



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN MOTIVASI DAN SUPERVISI DENGAN KUALITAS
DOKUMENTASI PROSES KEPERAWATAN DI INSTALASI RAWAT INAP
RUMAH SAKIT MARINIR CILANDAK**

Tesis

**Diajukan Sebagai Persyaratan untuk Memperoleh
Gelar Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan
Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan**

**OLEH:
LUSIANAH
0606027114**

**PROGRAM PASCASARJANA
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2008**

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah disetujui untuk dipertahankan di hadapan tim penguji
Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Depok, Juni 2008
Menyetujui

Pembimbing

Prof. Achir Yani S. Hamid, DNSc

Pembimbing

Besral, M.Sc

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS PROGRAM PASCA SARJANA
KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**



Jakarta, 16 Juli 2008

Ketua

Prof. Achir Yani, D.N.Sc

Anggota

Besral, M.Sc

Anggota

Mayor laut Anwar Kurniadi

Anggota

Hanny Handiyani, SKp, M.Kep

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Juli 2008

Lusianah

Hubungan motivasi dan supervisi dengan Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Marinir Cilandak Jakarta

xii + 162 hal + 21 tabel + 2 skema + 8 gambar + 10 lampiran

Abstrak

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dan kualitatif yang dilaksanakan di RSMC Jakarta. Desain penelitian kuantitatif adalah *cross sectional* bertujuan untuk mendapatkan gambaran hubungan antara motivasi dan supervisi dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan di Rumah Sakit Marinir Cilandak Jakarta. Responden penelitian berjumlah 115 perawat pelaksana sesuai dengan kriteria inklusi. Penelitian kualitatif dilaksanakan pada enam kepala ruangan dengan *in depth interview*. Analisis multivariat mendapatkan hasil bahwa ada hubungan yang signifikan antara motivasi kebutuhan berprestasi dengan kualitas dokumentasi ($p\text{ Value} < 0,05$) dan tidak ada hubungan yang signifikan antara motivasi kebutuhan afiliasi dan kekuasaan dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan ($p\text{ Value} > 0,05$) serta variabel yang dominan berhubungan dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan adalah supervisi setelah dikontrol oleh motivasi kebutuhan afiliasi, motivasi kebutuhan berprestasi, motivasi kebutuhan kekuasaan, supervisi, pendidikan, pengetahuan, pelatihan dan masa kerja. Hasil penelitian kualitatif didapatkan beberapa tema yaitu kompetensi kepala ruangan dan staf perawat kurang mengenai dokumentasi proses keperawatan, beban kerja tinggi, waktu dan jadwal supervisi yang belum jelas, motivasi menulis yang rendah, tenaga perawat yang kurang serta sistem penghargaan yang tidak adekuat. Usulan peneliti pada institusi pelayanan agar berupaya meningkatkan program supervisi kepala ruangan melalui penataan ulang program supervisi, meningkatkan kualitas sumber daya manusia melalui pendidikan dan pelatihan berkelanjutan, meningkatkan motivasi perawat dengan modifikasi sistem *reward*, pemberian *reinforcement*, peningkatan jenjang karir, pembinaan dan pendampingan bagi perawat yang tidak kompeten, mengadakan format *check list*, meninjau ulang kebutuhan tenaga perawat, kejelasan uraian tugas dan pengadaan standar operasional prosedur asuhan keperawatan. Bagi penelitian disarankan untuk melakukan penelitian faktor lain yang mempengaruhi kualitas dokumentasi baik dari aspek individu, kelompok atau organisasi, efektifitas sistem dokumentasi melalui model *check list*, dan evaluasi kebutuhan tenaga perawat.

Kata kunci: motivasi kebutuhan afiliasi, motivasi kebutuhan berprestasi, motivasi kebutuhan kekuasaan, kualitas dokumentasi proses keperawatan, supervisi.

Daftar Pustaka: 90 (1987-2008)

**POSTGRADUATE PROGRAM FACULTY OF NURSING
MANAGEMENT AND LEADERSHIP SPECIALTY
UNIVERSITY OF INDONESIA**

Thesis, July 2008

Lusianah

**Correlation Between Motivation And Supervision With The Quality Of Nursing
Process Documentation In Marinir Hospital Cilandak Jakarta**

xii + 162 + 21 table + 2 schema + 8 grafic + 10 appendix

Abstract

This research was conducted out at Marinir Hospital Cilandak and constituted qualitative and quantitative research with descriptive corelation design and had cross sectional nature. The purpose of the study was to identify if there was any relationships between the motivation and supervision with the quality of nursing process documentation. The quantitative research was run by distributing quisioner to 115 respondents were selected using inclusion criteria. Meanwhile the qualitative one was conducted through in depth interview by presenting five open questions to 6 respondents. The multivariate analysis suggested that the need of power and the need of affiliation did not significantly relate to the quality of nursing process documentation (p value > 0,05) but the need of achievement significantly related to the quality of nursing process documentation (p Value < 0,05). The supervision significantly related to the quality of nursing process documentation (p Value < 0,05). And then, it was comprehended that the independen variable most related to the dependen variable was supervision that the other variables were in constant situation. In the same time, the qualitative research that gained through in depth interview concluded that the supervisor felt that the competency of nursing staff and the supervisors had not been optimal. It still needed extented knowledge either through formal education or non formal one. Besides, the supervisor had heavy workload and limited time for giving supervision, the frequencies and the schedule had not fixed, low staff motivation in nursing documentation and the system reward was not faired. The researcher recommended that the hospital manager should optimize the understanding on the nursing process documentation into learning formal or informal education, compose some policies in line with rewarding system to documentation and supervisory activities and clearly job description. Further result good, research continuing with another factors which related to the quality of nursing process documentation, the effectivity of check list model documentation or work load of nursing staff.

Key word: motivation (need of power, need of afilliation, need of achievement), supervision and quality of nursing documentation.

Literature: 90 (1987 - 2008)

KATA PENGANTAR

Puji syukur ke hadirat Allah SWT, atas segala nikmat dan rahmat-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan penelitian dengan judul "Hubungan Motivasi Dan Supervisi Dengan Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Mariner Cilandak Jakarta". Peneliti menyadari penelitian ini membutuhkan banyak kritik dan masukan. Untuk itu kepada semua pihak penguji dan pembimbing kiranya dapat memberikan masukan demi kesempurnaan penelitian ini. Pada kesempatan ini peneliti mengucapkan terima kasih banyak kepada yang terhormat:

1. Dewi Irawati, MA., PhD selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Krisna Yetty, SKp., M.App.Sc selaku Ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Prof. Hj. Achir Yani S.Hamid, D.N.Sc sebagai pembimbing pertama dalam penelitian ini
4. Besral, M.Sc, selaku pembimbing kedua dalam penelitian ini
5. Kepala Rumah Sakit Mariner Cilandak yang telah memberikan ijin penelitian kepada peneliti
6. Kepala Ruangan dan perawat pelaksana di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Mariner Cilandak yang telah berpartisipasi sebagai subjek dalam penelitian ini
7. Arif Wijiatmoko, S.Kom, Afifah Nur Izzati dan Faqihudin Syamil yang tercinta atas segala dukungan dan do'a untuk keberhasilan studi peneliti
8. Rekan-rekan seangkatan kekhususan Manajemen dan Kepemimpinan yang selalu memberikan dorongan dan semangat

Semoga penelitian ini dapat bermanfaat dan dapat digunakan dalam rangka pengembangan pelayanan keperawatan.

Depok, Juli 2008

Peneliti

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN PERSETUJUAN	ii
ABSTRAK	iv
<i>ABSTRACT</i>	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR SKEMA	x
DAFTAR GRAFIK	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Penelitian	1
B. Rumusan Masalah	10
C. Tujuan Penelitian	10
D. Manfaat Penelitian	12
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	13
A. Konsep Manajemen Keperawatan	13
B. Motivasi	16
C. Supervisi	24
D. Karakteristik Perawat	33
E. Dokumentasi Keperawatan	38
BAB III KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	53
A. Kerangka Konsep Penelitian	53
B. Hipotesis Penelitian	56
C. Definisi Operasional	56
BAB IV METODOLOGI PENELITIAN	60
A. Desain Penelitian	60
B. Populasi dan Sampel	61
C. Tempat Penelitian	63
D. Waktu Penelitian	64
E. Etika Penelitian	64
F. Pengumpulan Data	65
G. Prosedur Pengumpulan Data	75
H. Analisis Data	76
BAB V HASIL PENELITIAN	81
A. Analisis Univariat	81
B. Analisis Bivariat	98
C. Analisis Multivariat	103
D. Analisis Data Kualitatif	113
BAB VI PEMBAHASAN	119
A. Interpretasi dan Hasil Diskusi	119
B. Keterbatasan Penelitian	153
C. Implikasi Penelitian	155
BAB VII SIMPULAN DAN SARAN	157
A. Simpulan	157
B. Saran	158
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

		Halaman
Tabel 3.1	Definisi Operasional	57
Tabel 4.1	Sebaran Sampel Penelitian	62
Tabel 4.2	Hasil validitas dan reliabilitas uji coba instrumen penelitian	75
Tabel 4.3	Variabel Penelitian, Jenis Data dan Uji Statistik.....	79
Tabel 5.1	Rata- Rata Masa Kerja dan pengetahuan Perawat Pelaksana Di Rumah Sakit Marinir Cilandak Bulan Mei Tahun 2008	83
Tabel 5.2	Distribusi Responden Menurut Variabel Motivasi Di RSMC Bulan mei 2008.....	85
Tabel 5.3	Rata-Rata Skor Motivasi Kerja menurut Perawat Pelaksana Di Rumah Sakit Marinir Cilandak Bulan Mei Tahun 2008.....	86
Tabel 5.4.	Distribusi Responden Menurut Skor Motivasi Di Rumah Sakit Marinir Cilandak Bulan Mei Tahun 2008.....	89
Tabel 5.5	Distribusi Responden Menurut Variabel Supervisi Kepala Ruangan Di Rumah Sakit Marinir Cilandak Bulan Mei Tahun 2008	91
Tabel 5.6	Rata-Rata Skor Supervisi Kepala Ruangan Menurut Perawat Pelaksana Di Rumah Sakit Marinir Cilandak Bulan Mei Tahun 2008.....	93
Tabel 5.7	Distribusi Responden Menurut Skor Supervisi Di Rumah Sakit Marinir Cilandak Bulan Mei Tahun 2008.....	93
Tabel 5.8	Distribusi Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan Di Rumah Sakit Marinir Cilandak Bulan Mei Tahun 2008.....	94
Tabel 5.9	Rata-Rata Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan Di Rumah Sakit Marinir Cilandak Bulan Mei Tahun 2008.....	96
Tabel 5.10	Distribusi Responden Menurut Skor Kualitas Dokumentasi Di Rumah Sakit Marinir Cilandak Bulan Mei Tahun 2008.....	97
Tabel 5.11	Analisis Korelasi dan Regresi Sederhana Variabel Motivasi (Motivasi Kebutuhan Kekuasaan, Motivasi Kebutuhan Afiliasi dan Motivasi Kebutuhan Berprestasi), Supervisi dengan Variabel Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan.....	98
Tabel 5.12	Analisis Hubungan Masa Kerja dan Pengetahuan Perawat Pelaksana Dengan Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan Di Rumah Sakit Marinir Cilandak Bulan Mei Tahun 2008.....	101
Tabel 5.13	Analisis Hubungan Tingkat Pendidikan Dan Pelatihan Perawat Pelaksana Dengan Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan Di Rumah Sakit Marinir Cilandak Bulan Mei Tahun 2008.....	102

