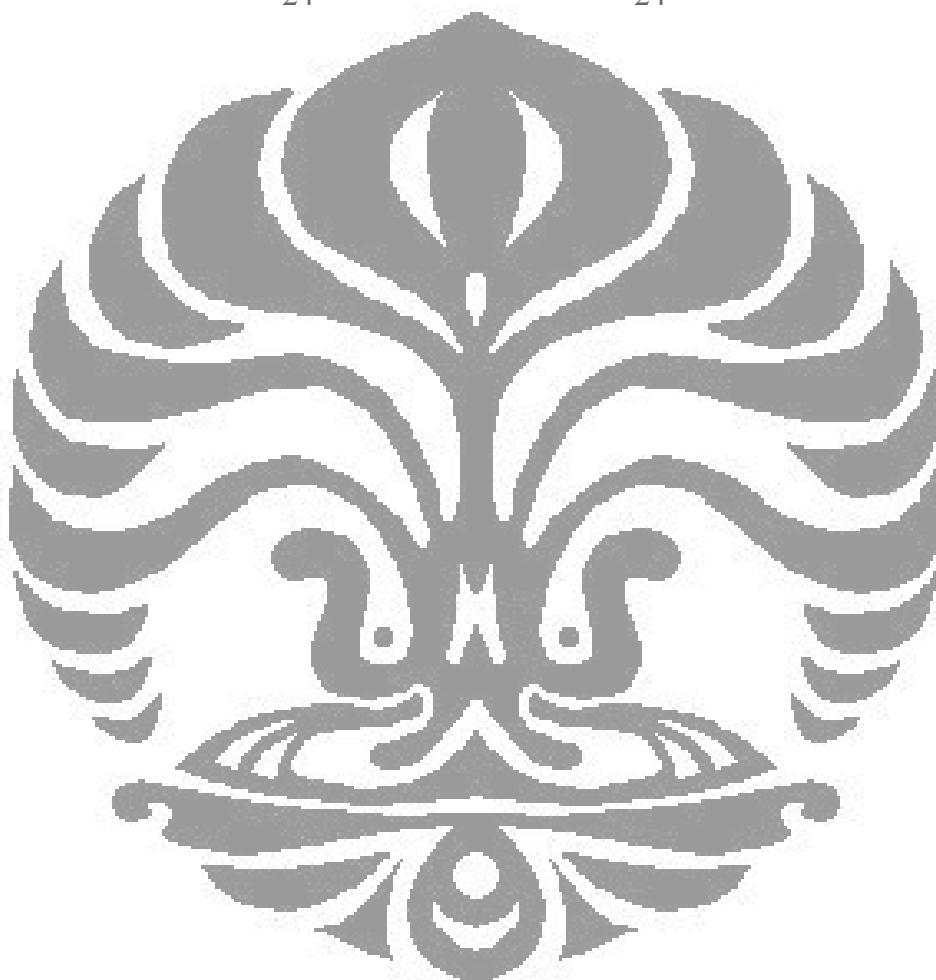
Beri nilai 0 jika kelengkapan penulisan mencapai < 75% dari standar baku asuhan keperawatan

No	Aspek yang Dinilai	Nilai	Keterangan
<b>Pengkajian</b>			
1	Data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian		
2	Data dikelompokkan		
3	Data dikaji sejak pasien masuk sampai dengan pulang		
4	Masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan pola atau fungsi tubuh		
<b>Sub total</b>			
<b>Persentase</b>			
<b>Diagnosa Keperawatan</b>			
5	Diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan		
6	Diagnosa keperawatan mencerminkan Problem Etiologi Sign atau simptom/ Problem Etiologi		
7	Merumuskan diagnosa aktual/potensial		
<b>Sub total</b>			
<b>Persentase</b>			

No	Aspek yang Dinilai	Nilai	Keterangan
<b>Rencana Keperawatan</b>			
8	Rencana disusun berdasarkan diagnosa keperawatan		
9	Rencana disusun menurut urutan prioritas		
10	Rumusan tujuan mengandung komponen pasien, perubahan kondisi pasien dan atau kriteria waktu		
11	Rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas		
12	Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien / keluarga		
13	Rencana tindakan menggambarkan kerjasama dengan tim kesehatan lain		
<b>Sub total</b>			
<b>Persentase</b>			
<b>Tindakan Keperawatan</b>			
14	Tindakan dilaksanakan mengacu pada rencana tindakan keperawatan		
15	Perawat mengobservasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan		
16	Revisi tindakan berdasarkan hasil evaluasi		
17	Semua tindakan yang telah dilakukan dicatat dengan ringkas dan jelas		
<b>Sub total</b>			
<b>Persentase</b>			
<b>Evaluasi Keperawatan</b>			
18	Evaluasi mengacu pada tujuan		
19	Hasil evaluasi dicatat		
<b>Sub total</b>			
<b>Persentase</b>			
<b>Catatan Asuhan Keperawatan</b>			
20	Menulis pada format yang baku		
21	Pencatatan dilakukan sesuai dengan tindakan yang dilaksanakan		
22	Pencatatan dilakukan dengan jelas, ringkas, istilah yang baku dan benar		
23	Setiap melakukan tindakan / kegiatan perawat mencantumkan paraf / nama jelas, tanggal dan jam dilakukannya tindakan		
24	Berkas catatan keperawatan disimpan		

No	Aspek yang Dinilai	Nilai	Keterangan
	sesuai dengan ketentuan yang berlaku		
<b>Nilai total</b>			
<b>Persentase</b>			

$$\text{Nilai akhir} = \frac{\text{Jumlah nilai total}}{24} \times 100\% = \frac{\text{-----}}{24} \times 100\% = \text{-----}$$



## INDIKATOR PENILAIAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN

### A. Pengkajian

1. Data – data
  - a. Identitas
  - b. Riwayat penyakit sekarang
  - c. Riwayat penyakit dahulu
  - d. Pemeriksaan fisik (tanda – tanda vital)
  - e. Pemeriksaan tingkat kesadaran
  - f. Pemeriksaan fisik head to toe
  - g. Pola kebiasaan sehari – hari
  - h. Pengkajian psikologis
  - i. Pengkajian sosial
  - j. Pengkajian spiritual
  - k. Pemeriksaan penunjang
2. Data dikelompokkan berdasarkan data bio – psiko – sosial – spiritual
3. Data pengkajian menggambarkan mulai pasien masuk sampai dengan pulang
  - a. Pengkajian awal dilakukan 24 jam setelah masuk rumah sakit
  - b. Setiap hari tertulis catatan perkembangan
  - c. Ada resume pasien pulang/ meninggal

### B. Diagnosa Keperawatan

1. Diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan
2. Diagnosa keperawatan terdiri dari aspek PES/ PE
3. Merumuskan diagnosa aktual dan potensial

### C. Rencana Keperawatan

1. Rencana disusun berdasarkan diagnosa keperawatan
2. Rencana disusun berdasarkan urutan prioritas
  - a. Masalah yang mengancam jiwa dan kehidupan menjadi prioritas I
  - b. Masalah yang mengancam kesehatan pasien menjadi prioritas II

c. Masalah yang dapat mempengaruhi perilaku pasien menjadi prioritas  
III

3. Rumusan tujuan mengandung unsur pasien, perubahan kondisi pasien, dan atau kriteria waktu (spesifik, dapat diukur, dapat dicapai, realistik, dan ada batasan waktu).
4. Rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintal, jelas dan rinci
5. Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien dan keluarga
6. Rencana tindakan menggambarkan adanya kerjasama dengan tim kesehatan lain

#### **D. Pelaksanaan Keperawatan**

1. Mengacu pada rencana tindakan keperawatan
2. Perawat mengobservasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan
3. Melakukan revisi terhadap tindakan sesuai hasil evaluasi
4. Semua tindakan yang dilakukan dicatat secara ringkas dan jelas