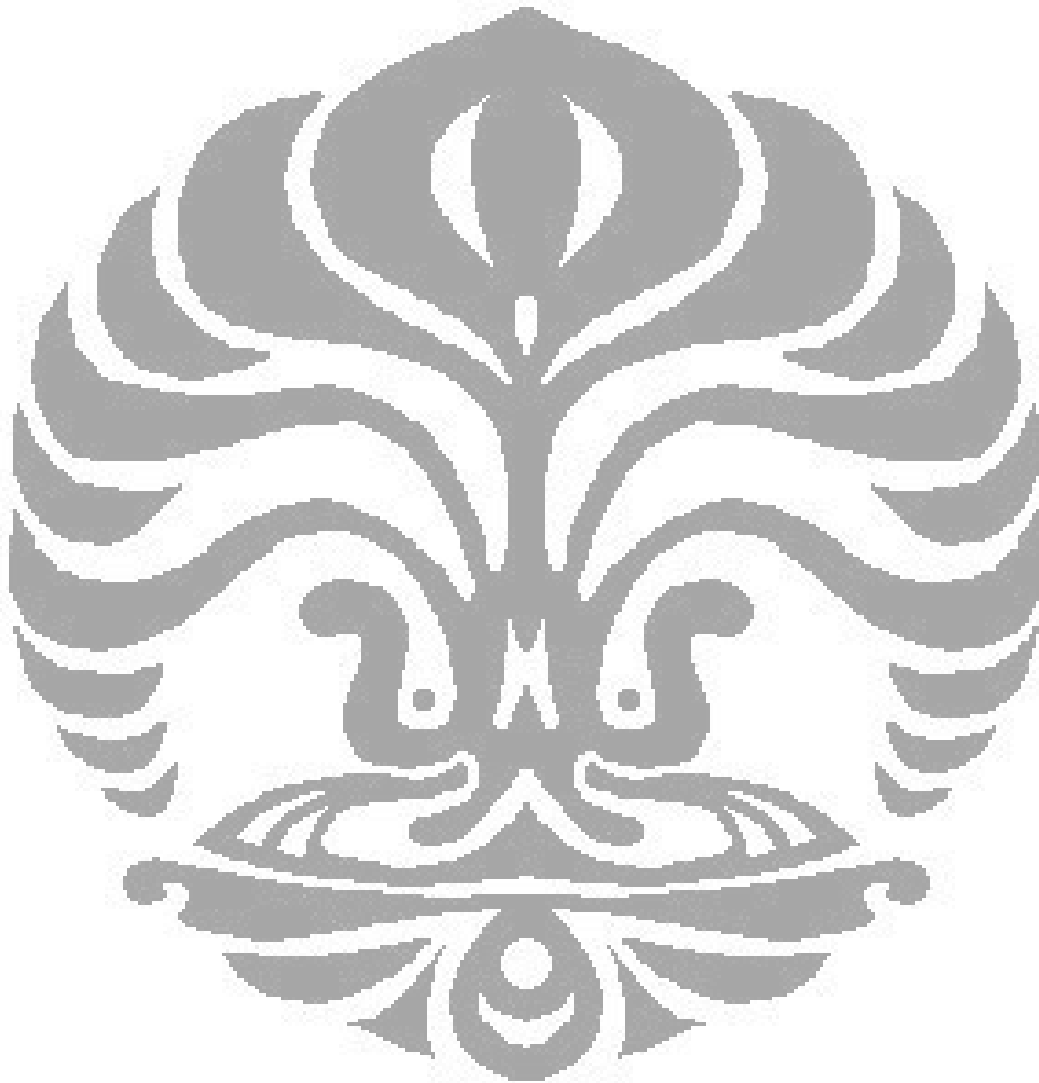
DAFTAR TABEL

Halaman

Tabel 5.14	Analisis Bivariate Variabel Motivasi (Kebutuhan Kekuasaan, afiliasi dan berprestasi), Supervisi dan karakteristik perawat dengan Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan di Rumah Sakit Marinir Cilandak Bulan Mei Tahun 2008.....	104
Tabel 5.15	Analisis Multivariat Regresi Linier Ganda Variabel Motivasi (Kebutuhan Kekuasaan, afiliasi dan berprestasi), Supervisi dan karakteristik perawat dengan Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan di Rumah Sakit Marinir Cilandak Bulan Mei Tahun 2008.....	105
Tabel 5.16	Analisis Multivariat Regresi Linier Ganda Variabel Motivasi (Kebutuhan afiliasi dan berprestasi), Supervisi dan karakteristik perawat dengan Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan di Rumah Sakit Marinir Cilandak Bulan Mei Tahun 2008.....	106
Tabel 5.17	Analisis Multivariat Regresi Linier Ganda Variabel Motivasi (Kebutuhan akan Kekuasaan, afiliasi dan berprestasi), Supervisi dan karakteristik perawat (Pendidikan, Pelatihan dan Pengetahuan) dengan Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan di Rumah Sakit Marinir Cilandak Bulan Mei Tahun 2008.....	106
Tabel 5.18	Analisis Multivariat Regresi Linier Ganda Variabel Motivasi (Kebutuhan akan Kekuasaan, afiliasi dan berprestasi), Supervisi dan Karakteristik perawat (Pendidikan, Pengetahuan dan Lama Kerja) dengan Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan di Rumah Sakit Marinir Cilandak Bulan Mei Tahun 2008.....	107
Tabel 5.19	Analisis Multivariat Regresi Linier Ganda Variabel Motivasi (Kebutuhan akan Kekuasaan dan berprestasi), Supervisi dan Karakteristik perawat (Pendidikan, Pelatihan, Masa Kerja dan Pengetahuan) dengan Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan di Rumah Sakit Marinir Cilandak Bulan Mei Tahun 2008.....	108
Tabel 5.20	Hasil Uji Durbin Watson.....	109
Tabel 5.21	Model Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan di RSMC Jakarta Bulan Mei tahun 2008	111

DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema 2.1 Kerangka Teori Penelitian	52
Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	55



DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 5.1 Distribusi Rata-Rata Tingkat Pendidikan Perawat Pelaksana di RSMC Jakarta, Bulan Mei 2008.....	82
Gambar 5.2 Distribusi Rata-Rata Pelatihan Perawat Pelaksana di RSMC Jakarta, Bulan Mei 2008.....	82
Gambar 5.3 Histogram Transformasi Data Variabel Masa Kerja dan Pengetahuan.....	84
Gambar 5.4 Histogram Data Variabel Motivasi Kebutuhan Afiliasi.....	88
Gambar 5.5 Histogram Transformasi Data Variabel Supervisi.....	90
Gambar 5.6 Histogram Data Variabel Kualitas Dokumentasi.....	97
Gambar 5.7 P-Plot Uji Homosedascity	109
Gambar 5.8 Histogram Distribusi Data.....	110

DAFTAR LAMPIRAN

- 
- Lampiran 1 : Daftar Riwayat Hidup
Lampiran 2 : Kuesioner Penelitian
Lampiran 3 : Pedoman Pengisian Instrumen Observasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan (Instrumen A Depkes RI 2001)
Lampiran 4 : Instrumen Studi Dokumentasi Penerapan Asuhan Keperawatan (Instrumen A Depkes RI 2001)
Lampiran 5 : Surat permohonan peninjauan untuk penelitian
Lampiran 6 : Surat Permohonan ijin uji instrumen Penelitian
Lampiran 7 : Ijin melaksanakan Uji Instrumen Penelitian Di RS POLRI
Lampiran 8 : Jawaban Permohonan ijin Uji Instrumen Penelitian
Lampiran 9 : Permohonan Ijin Penelitian
Lampiran 10 : Surat Keterangan melakukan Penelitian

BAB I

PENDAHULUAN

Pendahuluan pada bab ini menggambarkan latar belakang masalah penelitian, perumusan masalah penelitian, tujuan umum dan tujuan khusus penelitian serta manfaat yang dapat diperoleh dari penelitian ini.

A. Latar Belakang

Rumah sakit sebagai pemberi jasa pelayanan kesehatan bertanggung jawab dan bertanggung gugat kepada pengguna jasa rumah sakit atas pelayanan yang diberikannya. Rumah sakit memiliki kewajiban untuk menjalankan ketiga fungsinya yaitu memberikan pelayanan, mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi serta memberikan kontribusi sosial dengan seimbang (Miloney, 2001 dalam Nurrachmah, 2001). Dengan ketiga peran yang berjalan seimbang tersebut diharapkan rumah sakit dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikannya secara terus-menerus.

Keperawatan menurut Gillies (1999) merupakan salah satu profesi yang berpotensi tinggi dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit dimana perawat merupakan komunitas terbesar di rumah sakit yaitu 75% dari tenaga kesehatan (Ilyas, 2004) dan 90 % pelayanan dari seluruh pelayanan di rumah sakit adalah pelayanan keperawatan (Huber, 1996). Kondisi tersebut telah mendudukkan

perawat sebagai profesi yang sangat strategis dan menjadi barometer peningkatan kualitas pelayanan di rumah sakit. Akses pelayanan keperawatan selama 24 jam/hari memungkinkan perawat untuk mengaplikasikan karakter unik praktik keperawatan yang dimilikinya yaitu konstan, kontinu, koordinatif dan advokatif untuk memantau secara terus menerus perkembangan pasien, merevisi diagnosa keperawatan sesuai perkembangan kesehatan pasien, mengkoordinasikan perubahan tersebut kepada team perawat dan team kesehatan yang lain serta membela kepentingan pasien sehingga keperawatan mampu meningkatkan mutu pelayanan kesehatan di suatu rumah sakit (Blais, Glenora & Koziar, 1997).