#### **E. Evaluasi Keperawatan**

1. Evaluasi mengacu pada tujuan (sesuai rumusan tujuan dan kriteria hasil)
2. Hasil evaluasi dicatat setiap hari untuk setiap diagnosa keperawatan

#### **F. Catatan Asuhan Keperawatan**

2. Menulis pada format yang baku
3. Pencatatan dilakukan sesuai dengan tindakan yang dilaksanakan
4. Pencatatan dilakukan dengan jelas, ringkas, istilah yang baku dan benar
5. Setiap melakukan tindakan / kegiatan perawat mencantumkan paraf / nama jelas, tanggal dan jam dilakukannya tindakan
6. Berkas catatan keperawatan disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku

## **KELOMPOK KERJA KEPERAWATAN MUTU DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN**

### **A. Latar Belakang**

Dokumentasi merupakan salah satu kegiatan dalam proses keperawatan yang tidak dapat dipisahkan dari pelaksanaan asuhan keperawatan. Dokumentasi keperawatan adalah informasi tertulis tentang status dan perkembangan kondisi klien serta semua kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat (Fisbach, 1991). Sehingga, dokumentasi tidak sekedar catatan tetapi merupakan alat komunikasi vital antar tenaga atau tim kesehatan, pendidikan, dan program penelitian (Guido, 1997). Selain itu dokumentasi keperawatan bermanfaat karena mempunyai nilai hukum, jaminan mutu, keuangan, dan juga akreditasi.

Begitu penting dan vitalnya dokumentasi asuhan keperawatan, namun belum diimbangi dengan kualitas pendokumentasian, meskipun dari pihak rumah sakit telah melakukan berbagai upaya untuk meningkatkan motivasi perawat untuk melakukan dokumentasi secara tertib dan benar. Sehingga memerlukan alternatif penyelesaian masalah yang dianggap efektif dan efisien.

### **B. Tujuan**

#### 1. Tujuan Umum

Terlaksananya kegiatan dokumentasi asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso secara tertib dan benar.

#### 2. Tujuan Khusus

- a. Terlaksananya kegiatan pendokumentasian pengkajian asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso dengan tertib dan benar



- b. Terlaksananya kegiatan pendokumentasian diagnosa keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso dengan tertib dan benar
- c. Terlaksananya kegiatan pendokumentasian perencanaan asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso dengan tertib dan benar
- d. Terlaksananya kegiatan pendokumentasian pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso dengan tertib dan benar
- e. Terlaksananya kegiatan pendokumentasian evaluasi asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. H. Koesnadi Bondowoso dengan tertib dan benar.

### **3. Anggota Kelompok Kerja**

Anggota kelompok kerja berasal dari perawat di delapan ruangan di Instalasi Rawat Inap RSUD dr. Koesnadi Bondowoso yang minimal berpendidikan D III Keperawatan. Masing – masing ruangan diambil 4 perawat. Sehingga jumlah anggota kelompok kerja sebanyak 32 orang.

### **4. Tanggung Jawab Kelompok Kerja**

Secara garis besar kelompok kerja bertanggung atas kelengkapan dan kebenaran dokumentasi asuhan keperawatan di ruang masing - masing

### **5. Sasaran**

Kinerja seluruh perawat dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan di delapan ruangan Instalasi Rawat Inap RSUD dr. Koesnadi Bondowoso

### **6. Uraian Tugas**

#### **1. Ketua Kelompok Kerja**

Menerima hasil laporan kelengkapan dokumentasi status pasien dari masing-masing ruangan.

## 2. Koordinator Ruangan

- a. Menerima hasil laporan kelengkapan dokumentasi status pasien dari penanggung jawab shift di ruangan
- b. Melakukan pemeriksaan hasil laporan kelengkapan dokumentasi status pasien yang dilakukan oleh penanggung jawab shift di ruangan
- c. Bertanggung jawab atas kelengkapan dokumentasi status pasien di ruangan
- d. Berhak memanggil dan memberikan pengarahan kepada perawat yang tidak atau belum melakukan pendokumentasian dengan baik dan benar
- e. Melaporkan hasil laporan kegiatan ruangan ke ketua kelompok kerja

## 3. Penanggung Jawab *Shift*

- a. Melakukan pemeriksaan kelengkapan dokumentasi status pasien dan membuat pelaporan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan
  - 1) Pasien Baru  
Melakukan pemeriksaan mulai dari format pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi sampai dengan pencatatan yang terakhir
  - 2) Pasien Lama  
Melakukan Pemeriksaan catatan perkembangan pasien (SOAP), tindakan keperawatan dan hasil kolaborasi
- b. Berhak menunjuk orang-orang yang dianggap mampu untuk membantu pelaksanaan tugas (memeriksa kelengkapan dokumentasi) penanggung jawab shift
- c. Memberikan saran dan masukan kepada perawat untuk selalu mendokumentasikan tindakan yang telah dikerjakan
- d. Memberikan motivasi kepada perawat agar selalu mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan
- e. Bertanggung jawab atas kelengkapan dokumentasi status pasien pada *shift*nya
- f. Melaporkan hasil pemeriksaan kelengkapan dokumentasi status pasien kepada koordinator ruangan

## 7. Kegiatan Kelompok Kerja

1. Mengingat, mendorong, dan memotivasi perawat ruangan untuk menulis segala yang telah dilakukan dan melakukan segala yang telah dituliskan.
2. Melakukan pengecekan terhadap dokumentasi dimasing – masing ruangan tempat kerjanya. Caranya adalah sebagai berikut:

- a. Setiap hari penanggung jawab *shift* selalu mengingat dan memberikan dorongan kepada perawat di ruangnya untuk selalu mendokumentasikan segala tindakan keperawatan dan hasil kolaborasi yang telah dilakukan.

- b. Setiap hari penanggung jawab *shift* melakukan pemeriksaan terhadap hasil dokumentasi *shift* sebelumnya. Pemeriksaan kelengkapan dokumentasi untuk pasien baru dimulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan, dan sampai dengan pencatatan yang terakhir. Sedangkan untuk pasien lama yang diperiksa adalah catatan perkembangan pasien, yaitu S (data subyektif); O (data obyektif); A (analisis); P (*planning*), dan tindakan keperawatan dan atau hasil kolaborasi. Indikator kelengkapan dokumentasi adalah sebagai berikut, dikatakan lengkap jika yang didokumentasikan  $\geq 75\%$  dari yang seharusnya didokumentasikan.

Pelaksanaannya sebagai berikut: *shift* pagi memeriksa kelengkapan dokumentasi yang dikerjakan oleh *shift* malam, *shift* siang melakukan pemeriksaan kelengkapan dokumentasi yang dikerjakan oleh *shift* pagi, *shift* malam melakukan pemeriksaan kelengkapan dokumentasi yang dikerjakan oleh *shift* sore.

3. Membuat laporan tentang kelengkapan dokumentasi keperawatan yang telah dibuat oleh perawat ruangan.

Berapa banyak dokumen yang lengkap, berapa banyak dokumen yang tidak lengkap, ketidaklengkapan dokumentasi terjadi di tahap yang mana.

4. Melaporkan hasil pelaporan kelengkapan dokumentasi kepada ketua kelompok kerja.

Hasil pemeriksaan setiap hari dilaporkan oleh penanggung jawab *shift* malam kepada koordinator ruangan yang dinas pagi. Koordinator ruangan menindaklanjuti hasil dokumentasi keperawatan di ruangan yang menjadi tanggung jawabnya masing-masing.