Pelayanan keperawatan yang bermutu menurut Blais, Glenora & Koziar (1997) memenuhi karakteristik proses keperawatan yaitu sistem terbuka dan fleksibel terhadap kebutuhan pasien dan dinamis, berpusat pada pasien, interpersonal dan kolaboratif, terencana, mempunyai tujuan, kreatif, ada umpan balik, dan dapat diterapkan secara universal. Seorang perawat seyogyanya dapat mengintegrasikan seluruh perannya yaitu sebagai kolaborator, pendidik, konselor, *change agent* dan peneliti yang mengedepankan profesionalisme, etika profesi dan standar yang berlaku sehingga seluruh tindakan keperawatan yang dilakukan dapat dipertanggung jawabkan dan bermutu tinggi (Perry & Potter, 1997).

Mutu asuhan keperawatan dapat tergambar antara lain melalui dokumentasi proses keperawatan (Gillies, 1999). Dokumentasi keperawatan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi sebagai metode ilmiah penyelesaian masalah keperawatan

pada pasien untuk meningkatkan *outcome* pasien (Aziz, 2002; Fisbach, 1991; Kozier et al, 1997). Hasil penelitian dari Farida (2001) melaporkan hasil bahwa 49,5 % proses keperawatan tidak diterapkan dengan baik di RS Jantung Harapan Kita sehingga menyebabkan penyelesaian masalah keperawatan pasien tidak tuntas diselesaikan. Hasil penelitian Yalla (2001) di Kabupaten Timor Tengah Selatan menyimpulkan bahwa proporsi kesembuhan pasien dan lama hari rawat sesuai standar lebih besar pada puskesmas yang menerapkan proses keperawatan daripada yang tidak menerapkan proses keperawatan (Yalla, Brince, 2001, Pengaruh penerapan proses keperawatan terhadap kesembuhan penderita pnemonia di puskesmas rawat inap Kabupaten Timor Tengah Selatan, 4, [http:// lisa.ira@litbang.depkes.go.id / jkpkbppk-gdl-res-2001-yalla2c-2443-kesembuhan](http://lisa.ira@litbang.depkes.go.id/jkpkbppk-gdl-res-2001-yalla2c-2443-kesembuhan), diperoleh 10 Januari 2008)

Dokumentasi proses keperawatan yang baik dan berkualitas haruslah akurat, lengkap dan sesuai standar. Jika kegiatan keperawatan tidak didokumentasikan dengan akurat dan lengkap sesuai standar maka sulit untuk membuktikan bahwa tindakan keperawatan telah dilakukan dengan benar. Hal tersebut memungkinkan profesi lain mengkritisi catatan pasien yang ditulis oleh perawat (Gillies, 1999; Naude, et al 2000). Adapun standar keperawatan tersebut bertujuan untuk menentukan tanggung jawab dan akontabilitas keperawatan, melindungi pasien dari tindakan keperawatan yang tidak kompeten dan melindungi perawat dari kelalaian (Mahlmeister, 1999; Rothrock, 1999). Hasil penelitian yang dilakukan Nahm dan Poston (2000) menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan pada kualitas dokumentasi keperawatan dan kepuasan pasien setelah dikenalkan standar

dokumentasi keperawatan. Depkes RI (1993) telah menetapkan standar proses keperawatan melalui SK. DirJenYanMed. Dep.Kes RI No.YM.00.03.2.6.7637 yang digunakan sebagai acuan bagi perawat dalam melaksanakan pekerjaan dan mendokumentasinya (Aziz, 2002) dan untuk menjaga mutu asuhan keperawatan di suatu rumah sakit Depkes RI telah memasukkan penilaian dokumentasi keperawatan sebagai bagian dari penilaian akreditasi suatu rumah sakit.

Dokumentasi proses keperawatan yang lengkap, akurat dan sesuai standar juga akan menjamin kesinambungan proses keperawatan yang diberikan kepada pasien dan sebaliknya apabila tidak lengkap dan tidak sesuai dengan permasalahan pasien akan membuat dokumentasi menjadi tidak berarti dan menimbulkan ketidaksinambungan proses keperawatan (Champ & Iyer, 2005). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Adamsen & Tewes (2000) menemukan bahwa perawat hanya mendokumentasikan 31% permasalahan yang dialami oleh pasien. Demikian pula Trisnawati (2007) pada hasil penelitiannya di RS Dr Soetomo Surabaya menunjukkan bahwa pendokumentasian proses keperawatan belum maksimal dilaksanakan, hanya 59,8% perawat yang mendokumentasikan intervensi keperawatan dan 51,2% mendokumentasikan rencana keperawatan (Trisnawati, 2007, Upaya peningkatan kualitas pelayanan keperawatan berdasarkan analisis format dokumentasi proses keperawatan: studi di ruang instalasi rawat inap RSUD. Dr. Soetomo Surabaya, ¶ 2, <http://adln.lib.unair.ac.id/go.php?id=jiptunair-gdl-s2-2007-trisnawati-5867&q=dokumentasi+keperawatan>, diperoleh 10 Maret 2008). Hal ini tentu saja berdampak buruk bagi pasien, sebab dari pengkajian yang tidak akurat maka diagnosa keperawatan dan intervensi yang dirumuskan tidak sesuai untuk mengatasi

permasalahan pasien (Kozier, 1997). Kasus akibat gugatan pihak keluarga terhadap kekeliruan, ketidaklengkapan dan ketidakakuratan pencatatan sesuai kondisi pasien pernah terjadi dan mengakibatkan denda sebesar \$ 4 juta dan hukuman pidana kepada perawat (Iyer.,et al, 2005). Oleh karena itu, dokumentasi yang lengkap, akurat dan serta berpedoman pada kaidah penulisan sesuai standar menjadi hal yang sangat penting sebagai bukti legal dan autentik di pengadilan.

Menurut Robins (1996), Potter dan Perry (1997) bahwa keberhasilan penerapan proses keperawatan sangat dipengaruhi oleh diri perawat sebagai titik sentral dalam melaksanakan pemberian asuhan keperawatan kepada pasien. Seluruh potensi yang dimiliki perawat berkontribusi terhadap kinerja yang akan ditunjukkannya dalam pemberian asuhan keperawatan. Sebagai contoh kemampuan berpikir kritis perlu dimiliki perawat dalam mengatasi permasalahan kesehatan pasien. Rivera dan Paris (2002) mengemukakan bahwa pendidikan perawat harus ditingkatkan sehingga mampu melakukan pengkajian dan merumuskan diagnosa keperawatan pasien dengan benar. Demikian pula penelitian Asman (2001) menunjukkan bahwa kinerja perawat yang baik dalam mendokumentasikan proses keperawatan lebih banyak dimiliki oleh perawat dengan latar belakang pendidikan D. III keperawatan daripada yang berlatar belakang SPK.

Kinerja perawat juga sangat dipengaruhi oleh motivasi kerja dan semangat yang tinggi dalam bekerja (Samsudin, 2006). Motivasi seseorang dalam bekerja senantiasa berubah dari waktu ke waktu karena perawat adalah makhluk dinamis yang selalu berubah keinginan, kemauan, kebutuhan dan tuntutan kehidupannya

(Zainun, 1989). Kondisi motivasi perawat yang relatif stabil akan menunjang kinerja perawat untuk bekerja dan memberikan proses keperawatan yang lebih baik. Hal tersebut didukung oleh Hersey & Blanchard (dalam La Monica, 1998) yang mengemukakan bahwa 60% penampilan kerja karyawan dipengaruhi oleh motivasinya dalam bekerja oleh karena itu motivasi berperan sangat penting bagi perawat dalam melakukan proses keperawatan yang bermutu dan melakukan dokumentasi proses keperawatan. Aziz (1991) melaporkan hasil penelitiannya bahwa motivasi yang tinggi berpengaruh terhadap kinerja perawat.

Adapun motivasi perawat dapat berupa *intrinsic motivation* atau *extrinsic motivation* (Gillies, 1999; Swansburg, 1999; Winardi, 2004). Motivasi *ekstrinsik* dapat muncul sebagai respons terhadap pemberian motivasi oleh manajer keperawatan. Kemampuan seorang manajer keperawatan untuk memotivasi bawahan sangatlah penting guna meningkatkan produktivitas kerja perawat (La Monica, 1998). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Yusuf (2004) bahwa ada hubungan yang signifikan pada pengaruh pemberian motivasi terhadap perubahan sikap perawat (Yusuf, 2004, ¶ 6, Pengaruh pemberian motivasi, <http://adln.lib.unair.ac.id/go.php?id=jiptunair-gdl-s2-2004-ahyusufs-57&q=motivasi+perawat>, diperoleh 11 Maret 2008). Namun demikian, motivasi *intrinsik* perawat juga sangat berpengaruh terhadap kinerja perawat. Motivasi yang muncul dari dalam individu perawat merupakan motor penggerak aktifitas perawat dalam melaksanakan pekerjaannya. Sumargono (1996) melaporkan hasil penelitiannya bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kesempatan berprestasi, adanya tanggung jawab dalam pekerjaan dan hubungan antara karyawan dengan kinerja perawat.

Selain motivasi, faktor lain yang berkaitan erat dengan kualitas dokumentasi perawat adalah supervisi manajer keperawatan. Supervisi yang dilakukan secara periodik dan berkesinambungan dapat memberikan arah dan pedoman bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dan mendokumentasikannya sesuai standar praktek keperawatan (Depkes RI, 2001). Menurut Timby & Lewis (1992) kepala ruangan bertanggung jawab atas pelaksanaan proses keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat pelaksana sehingga supervisi kepala ruangan terhadap dokumentasi proses keperawatan perlu dilakukan. Hasil Penelitian Pandawa (2006) dan Hotmaida (2003) menunjukkan adanya pengaruh yang bermakna antara pelaksanaan supervisi kepala ruang rawat inap terhadap kinerja perawat pelaksana di RSUD Sidoarjo (Siagian, Hotmaida, 2003, Pengaruh supervisi kepala ruang rawat inap, kemampuan, motivasi dan imbalan tenaga perawat pelaksana terhadap kinerja tenaga perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Sidoarjo, ¶ 7, <http://adln.lib.unair.ac.id/go.php?id=jiptunair-gdl-s2-2003-siagian2c-740-supervisi&q=motivasi-perawat>, diperoleh 11 maret 2008).

Rumah Sakit Marinir Cilandak (RSMC) adalah rumah sakit tipe B yang memiliki kapasitas tempat tidur 186 tempat tidur dengan jumlah perawat pada instalasi rawat inap sebanyak 163 orang. Pada tahun 2007 rata-rata *bed occupation rate* (BOR) 65% per bulan dan *length of stay* (LOS) 5 hari, *bed turn over rate* (BTO) 3, dan (*turn over interval*) TOI 3 hari. Kualifikasi tingkat pendidikan tenaga perawat di instalasi rawat inap RSMC masih didominasi oleh SPR/SPK sebesar 69 %, DIII keperawatan sekitar 30% dan S1 hanya 1% dengan keseluruhan jumlah perawat di instalasi rawat inap 163 orang. Data yang diperoleh dari hasil residensi Kurniadi

(2006) di RSMC melaporkan ($n = 45$, $N = 150$) hanya 43 % perawat yang mendokumentasikan pengkajian, 62% mendokumentasikan tujuan dan kriteria hasil, 62% mendokumentasikan rencana keperawatan, 68% mendokumentasikan implementasi keperawatan dan 76% perawat mendokumentasikan evaluasi keperawatan, 37% perawat melakukan pengkajian ulang. Selain itu diperoleh data bahwa sekitar 47% responden menyatakan supervisi kurang dilakukan, dan 49% menyatakan kurang mendapatkan penghargaan, 80% perawat menyatakan tidak pernah mengikuti pelatihan/seminar keperawatan.

Hasil wawancara peneliti dengan Kepala Departemen Keperawatan (Kadepwat) dan staf tanggal 26 Februari 2008 diketahui bahwa pendokumentasian proses keperawatan memang belum terlaksana sepenuhnya dengan baik, penilaian akreditasi terhadap dokumentasi proses keperawatan terakhir dilaksanakan tahun 1999 dengan nilai lebih dari 80, setelah akreditasi tahun 1999 hingga saat ini, audit eksternal dokumentasi proses keperawatan belum pernah dilakukan, namun demikian bidang perawatan secara teratur setiap minggunya melakukan pengecekan terhadap dokumentasi keperawatan. Standar asuhan keperawatan juga telah tersedia di setiap ruangan.

Hasil wawancara peneliti dengan tiga kepala ruangan menyatakan bahwa pelaksanaan supervisi kepala ruangan terhadap dokumentasi keperawatan tidak maksimal dilakukan karena kesibukan tugas administratif sebagai kepala ruangan, supervisi juga tidak memiliki jadwal yang tetap dan bersifat insidental disesuaikan dengan kondisi dan permasalahan yang muncul saat itu. Hasil wawancara dengan

staf perawat tanggal 27 Februari 2008 didapatkan data bahwa mereka tidak memiliki motivasi yang tinggi dalam melakukan pekerjaannya karena tidak ada tantangan dan penghargaan yang layak terhadap pekerjaan yang telah mereka lakukan.

Hasil observasi peneliti pada tanggal 27 Februari 2008 pada empat ruang rawat inap yaitu Pav B, Pav C1, Pav F1 dan Pav F2 diperoleh data bahwa dokumentasi keperawatan yang dilakukan oleh beberapa perawat tidak lengkap dan tidak akurat yaitu perumusan diagnosa tidak mencakup *problem*, *etiologi* dan *simptom*, diagnosa keperawatan tidak sesuai dengan masalah kesehatan pasien, perumusan intervensi belum dapat mengatasi masalah pasien, evaluasi tidak mengacu pada tujuan dan penggunaan *tip ex* untuk menghapus kesalahan pencatatan. Hal tersebut menunjukkan bahwa pelaksanaan dokumentasi proses keperawatan tidak sesuai dengan kaidah dan standar yang berlaku. Wawancara peneliti dengan Kepala Departemen Keperawatan (Kadepwat) mendapatkan data bahwa penelitian tentang pendokumentasian proses keperawatan belum pernah dilakukan di RSMC, penelitian tentang dokumentasi proses keperawatan ini pernah dilakukan di rumah sakit lain dengan variabel yang berbeda. Berdasarkan data-data tersebut, penulis ingin meneliti lebih lanjut tentang hubungan motivasi dan supervisi terhadap kualitas dokumentasi proses keperawatan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Mariner Cilandak, Jakarta.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas diketahui, bahwa dokumentasi berperan sangat penting dalam pemberian proses keperawatan yang bermutu pada pasien. Kontinuitas informasi tentang pasien antara sesama perawat dan perawat dengan team kesehatan dapat terpantau dengan baik bila dokumentasi keperawatannya berkualitas dan dapat dipertanggung jawabkan secara legal. Keberhasilan dokumentasi keperawatan berhubungan dengan banyak faktor antara lain motivasi yang dimiliki oleh perawat dan supervisi yang dilakukan oleh kepala ruangan.

Mengingat begitu besarnya peranan dokumentasi proses keperawatan dalam peningkatan kualitas pelayanan keperawatan dan kesehatan di rumah sakit maka peneliti ingin mengetahui tentang hubungan motivasi dan supervisi dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan di instalasi rawat inap Rumah Sakit Marinir Cilandak.

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk menguraikan gambaran hubungan antara motivasi dan supervisi dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan di instalasi rawat inap Rumah Sakit Marinir Cilandak.

2. Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

- a. Menguraikan gambaran karakteristik perawat pelaksana di instalasi rawat inap Rumah Sakit Marinir Cilandak Jakarta
- b. Menguraikan gambaran kualitas dokumentasi proses keperawatan di instalasi rawat inap Rumah Sakit Marinir Cilandak Jakarta
- c. Menguraikan gambaran motivasi perawat pelaksana di instalasi rawat inap Rumah Sakit Marinir Cilandak Jakarta
- d. Menguraikan gambaran pelaksanaan supervisi kepala ruangan di instalasi rawat inap Rumah Sakit Marinir Cilandak.
- e. Menguraikan hubungan motivasi (kebutuhan akan kekuasaan, kebutuhan akan afiliasi dan kebutuhan pencapaian prestasi) perawat pelaksana dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan di instalasi rawat inap Rumah Sakit Marinir Cilandak setelah dikontrol oleh variabel *confounding*.
- f. Menguraikan hubungan supervisi kepala ruangan dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan di instalasi rawat inap Rumah Sakit Marinir Cilandak setelah dikontrol oleh variabel *confounding*.
- g. Mengetahui faktor dominan yang berhubungan dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan di instalasi rawat inap Rumah Sakit Marinir Cilandak setelah dikontrol variabel *confounding*.

D. Manfaat Penelitian

1. Untuk manajemen Rumah Sakit Marinir Cilandak Jakarta

- a. Memperbaiki dan meningkatkan kualitas dokumentasi proses keperawatan.
- b. Sebagai bahan masukan bagi manajemen rumah sakit untuk memperbaiki pelayanan yang diberikan, terutama departemen keperawatan dan departemen pengembangan dan pelatihan dalam memperbaiki dan meningkatkan kualitas dokumentasi proses keperawatan melalui peningkatan kompetensi perawat tentang dokumentasi keperawatan, perangkat dokumentasi dan peningkatan sistem pelayanan dan proses keperawatan secara menyeluruh.

2. Untuk Program Studi dan Penelitian Selanjutnya

Sebagai bahan masukan untuk pengembangan penelitian dan memperkaya khasanah ilmu keperawatan khususnya ilmu kepemimpinan dan manajemen keperawatan tentang kualitas dokumentasi proses keperawatan dan faktor yang berhubungan.

3. Untuk Organisasi Perawat (Persatuan Perawat Nasional Indonesia)

Sebagai bahan masukan untuk pengadaan pelatihan yang berskala nasional tentang dokumentasi proses keperawatan sesuai standar dan aspek legal.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Tinjauan pustaka dalam penelitian ini menggambarkan teori-teori yang berhubungan dengan variabel penelitian yang meliputi konsep manajemen keperawatan, motivasi, supervisi, karakteristik perawat dan dokumentasi proses keperawatan.

A. Konsep Manajemen Keperawatan

1. Pengertian Manajemen Keperawatan

Manajemen keperawatan adalah suatu koordinasi dan integrasi dari sumber-sumber keperawatan melalui penerapan fungsi perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan sebagai upaya untuk mencapai tujuan pelayanan keperawatan (Huber, 1996). Sedangkan manajemen keperawatan menurut Gillies (1999) adalah suatu proses pemberian asuhan keperawatan melalui upaya staf keperawatan dengan menggunakan sumber-sumber yang ada berupa dana, peralatan dan sumber daya manusia sehingga efektifitas dan efisiensi proses keperawatan dapat tercapai. Berdasarkan beberapa pengertian manajemen diatas, dapat disimpulkan bahwa kegiatan manajemen keperawatan adalah proses pelaksanaan kerja yang memanfaatkan karyawan, sumber daya dan sumber daya manusia untuk mencapai tujuan organisasi melalui kegiatan perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan sehingga proses keperawatan yang diberikan dapat efektif dan efisien.

2. Fungsi Manajemen Keperawatan

Menurut Huber (1996) fungsi manajemen terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengendalian. Perencanaan merupakan fungsi manajemen yang pertama meliputi mendefinisikan tujuan organisasi, menetapkan strategi dan mengembangkan rencana untuk mengkoordinasikan kegiatan dalam upaya mencapai tujuan bersama (Robins, 1996). Untuk itu diperlukan pemahaman tentang visi, misi dan nilai-nilai yang dimiliki, filosofi dan tujuan organisasi serta strategi yang akan digunakan untuk mencapai tujuan tersebut. Untuk kesempurnaan hasil yang akan diperoleh, maka pada proses perencanaan ini semua unsur yang terlibat dalam organisasi dilibatkan agar lebih aspiratif dan sesuai dengan kebutuhan dan kondisi saat ini.

Fungsi kedua manajemen keperawatan adalah pengorganisasian. Fungsi pengorganisasian berhubungan erat dengan bentuk organisasi, metode penugasan, penempatan dan pengaturan struktur organisasi, metode penugasan, uraian tugas jabatan, pengaturan ketenagaan, perumusan sistem evaluasi kinerja dan memberdayakan tim kerja dan kelompok untuk mencapai tujuan (Gillies, 1999; Swansburg, 1999).

Fungsi ketiga dari manajemen keperawatan adalah pengarahan. Pengarahan berfokus pada upaya manajer keperawatan mengatur, mengarahkan dan memaksimalkan sumber daya untuk mencapai tujuan (Robins, 1996). Pengarahan meliputi penggunaan sistem kekuasaan, pengambilan keputusan, komunikasi

manajemen, memotivasi bawahan, supervisi karyawan, memilih saluran komunikasi yang paling efektif dan dapat memecahkan masalah (Huber, 1996; Kozier et al, 2004). Menurut La Monica (1998) fungsi pengarahan ini mempunyai area yang paling besar karena terkait dengan sumber daya manusia yang sangat berkontribusi dalam mencapai tujuan organisasi.

Fungsi pengendalian merupakan fungsi keempat manajemen. Pengendalian meliputi kegiatan-kegiatan untuk memantau dan memastikan bahwa kegiatan yang direncanakan telah dicapai dengan baik. Pengendalian ini dilakukan dengan membandingkan hasil kerja yang dicapai dengan standar penampilan dan target yang telah dirumuskan pada tahap perencanaan serta melakukan tindakan koreksi bila diperlukan terhadap setiap penyimpangan yang terjadi sehingga diharapkan pelayanan keperawatan dapat meningkat dari waktu ke waktu (Robins, 1996; Huber, 1996).

3. Kepala ruangan

Menurut Timby & Lewis (1992) kepala ruangan adalah manajer lapis bawah yang bersentuhan langsung dengan pasien dan bertanggung jawab terhadap pelaksanaan pemberian proses keperawatan yang bermutu diruangannya. Kepala ruangan bertanggung jawab terhadap dokumentasi proses keperawatan pada seluruh pasien yang berada di ruangan tempat kerjanya sesuai dengan standar yang telah ditetapkan. Selain itu kepala ruangan juga bertanggung jawab pada kegiatan orientasi pegawai baru, supervisi keperawatan, evaluasi hasil kerja karyawan dan mempertahankan komunikasi yang terbuka dengan seluruh perawat pelaksana

(Depkes RI, 1999). Selain memiliki tanggung jawab, kepala ruangan juga harus melaksanakan fungsinya dengan baik antara lain fungsi perencanaan, pelaksanaan, pengamatan, pengawasan, pengendalian dan penilaian untuk mencapai kualitas pelayanan keperawatan yang lebih baik di ruang rawat, Depkes RI (1999). Hasil penelitian Panjaitan (2002) melaporkan bahwa kinerja perawat pelaksana berhubungan secara signifikan dengan efektivitas kepemimpinan kepala ruangan. Penelitian Kurniati (2001) membuktikan bahwa peran kepala ruangan dalam hal perencanaan, pengarahan, pelatihan, pengamatan dan penilaian mempunyai hubungan yang bermakna dengan kinerja perawat pelaksana.

Untuk mencapai hasil dan kualitas pelayanan keperawatan yang optimal maka perlu ada hubungan kerjasama yang baik antara kepala ruangan dan perawat sebagai pelaksana pemberian proses keperawatan dan pelaku dokumentasi proses keperawatan. Perawat memerlukan supervisi dan pemberian motivasi oleh manajer keperawatan atau kepala ruangan agar dapat meningkatkan motivasi diri perawat dan meningkatkan kinerjanya.

B. Motivasi

1. Pengertian Motivasi

Motivasi berasal dari kata Latin “*movere*” yang berarti dorongan atau menggerakkan. Motivasi (*motivation*) dalam manajemen hanya ditujukan untuk sumber daya manusia umumnya dan bawahan khususnya (Sudrajat, 2008, ¶ 1, http://id.shvoong.com/books/management-literature/1658520-tujuh-teori_motivasi/, diperoleh tanggal 11 maret 2008). Motivasi adalah perilaku yang ditunjukkan

seseorang untuk memuaskan kebutuhannya (Marquis dan Houston, 2000). Motivasi berfokus pada upaya mengarahkan daya dan potensi bawahan agar mau bekerjasama secara produktif untuk mencapai dan mewujudkan tujuan yang telah ditentukan (Hasibuan, 1996). Sedangkan menurut Mangkunegara (2005) bahwa motivasi terbentuk dari sikap seorang pegawai dalam menghadapi situasi kerja. Gillies (1999) mengemukakan bahwa motivasi seseorang berkaitan erat dengan produktivitas dan kinerja yang ditampilkannya. Berdasarkan pengertian tersebut, dapat dipahami bahwa motivasi merupakan kondisi yang menggerakkan diri pegawai untuk mencapai tujuan organisasi (tujuan kerja), dan peningkatan motivasi yang dimiliki karyawan akan sangat menentukan kinerja yang ditampilkannya. Pandawa (2006) mengemukakan hasil penelitiannya bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara motivasi perawat dengan kinerja pendokumentasian proses keperawatan.

2. Teori-Teori Motivasi

Secara garis besar teori motivasi terbagi menjadi dua, yaitu teori motivasi isi dan teori motivasi proses (Swansburg, 1999). Teori motivasi isi berorientasi kepada kebutuhan masing-masing individu sedangkan teori motivasi proses berorientasi kepada pentingnya penghargaan dan mendapatkan kesempatan berprestasi selama bekerja serta berfokus pada pentingnya seseorang untuk dapat bekerja keras atas dasar penghargaan yang sesuai dan hasil kerja yang memungkinkan diraih. Berikut ini akan diuraikan beberapa teori motivasi, antara lain teori hierarki kebutuhan Maslow, teori dua faktor Herzberg dan teori kebutuhan berprestasi Mc Clelland.

Teori motivasi yang menjadi fokus pada penelitian ini adalah teori motivasi kebutuhan berprestasi Mc Clelland.

a. Teori hirarki kebutuhan Maslow

Menurut Mangkunegara (2005), Hasibuan (1996) dan Swansburg (1999) teori hirarki kebutuhan Maslow ini menyiratkan bahwa manusia dalam melakukan pekerjaannya termotivasi oleh kebutuhan-kebutuhannya. Karyawan termotivasi oleh kebutuhan yang belum terpenuhi mulai dari kebutuhan yang paling dasar sampai kepada kebutuhan yang paling tinggi.

Teori ini mengasumsikan bahwa dalam diri setiap orang terdapat hierarki kebutuhan yang terdiri dari; *Pertama*, kebutuhan fisiologis, berwujud pangan, sandang, tempat tinggal, dan kebutuhan fisik lainnya. *Kedua*, kebutuhan atas jaminan keamanan berupa rasa aman, terlindung dari risiko jasmani dan rohani. *Ketiga*, kebutuhan sosial, berupa persahabatan, keharmonisan, penerimaan dan keterikatan. *Keempat*, kebutuhan harga diri, seperti disegani, diakui, dihormati. *Kelima*, kebutuhan aktualisasi diri, berwujud prestasi, karier, tanggung jawab dan kepuasan diri. Kebutuhan yang paling tinggi tidak akan tercapai bila kebutuhan yang lebih rendah belum diperoleh.

b. Teori Herzberg

Herzberg mengembangkan teori motivasi dua. Menurut teori ini ada dua faktor yang mempengaruhi kondisi pekerjaan seseorang yaitu faktor pemuas (*motivation faktor*) yang disebut juga dengan *satisfier* atau *intrinsic motivation*

dan faktor kesehatan (*hygienes*) yang juga disebut *disatisfier* atau *ekstrinsic motivation*. Teori Herzberg ini melihat ada dua faktor yang mendorong karyawan termotivasi yaitu faktor intrinsik dan faktor ekstrinsik. Faktor Intrinsik yaitu daya dorong yang timbul dari dalam diri masing-masing orang, dan faktor ekstrinsik yaitu daya dorong yang datang dari luar diri seseorang terutama dari organisasi tempatnya bekerja.

Dengan demikian, karyawan yang terdorong secara intrinsik akan menyenangi pekerjaan yang memberikan kesempatan untuk menggunakan spontanitas dan inovasinya, otonomi yang tinggi dan tidak perlu diawasi dengan ketat. Sebaliknya, karyawan yang lebih terdorong oleh faktor-faktor ekstrinsik cenderung melihat kepada apa yang diberikan oleh organisasi kepada mereka dan kinerjanya diarahkan kepada perolehan hal-hal yang diinginkannya dari organisasi (Sondang, 2002).

Adapun yang merupakan **faktor motivasi** menurut Herzberg adalah pekerjaan itu sendiri (*the work it self*), prestasi yang diraih (*achievement*), peluang untuk maju (*advancement*), pengakuan orang lain (*recognition*) dan tanggung jawab (*responsible*). Sedangkan **faktor higienis** terdiri dari kompensasi, kondisi kerja, status, supervisi, hubungan antara manusia dan kebijaksanaan perusahaan.

Menurut Herzberg **faktor higienis/extrinsic faktor** tidak akan mendorong minat para pegawai untuk berforma baik, akan tetapi jika faktor-faktor ini dianggap tidak dapat memuaskan dalam berbagai hal seperti gaji tidak memadai dan kondisi kerja tidak menyenangkan, faktor-faktor itu dapat menjadi potensi sumber ketidakpuasan karyawan. Sedangkan faktor *motivation/intrinsic faktor* merupakan faktor yang mendorong semangat guna mencapai kinerja yang lebih tinggi. Dengan demikian, pemuasan terhadap kebutuhan tingkat tinggi (faktor motivasi) lebih memungkinkan seseorang untuk berforma tinggi daripada pemuasan kebutuhan lebih rendah (Faktor *hygienis*) (Hall & Leidecker dalam Timpe, 1999).

c. Teori Kebutuhan Berprestasi

Teori ini diperkenalkan oleh David McClelland. Dasar teorinya tetap berdasarkan teori kebutuhan Maslow, namun ia mencoba mengkristalisasinya menjadi tiga kebutuhan (Mukhlas, 1999; Swansburg, 1999; Winardi, 2004). Teori ini dikenal sebagai teori kebutuhan untuk mencapai prestasi atau *Need for Achievement* (N.Ach) yang menyatakan bahwa motivasi karyawan berbeda-beda, sesuai dengan kekuatan kebutuhan seseorang akan prestasi (Sudrajat, 2008, ¶ 8, <http://id.shvoong.com/books/management-literature/1658520-tujuh-teori-motivasi/>, diperoleh tanggal 11 maret 2008). Menurut Mukhlas (1999), Swansburg (1999) dan Winardi (2004), teori ini terbagi menjadi tiga bagian yaitu *Need for Power* (*nPow*), *Need for Affiliation* (*nAff*) dan *Need for Achievement* (*nAch*.)

1. *Need for Power (nPow)* atau kebutuhan akan kekuasaan. Kebutuhan ini tampak pada seseorang yang hendak berpengaruh terhadap orang lain, senang berkompetisi, mandiri, cepat tanggap terhadap masalah, aktif menjalankan kebijakan organisasi, senang membantu orang dengan mengesankan, selalu menjaga prestasi, reputasi serta posisinya. Perawat yang bermotivasi tinggi seperti ini akan menyenangi perjuangan untuk mempengaruhi orang lain dan bekerja secara efektif (Mukhlas, 1999). Kebutuhan mempengaruhi ini tentunya sangat baik untuk meningkatkan pelayanan keperawatan.

2. *Need for Affiliation (nAff)* atau Kebutuhan afiliasi. Kebutuhan ini ditunjukkan oleh keinginan bersahabat, memperhatikan aspek antar pribadi, bekerja sama, dan empati terhadap rekan sekerja. Kebutuhan dan keinginan untuk memiliki hubungan persahabatan atau hubungan antar manusia secara dekat, mereka ingin disukai dan berjuang untuk persahabatan yang erat dengan penuh pengertian dan saling menguntungkan (Mukhlas, 1999). Ukuran keberhasilan bagi mereka apabila mereka dapat menjalin hubungan dengan rekan kerja pada suatu bidang pekerjaan. Teori ini dapat menjadi dasar pertimbangan bidang keperawatan di rumah sakit untuk menempatkan karyawan dengan kebutuhan motivasi ini di area kerja yang lebih banyak interaksi dengan rekan kerja, pasien dan keluarga pasien atau masyarakat (Winardi, 2004)

2. ***Need for Achievement (nAch) atau Kebutuhan berprestasi.*** Kebutuhan ini tercermin dari keinginan seseorang mengambil tugas secara konsisten, bertanggung jawab untuk mencapai tujuannya dan berani menghadapi risiko serta memperhatikan *feedback*. Fokus orientasi mereka pada keberhasilan penyelesaian tugas dan menyukai umpan balik dari pekerjaannya daripada hubungan kekerabatan dan mencari pengaruh pada orang lain. Menurut McClelland karakteristik orang yang berprestasi tinggi (*high achievers*) memiliki tiga ciri umum yaitu: a) memiliki keinginan untuk mengerjakan tugas-tugas dengan derajat kesulitan moderat, b) menyukai situasi kinerja yang timbul karena upaya mereka sendiri dan bukan karena faktor-faktor lain, seperti kemujuran misalnya dan c) menginginkan umpan balik tentang keberhasilan dan kegagalan mereka daripada dengan mereka yang berprestasi rendah.

Perawat yang termotivasi kerja oleh kebutuhan berprestasi ini akan memiliki target prestasi untuk kemajuan dirinya dalam melaksanakan tugas dan merasakan kepuasan dalam melakukan pekerjaan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Syahmasa (2000) dan Sumarni (2001) mendukung teori tersebut bahwa ada hubungan antara motivasi kerja afiliasi ($r=0,514$), otonomi ($r=0,501$) dan prestasi ($0,338$) dengan produktifitas dan kinerja perawat. Sumargono (1996) melaporkan hasil penelitiannya bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kesempatan berprestasi, adanya tanggung jawab dalam pekerjaan dan hubungan antar karyawan dengan kinerja perawat. Fokus penelitian ini adalah pada teori motivasi yang dikemukakan

oleh McClelland yang menekankan motivasi pada diri pribadi perawat sebagai tenaga pendorong dalam melaksanakan pekerjaannya.

3. Prinsip-Prinsip dalam memotivasi Pegawai.

Seorang manajer keperawatan atau kepala ruangan harus memperhatikan beberapa prinsip dalam memotivasi pegawai agar pemberian motivasi menjadi efektif dan berhasil. Menurut Mangkunegara (2005) terdapat beberapa prinsip yang digunakan untuk memotivasi pegawai yaitu: a) prinsip partisipatif yaitu upaya memotivasi kerja dari pemimpin dengan memberikan kesempatan ikut berpartisipasi menentukan tujuan yang akan dicapai, b) prinsip komunikasi yaitu pemimpin mengkomunikasikan segala sesuatu yang berhubungan dengan usaha pencapaian tujuan, c) prinsip mengakui andil bawahan yaitu pemimpin harus mengakui andil bawahan dalam pencapaian tujuan, d) prinsip pendelegasian wewenang yaitu pemimpin memberikan wewenang kepada bawahan untuk sewaktu-waktu mengambil keputusan terhadap pekerjaannya sehingga karyawan menjadi termotivasi untuk mencapai tujuan yang diharapkan dan e) prinsip memberi perhatian yaitu pemimpin memberi perhatian terhadap apa yang diinginkan oleh karyawannya.

Mengacu kepada prinsip-prinsip tersebut, seorang manajer keperawatan menempati peran yang strategis untuk menciptakan suasana yang motivatif antara lain harus adil dan konsisten, menjadi *role model* bagi karyawan dan berupaya semaksimal mungkin menerapkan prinsip-prinsip motivasi dengan sebaik mungkin (Nursalam, 2002). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Yusuf (2004) bahwa ada

kemaknaan yang signifikan pada pengaruh pemberian motivasi oleh pimpinan terhadap perubahan sikap perawat (Yusuf S, 2004, ¶ 6, Pengaruh pemberian motivasi, <http://adln.lib.unair.ac.id/go.php?id=jiptunair-gdl-s2-2004-ahyusufs-57&q=motivasi+perawat>, diperoleh 11 Maret 2008).

C. Supervisi

1. Pengertian

Pengertian Supervisi menurut Kron dan Gray (1987) yaitu tindakan membimbing, mengarahkan, mengobservasi, mengevaluasi secara terus-menerus setiap karyawan dengan sabar, adil serta bijaksana sehingga setiap karyawan dapat memberikan proses keperawatan dengan baik, trampil, aman, cepat dan tepat secara komprehensif sesuai dengan karakteristik personal karyawan. Azwar (1996) menambahkan bahwa supervisi adalah upaya pengamatan secara langsung dan berkala yang dilakukan oleh atasan terhadap pekerjaan yang dilaksanakan oleh bawahan dan memberikan petunjuk atau bantuan yang bersifat langsung untuk penyelesaian masalah. Berdasarkan definisi tersebut dapat dikatakan bahwa supervisi merupakan salah satu cara yang ampuh untuk mencapai tujuan organisasi termasuk tujuan pelayanan kesehatan atau keperawatan dengan baik.

2. Tujuan supervisi

Menurut Kron dan Gray (1987), supervisi yang dilakukan oleh manajer bertujuan untuk memperhatikan seluruh anggota organisasi, area kerja atau pekerjaan karyawan, memperhatikan kesesuaian rencana kegiatan dengan pelaksanaannya, mengevaluasi pekerjaan karyawan, meningkatkan kemampuan perawat pelaksana

melalui kegiatan orientasi, pelatihan, bimbingan karyawan secara personal, mencontohkan (*role model*) dan mengarahkan kemampuan serta keterampilan yang dimiliki karyawan tersebut untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan.

Menurut Azwar (1996), Clough (2003, dalam Nursasi, 1996) dan WHO (1999), supervisi bertujuan untuk menjamin keberlangsungan pekerjaan yang dilaksanakan oleh karyawan dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan dengan menggunakan sumber daya yang tersedia, memperbaiki kekurangan yang dimiliki oleh karyawan dalam kemampuan, pengetahuan dan pemahaman, memberi penghargaan atas hasil pekerjaan karyawan, mengetahui potensi yang dimiliki oleh karyawan dan meningkatkan produktivitas, efektivitas dan efisiensi kerja karyawan.

3. Prinsip Supervisi

Azwar (1996) dan Nursasi (1996) mengemukakan beberapa prinsip supervisi keperawatan yang perlu mendapat perhatian yaitu bahwa: a) supervisi dilaksanakan sesuai dengan struktur organisasi, b) harus edukatif dan suportif sehingga diperlukan pengetahuan dasar manajemen, keterampilan hubungan antar manusia, dan kemampuan menerapkan prinsip manajemen dan kepemimpinan dengan tidak mencari kesalahan karyawan, c) menciptakan hubungan kerjasama yang demokratis sehingga tercipta komunikasi efektif dan dimengerti oleh karyawan sehingga dapat merangsang kreativitas dan motivasi karyawan, e) dilaksanakan berdasarkan petunjuk, peraturan atau kebijakan, uraian tugas dan

standar yang berlaku dan f) bertujuan utama untuk memberi rasa aman, hasil guna dan daya guna bagi pelayanan keperawatan.

Darma (2004) melengkapi prinsip supervisi tersebut dengan menekankan pada keterampilan komunikasi yang dimiliki oleh manajer keperawatan selaku pemberi supervisi yaitu: a) kemampuan berkomunikasi yang baik dan jelas dengan menggunakan kata-kata atau istilah yang dapat dimengerti, langsung, ringkas, berfokus pada satu topik, mendorong perubahan perilaku yang berorientasi pada tujuan, dan menghindari interupsi dan pesan yang bertolak belakang, b) memiliki harapan terbaik terhadap karyawannya, berpegang pada tujuan, menghargai martabat karyawan, menyampaikan harapan yang melambung dan menekankan pada kebutuhan dimasa depan, c) mendapatkan komitmen karyawan dengan cara meringkas dan mengulangi kembali hal-hal yang telah didiskusikan, melibatkan karyawan, mendengarkan dengan baik pembicaraan karyawan, memastikan bahwa karyawan mengerti maksud pembicaraan, mendorong karyawan untuk komitmen terhadap upaya pencapaian tujuan dan yang terpenting adalah menindaklanjuti apa yang telah dibicarakan atau diputuskan.

4. Tehnik Supervisi

Dalam melaksanakan supervisi ada beberapa hal pokok yang perlu mendapat perhatian antara lain pelaksana supervisi, frekuensi supervisi, tujuan dan teknik pelaksanaan supervisi (Azwar, 1996).

a). Pelaksana Supervisi

Pelaksana supervisi disebut juga supervisor. Pemberian supervisi dilakukan sebagai bagian dari tugas pokok manajer baik manajer lapis bawah sampai lapis atas. Di rumah sakit yang berperan sebagai supervisor adalah kepala ruangan, pengawas, kepala seksi, kepala bidang dan wakil direktur keperawatan atau disesuaikan dengan jenjang struktural keperawatan yang berlaku di rumah sakit masing-masing.

Supervisi dan pengarahan yang baik dari kepala ruangan atau supervisor lainnya di rumah sakit, memudahkan perawat dalam memperoleh informasi yang tepat, terhindar dari kesalahan, belajar sepanjang hayat dan terbina hubungan yang baik antara atasan dengan bawahan dan pada akhirnya kinerja perawat meningkat dan semakin baik dari waktu ke waktu. Supervisi seyogyanya dilakukan oleh atasan yang memiliki kelebihan terutama dalam pengetahuan dan keterampilan untuk memotivasi, mengarahkan, membimbing dan mengendalikan kegiatan dalam pelaksanaan pelayanan keperawatan (Depkes RI, 1997).

Keterampilan yang harus dimiliki oleh seorang supervisor menurut Nursalam (2007) adalah keterampilan teknis, keterampilan administratif dan keterampilan hubungan antar manusia. Keterampilan teknis meliputi pengetahuan tentang pekerjaan secara teknis, pengetahuan tentang proses dan peralatan perawatan pasien serta berbagai masalah yang khusus. Keterampilan administratif mencakup pengetahuan tentang organisasi dan

pengorganisasiannya secara keseluruhan, pengetahuan tentang pencatatan dan informasi serta kemampuan untuk merencanakan dan mengendalikan pekerjaan. Keterampilan yang tidak kalah pentingnya untuk dimiliki oleh manajer keperawatan adalah keterampilan hubungan antar manusia dan pengetahuan tentang perilaku manusia serta kemampuan bekerja tim atau individu.

Menurut Ali Zaidin (dalam Nursalam, 2007) ada beberapa tingkatan manajer yang berperan penting dalam pelaksanaan supervisi yaitu: 1) manajer puncak; bertanggung jawab atas seluruh kegiatan atau proses manajemen organisasi terutama dalam menetapkan kebijakan organisasi, memberikan petunjuk dan arahan umum terkait dengan tujuan organisasi, 2) manajer menengah; bertugas memimpin beberapa manajer tingkat pertama dan menjabarkan kebijakan *top manager* ke dalam program-program dan 3) manajer tingkat pertama; bertugas memimpin langsung para pelaksana atau karyawan sebagai contoh adalah kepala ruangan.

Kepala ruangan sebagai manajer lapis pertama bertanggung jawab dalam pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan utama di unit ruang rawat yang dipimpinnya. Peran dan fungsi kepala ruangan sangat strategis dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan melalui peningkatan kualitas dokumentasi proses keperawatan di ruangan. Dalam melaksanakan supervisinya kepala ruangan mengkoordinasikan sistem kerjanya itu antara lain dengan cara membimbing, memberikan contoh (*role model*), mengarahkan dan

menilai atau mengevaluasi (Kron dan Gray, 1987). Kegiatan pengarahan yang dilakukan dalam supervisi berfokus pada tindakan fisik dan proses interpersonal perawat pelaksana dalam mencapai tujuan keperawatan. Supervisor memberikan arahan sesuai kebutuhan perawat dan mendorong motivasi perawat dalam melaksanakan pekerjaannya sesuai perencanaan yang telah disusun. Pengarahan yang diberikan oleh kepala ruangan dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan kepada pasien (Gillies, 1999).

Selain itu, kegiatan bimbingan yang diberikan oleh supervisor keperawatan sangat diperlukan agar ada perubahan perilaku mencakup perubahan mental (kognitif), emosional dan aktifitas fisik. Melalui kegiatan bimbingan yang dilakukan supervisor diharapkan dapat memperbaiki dan memberi masukan atas kekurangan yang dilakukan perawat ketika sedang menjalankan tugasnya (Kron dan Gray, 1987). Efektifitas supervisi yang dilakukan oleh supervisor akan meningkat bila ada contoh langsung (*role model*) yang konsisten dalam melaksanakan tugas yang akan dicapai.

Hasil kerja yang dicapai oleh perawat dalam melakukan asuhan keperawatan dan mendokumentasikannya perlu dinilai oleh supervisor. Penilaian atas hasil kerja perawat tersebut perlu dilaksanakan terus-menerus untuk melihat aspek positif dan negatif yang ditemui pada pelaksanaan kerja perawat untuk kemudian dilakukan pembimbingan, pengarahan yang sesuai dengan karakter personal perawat tersebut. Oleh karena itu proses penilaian ini membutuhkan berbagai keterampilan antara lain pengetahuan tentang standar asuhan

keperawatan, respons normal yang muncul pada pasien, dan kemampuan memantau keefektifan intervensi keperawatan (Craven dan Himle, 2000).

Hasil penelitian Hotmaida (2003) menunjukkan adanya pengaruh yang bermakna antara pelaksanaan supervisi kepala ruang rawat inap terhadap kinerja perawat pelaksana di RSUD Sidoarjo. Hasil penelitian Kusumawaty (2005) di dapatkan hubungan yang bermakna antara pengarahan kepala ruangan dengan kompetensi mendokumentasikan proses keperawatan. Hasil penelitian Pandawa (2006), didapatkan adanya hubungan yang signifikan antara supervisi keperawatan dengan kinerja perawat dalam mendokumentasikan proses keperawatan di RS Hasan Baisoeri, Ternate. Hasil penelitian dari Netty (2002) bahwa ada hubungan yang signifikan pada pengarahan, bimbingan, observasi dan evaluasi dengan penerapan proses keperawatan di ruang rawat inap RS Anak Bersalin Harapan Kita.

b. Frekuensi supervisi

Tidak ada pedoman yang pasti tentang frekuensi supervisi yang harus dilakukan oleh supervisor. Terlalu banyak melakukan supervisi (*overcontrol*) akan merusak delegasi yang diberikan kepada karyawan sehingga karyawan tidak dapat memikul tanggung jawab dengan baik dan sebaliknya supervisi yang kurang (*undercontrol*) juga akan berdampak negatif pada pendelegasian tugas dan tanggung jawab yang diberikan. WHO (1999 dalam Nursalam, 2007) mengemukakan bahwa proses supervisi karyawan yang baik harus dilakukan tepat waktu, sederhana, minimal dan luwes. Oleh karena itu seorang supervisor

harus dapat menentukan waktu yang tepat dalam melakukan supervisi. Azwar (1996) menambahkan bahwa pelaksanaan supervisi hendaknya dilakukan secara berkala dan periodik untuk memastikan bahwa kegiatan pencapaian tujuan dilaksanakan dengan baik.

c. Teknik Pelaksanaan Supervisi

Kegiatan pokok pada supervisi mencakup empat hal yaitu menetapkan masalah dan prioritas, menetapkan penyebab masalah, prioritas dan jalan keluarnya, melaksanakan jalan keluar yang dirumuskan, dan menilai hasil yang dicapai untuk tindak lanjut berikutnya. Untuk dapat melaksanakan supervisi yang baik, ada dua teknik supervisi yang digunakan yaitu:

1). Secara langsung

Supervisi dilakukan secara langsung pada kegiatan yang sedang berlangsung, supervisor terlibat dalam kegiatan, supervisor memberikan umpan balik dan perbaikan, berfokus pada masalah-masalah pokok dan strategis, bersifat objektif menurut standar yang telah ditetapkan, dan dilakukan tanpa menimbulkan kesan negatif dengan pendekatan yang edukatif dan suportif.

Proses supervisi dilakukan ketika perawat pelaksana melakukan secara mandiri suatu tindakan keperawatan dengan didampingi oleh supervisor. Selama proses, supervisor dapat memberi dukungan, *reinforcement* positif dan petunjuk. Setelah selesai, supervisor dan perawat pelaksana melakukan

diskusi yang bertujuan untuk menguatkan tindakan yang telah sesuai dan memperbaiki hal yang kurang. Supervisor perlu melakukan *reinforcement* pada aspek yang positif agar perawat dapat mempertahankan keberhasilan yang telah dicapainya.

2). **Supervisi tidak langsung**

Dilakukan melalui laporan tertulis maupun lisan. Supervisor tidak melihat langsung kejadian yang terjadi dilapangan sehingga mungkin terjadi kesenjangan fakta. Namun demikian umpan balik harus tetap dilakukan untuk meningkatkan penampilan bawahan. Kegiatan tersebut akan terwujud dengan baik bila terjalin komunikasi dua arah antara supervisor dan perawat.

Sudjana (2004, dalam Nursalam, 2007) mengemukakan lima langkah pokok dalam melakukan supervisi kepada karyawan yaitu; 1) mengumpulkan informasi terkait dengan peristiwa atau kejadian selama dalam melaksanakan pekerjaan, 2) mengidentifikasi masalah yang ditemui, 3) menganalisis masalah, 4) menetapkan alternatif pemecahan masalah, 5) melaksanakan upaya pemecahan masalah secara langsung dengan memberikan dorongan, bantuan dan bimbingan langsung pada perawat pelaksana dan pembinaan kelompok (*peer group*) melalui diskusi, rapat kerja atau lokakarya.

Selain langkah-langkah tersebut, supervisi akan mencapai tingkat kegunaan yang maksimal apabila kegiatannya dilakukan melalui tiga prinsip yaitu: a) hubungan kemanusiaan yang menjunjung tinggi hak dan martabat perawat selaku karyawan yaitu dengan pengakuan dan penghargaan dari supervisor

bahwa perawat memiliki potensi untuk mengembangkan diri dengan lebih baik, b) objektif artinya bahwa informasi yang ditemukan diperlakukan sebagaimana adanya dan upaya penyelesaian masalah dilakukan secara rasional dan c) kesejawatan dalam arti bahwa supervisi dilakukan dalam suasana akrab dan penuh kekerabatan.

Dengan demikian seorang supervisor dituntut untuk mampu menumbuhkan dan meningkatkan motivasi karyawan, rasa percaya diri yang tinggi dalam melaksanakan pekerjaannya, tidak segan untuk memberikan penilaian yang *fair*, menjaga *privacy* bawahan dan menjadikan kekurangan karyawan sebagai bahan evaluasi untuk pembimbingan dan pengarahan berikutnya. *Peer review* perlu dikembangkan sebagai upaya meningkatkan kemampuan karyawan dan memberikan feedback bagi supervisor untuk peningkatan dan perbaikan supervisi (Marquis dan Houston, 2000).

D. Karakteristik Perawat

Potter dan Perry (1997) menyatakan bahwa keberhasilan penerapan proses keperawatan dipengaruhi oleh diri perawat dan diri pribadi pasien. Robins (1996) melengkapi dengan pendapatnya bahwa diri pribadi merupakan titik sentral yang dapat mempengaruhi motivasi kerja individu dan kemudian motivasi mempengaruhi kinerjanya. Sementara itu Carnevali & Thomas (1993, dalam Gordon 1994) menyatakan bahwa kemampuan perawat merumuskan diagnosa keperawatan yang akurat dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu kompleksitas dari tugas perawat, situasi dan karakteristik perawat (seperti pengetahuan dan pengalaman perawat). Gibson (1987

dalam Ilyas, 2004) membagi 3 kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku kerja dan kinerja individu dalam melaksanakan pekerjaannya, yaitu: variabel individu, variabel organisasi dan variabel psikologis. Kelompok variabel individu terdiri dari variabel kemampuan dan keterampilan, latar belakang pribadi dan demografis. Kelompok variabel psikologis terdiri dari variabel persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. Dan terakhir adalah kelompok variabel organisasi yang terdiri dari variabel sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan desain pekerjaan. Azwar (1996) menyatakan bahwa *standard of personel* menentukan hasil kualitas kerja organisasi.

Berdasarkan pendapat para ahli tersebut maka dapat dikatakan bahwa karakteristik perawat berkontribusi terhadap kualitas kerja yang dihasilkan oleh karyawan atau perawat. Karakteristik perawat yang akan dibahas meliputi tingkat pendidikan, pelatihan, lama kerja, dan pengetahuan perawat.

1. Masa Kerja

Masa waktu seseorang menentukan pilihan pekerjaan yang cocok adalah 5 tahun (Dessler, 1997). Semakin bertambah masa waktu seseorang bekerja akan semakin bertambah pengalamannya sehingga pengalaman dan masa kerja ini saling terkait. Semakin bertambah masa kerja seseorang maka akan semakin bertambah pula pengalaman kerja dan keterampilan klinisnya (Swansburg, 1999).

Pada awalnya seseorang bekerja pada suatu organisasi atau lembaga dengan tugas atau pekerjaan yang belum pernah dilakukan maka ia akan beradaptasi dengan lingkungan dan cara kerja di tempat tersebut, tetapi setelah dikerjakan beberapa lama dan dengan seringnya pekerjaan tersebut dilakukan maka ia akan terbiasa dan terampil. Selain itu pengalaman kerja yang dimiliki karyawan akan membantu karyawan dalam menghadapi kendala kerja dengan tanggap dan cepat dan sebaliknya bila tidak cukup pengalaman didalam melaksanakan tugasnya seseorang akan besar kemungkinan mengalami hambatan dan kegagalan dalam pekerjaannya. Pendapat berbeda berasal dari Robins (1996), bahwa senioritas itu sendiri bukanlah peramal yang baik bagi produktivitas kerja karyawan. Menurut Popp dan Bellohov (1982 dalam Robins, 1996) bahwa masa kerja merupakan variabel penjelas tunggal yang paling penting bagi seringnya ketidakhadiran maupun total hari hilang pada hari kerja.

2. Tingkat pendidikan

Pendidikan yang baik dapat meningkatkan keterampilan dan profesionalisme tenaga perawat sehingga lebih percaya diri dalam melaksanakan tugasnya (Azwar, 1996; Hapsara, 2006). Liebert & Neake (1977) dalam As'ad, 1987) berpendapat bahwa tingkat pendidikan mempengaruhi pemilihan pekerjaan. Semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang maka keinginan untuk melakukan pekerjaan dengan tingkat tantangan yang tinggi semakin kuat. Harapan-harapan dan ide kreatif akan dituangkan dalam usaha penyelesaian tugas yang sempurna (Caplow, dalam As'ad, 1987). Ide yang kreatif merupakan simbol aktualisasi diri dan membedakan dirinya dengan orang lain dalam penyelesaian tugas serta kualitas hasil.

Menurut Chase (dalam Champ dan Iyer, 2005) berpendapat bahwa orang lebih mampu dan bersedia menerima posisi yang lebih tinggi dan mampu bertanggung jawab dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi karena dengan pendidikan yang lebih tinggi memungkinkan seseorang untuk berpikir kritis sebagai landasan melakukan dokumentasi yang berkualitas. Rugaya (2006) mengemukakan bahwa hasil penelitian menunjukkan adanya hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan perawat dengan kinerja perawat.

3. Pelatihan tambahan yang pernah diikuti.

Pelatihan bersifat spesifik, praktis dan segera (Samsudin, 2006). Pelatihan yang pernah diikuti oleh perawat berkontribusi terhadap peningkatan pengetahuan dan keterampilan mereka dalam menjalankan pekerjaannya. Peningkatan, pengembangan dan pembentukan tenaga kerja dapat dilakukan melalui upaya pembinaan, pendidikan dan latihan. Menurut Bernardin & Russell (dalam Gomes, 2000) pelatihan adalah setiap usaha untuk memperbaiki performan pekerja pada pekerjaan tertentu yang sedang menjadi tanggung jawabnya, atau satu pekerjaan yang ada kaitannya dengan pekerjaannya.

Hasil penelitian mendapatkan sekitar 70% perawat *home care* setelah mengikuti pelatihan dokumentasi keperawatan, berpartisipasi dengan baik pada catatan pasiennya dan perawat mampu mengidentifikasi permasalahan pasiennya (Ehnfors & Smedby, 1993). Heaven & Maguire (1996) berpendapat bahwa efek positif yang diperoleh dari pelatihan tidak dapat bertahan lama. Oleh karena itu menurut

Björvell et al. (2002) bahwa perlu dilakukan kombinasi intervensi pengembangan dan pelatihan pada dokumentasi proses keperawatan.

4. Pengetahuan

Notoatmodjo (1998) mengemukakan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi kemampuan seseorang dalam menjalankan tugasnya adalah kemampuan. Kemampuan seseorang ditentukan juga oleh tingkat pengetahuannya terhadap tugas yang dilakukan dan pada akhirnya perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng (Notoatmodjo, 1998). Siagian (1999) mengemukakan bahwa semakin tinggi pengetahuan seseorang, semakin tinggi pula keinginannya untuk memanfaatkan pengetahuan dan keterampilan yang dimilikinya. Hasil penelitian Hariyati (1999) diketahui bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan aspek hukum yang tinggi mempunyai kualitas dokumentasi proses keperawatan lebih baik daripada yang mempunyai pengetahuan rendah. Berbeda dengan hasil penelitian dari Damayanti (1998) dan Kusumawaty (2005) bahwa tingkat pemahaman perawat terhadap proses keperawatan tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan dokumentasi proses keperawatan.

E. Dokumentasi Keperawatan

1. Proses Keperawatan

Menurut Yura dan Walsh (1998) proses keperawatan adalah suatu tahapan desain tindakan yang ditujukan untuk memenuhi tujuan keperawatan dalam upaya mempertahankan kesehatan pasien yang optimal dan bila ada perubahan pada kondisi pasien, proses keperawatan memodifikasi jumlah dan kualitas tindakan

keperawatan guna mengembalikan status kesehatan pasien kembali ke keadaan normal. Sedangkan menurut Wilkinson (dalam Kozier et al., 1997) proses keperawatan memberikan kerangka kerja bagi perawat dalam menggunakan pengetahuan dan keterampilannya untuk menolong pasien memenuhi kebutuhan kesehatannya sebab proses keperawatan adalah proses yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, intervensi keperawatan dan evaluasi keperawatan yang saling berhubungan dan saling mempengaruhi untuk memecahkan masalah pasien (Kozier et al, 1997; Yura & Walsh, 1998; Champ & Iyer, 2005).

Dari pengertian dan penjelasan diatas dapat disimpulkan bahwa proses keperawatan adalah suatu kerangka kerja ilmiah yang bertujuan menyelesaikan masalah secara sistematis, interpersonal (bersifat individual), berorientasi pada tujuan dengan menggunakan pengetahuan dan keterampilan perawat untuk meningkatkan kelangsungan hidup pasien dan dapat digunakan pada situasi apapun.

2. Karakteristik Proses Keperawatan

Potter & Perry (1997) berpendapat bahwa karakteristik proses keperawatan adalah logis, sistematis dan teratur, dinamis, interpersonal, berorientasi pada tujuan, berkelanjutan dan diterapkan secara universal. Timby & Lewis (1992) mengemukakan bahwa karakteristik proses keperawatan berada dalam ruang lingkup keperawatan yang legal berdasarkan pengetahuan, direncanakan, berpusat pada pasien, berupaya mencapai tujuan, berdasarkan prioritas serta dinamis.

Kozier, et al (1997) mengemukakan bahwa karakteristik proses keperawatan adalah sistem terbuka, fleksibel terhadap kebutuhan pasien, dinamis, berpusat pada pasien, interpersonal, kolaboratif, terencana, mempunyai tujuan, kreatif, ada umpan balik, dan dapat diterapkan secara universal.

Berdasarkan defenisi-defenisi tersebut dapat disimpulkan bahwa proses keperawatan memiliki dasar-dasar keilmuan yang kuat sebagai metode penyelesaian masalah, fleksibilitas yang tinggi dan sangat dinamis, berfokus dan konsisten untuk mencapai tujuan serta berpusat pada pasien, kolaboratif dan individual sehingga dapat dijadikan kerangka kerja/berpikir dalam mengatasi semua permasalahan pasien dimanapun dan kapanpun.

3. Dokumentasi Proses Keperawatan

Dokumentasi proses keperawatan menurut Fisbach (1991) adalah adalah informasi tertulis tentang status dan perkembangan kondisi kesehatan pasien-serta semua kegiatan proses keperawatan yang dilakukan oleh perawat. Dokumentasi keperawatan memberikan catatan dan informasi tentang penggunaan proses keperawatan dalam memberikan proses keperawatan kepada pasien (Doengoes et al., 1995). Sementara itu proses keperawatan adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang langsung diberikan kepada pasien, diberbagai tatanan pelayanan kesehatan dengan menggunakan metodologi dan proses keperawatan dan berpedoman pada standar keperawatan dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan (Depkes RI, 2001).

Berdasarkan hal tersebut, dokumentasi proses keperawatan harus dilaksanakan sesuai standar. Semakin banyak kriteria standar yang tercapai dan terpenuhi maka dapat dikatakan bahwa dokumentasi proses keperawatan tersebut berkualitas. Menurut Potter & Perry (1997) dokumentasi keperawatan yang baik merefleksikan tahap-tahap dalam proses keperawatan. Untuk lebih lengkap dijelaskan dibawah ini:

a. Pengkajian

Pengkajian merupakan proses pengumpulan data dari berbagai sumber (wawancara, pengumpulan riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, laboratorium dan diagnostik, serta *review* catatan sebelumnya) yang berhubungan dengan kondisi pasien secara sistematis meliputi fisik, psikologi, sosiokultural, spiritual, kognitif, kemampuan fungsional, perkembangan ekonomi dan gaya hidup untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien (Aziz, 2002; Kozier et al 1997; Nursalam, 2002). Sedangkan menurut