#### 8. Struktur Organisasi dan Daftar Kelompok (lampiran 9)

#### 9. Evaluasi

Penilaian keberhasilan kelompok kerja keperawatan tidak dapat dilepaskan dari cara kelompok kerja membentuk suatu kelompok yang benar-benar efektif. Beberapa hal yang harus dievaluasi terkait dengan kegiatan-kegiatan yang dilakukan oleh kelompok kerja yang efektif.

1. Lembar evaluasi pelaporan kelengkapan dokumentasi (lampiran 10)
2. Lembar evaluasi diri (lampiran 11)

### **Petunjuk Pengisian Laporan Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan**

1. Laporan diisi/ ditulis setiap *shift* oleh penanggung jawab shift atau perawat yang ditunjuk mewakili pj. *shift*
2. Penanggung jawab *shift/* yang mewakili melaporkan hasil kegiatan dokumentasi yang dilakukan oleh *shift* sebelumnya
3. Laporan kegiatan yang ditulis merupakan kesimpulan (kelengkapan) dari kegiatan dokumentasi asuhan keperawatan shift sebelumnya yang meliputi:
  - a. **Pasien Baru**
    - 1) Pengkajian
    - 2) Diagnosa Keperawatan
    - 3) Perencanaan (tujuan, kriteria hasil, dan rencana tindakan)
    - 4) Pelaksanaan
    - 5) Evaluasi, atau sampai pencatatan yang terakhir apabila belum sampai pada tahap evaluasi
  - b. **Pasien Lama**
    - 1) Pelaksanaan tindakan keperawatan/ termasuk hasil kolaborasi dengan tim kesehatan lain
    - 2) Evaluasi/ Catatan Perkembangan
      - S : Data Subyektif
      - O : Data Obyektif
      - A : Analisis
      - P : Planning

#### **Keterangan:**

Lengkap : jika kegiatan pada masing-masing tahap asuhan keperawatan yang dilakukan  $\geq 75\%$  dituliskan pada format yang ada, dilengkapi tanda tangan dan atau nama

terang perawat yang melakukan tindakan

Tidak Lengkap : jika kegiatan pada masing-masing tahap asuhan keperawatan yang dilakukan < 75% dituliskan pada format yang ada

4. Penanggung jawab *shift*/ perawat yang mewakili melakukan pemeriksaan/ pengecekan dan menuliskan laporkan kelengkapan dokumen keperawatan hasil *shift* sebelumnya (*shift* pagi mengecek *shift* malam, *shift* siang mengecek *shift* pagi, dan *shift* malam mengecek *shift* siang) pada form pelaporan.
5. Penanggung jawab *shift*/ perawat yang mewakili menuliskan jumlah laporan yang lengkap dan yang tidak lengkap. Bila tidak lengkap, bagian mana yang tidak lengkap
6. Penanggung jawab *shift*/ atau perawat yang menuliskan laporan wajib bertanda tangan
7. Penanggung jawab *shift* malam melaporkan hasil pelaporan (*shift* pagi, siang, dan malam) ke Koordinator Ruang yang Dinas Pagi yang dibuktikan dengan tanda tangan Koor. Ruang
8. Koor. Ruang melaporkan hasil pelaporan ke ketua kelompok kerja minimal 1 (satu) bulan sekali

## Form Pelaporan

Tanggal : .....

Ruang : .....

<b>Shift</b>	<b>Hasil Pelaporan</b>	<b>Nama &amp; Tanda Tangan</b>
<b>Pagi</b>	Lengkap:.....dokumen .....	Pj. <i>Shift</i>  (.....)
	Tidak lengkap:.....dokumen .....	
<b>Siang</b>	Lengkap:.....dokumen .....	Pj. <i>Shift</i>  (.....)
	Tidak lengkap:.....dokumen .....	
<b>Malam</b>	Lengkap:.....dokumen .....	Pj. <i>Shift</i>  (.....)
	Tidak lengkap:.....dokumen .....	
Mengetahui Koor. Ruang  (.....)		

LEMBAR EVALUASI DIRI UNTUK PENANGGUNG JAWAB *SHIFT*

Keterangan:

Mendapatkan skor 1 jika kegiatan dilakukan

Mendapatkan skor 0 jika kegiatan tidak dilakukan

No	Aspek yang dinilai	Skor	Keterangan
1	Melakukan pengecekan/ pemeriksaan terhadap dokumentasi keperawatan yang menjadi tanggung jawabnya		
2	Mengingatkan, mendorong, dan memotivasi perawat ruangan untuk menulis segala yang telah dilakukan dan melakukan segala yang telah dituliskan		
3	Membuat laporan tentang kelengkapan dokumentasi keperawatan yang telah dibuat oleh perawat ruangan		
4	Melaporkan hasil pelaporan kelengkapan dokumentasi kepada koordinator ruangan		
<b>Total Skor</b>			

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Total Skor}}{4} \times 100 \quad \text{nilai} = \dots$$



## LEMBAR EVALUASI DIRI KOORDINATOR RUANGAN

Keterangan:

Mendapatkan skor 1 jika kegiatan dilakukan

Mendapatkan skor 0 jika kegiatan tidak dilakukan

No	Aspek yang dinilai	Skor	Keterangan
1	Menerima hasil laporan kelengkapan dokumentasi status pasien dari penanggung jawab shift di ruangan		
2	Melakukan pemeriksaan hasil laporan kelengkapan dokumentasi status pasien yang dilakukan oleh penanggung jawab shift di ruangan		
3	Bertanggung jawab atas kelengkapan dokumentasi status pasien di ruangan		
4	Memberikan pengarahan kepada perawat yang tidak atau belum melakukan pendokumentasian dengan baik dan benar		
5	Memberikan pujian kepada perawat yang telah melakukan dokumentasi secara baik dan benar		
6	Melaporkan hasil pelaporan kelengkapan dokumentasi kepada ketua kelompok kerja		
<b>Total Skor</b>			

$$\text{Nilai} = \frac{\text{Total Skor}}{6} \times 100 \quad \text{nilai} = \dots\dots\dots$$

## Uraian Tugas

### **Ketua Kelompok Kerja**

Menerima hasil laporan kelengkapan dokumentasi status pasien dari masing-masing ruangan.

### **Koordinator Ruangan**

- a. Menerima hasil laporan kelengkapan dokumentasi status pasien dari penanggung jawab shift di ruangan
- b. Melakukan pemeriksaan hasil laporan kelengkapan dokumentasi status pasien yang dilakukan oleh penanggung jawab shift di ruangan
- c. Bertanggung jawab atas kelengkapan dokumentasi status pasien di ruangan
- d. Berhak memanggil dan memberikan pengarahan kepada perawat yang tidak atau belum melakukan pendokumentasian dengan baik dan benar
- e. Melaporkan hasil laporan kegiatan ruangan ke ketua kelompok kerja

### **Penanggung Jawab Shift**

- a. Melakukan pemeriksaan kelengkapan dokumentasi status pasien dan membuat pelaporan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan
  1. Pasien Baru  
Melakukan pemeriksaan mulai dari format pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi sampai dengan pencatatan yang terakhir
  2. Pasien Lama  
Melakukan Pemeriksaan catatan perkembangan pasien (SOAP), tindakan keperawatan dan hasil kolaborasi
- b. Berhak menunjuk orang-orang yang dianggap mampu untuk membantu pelaksanaan tugas (memeriksa kelengkapan dokumentasi) penanggung jawab shift
- c. Memberikan saran dan masukan kepada perawat untuk selalu mendokumentasikan tindakan yang telah dikerjakan

- d. Memberikan motivasi kepada perawat agar selalu mendokumentasikan tindakan yang telah dilakukan
- e. Bertanggung jawab atas kelengkapan dokumentasi status pasien pada *shift*nya
- f. Melaporkan hasil pemeriksaan kelengkapan dokumentasi status pasien kepada koordinator ruangan

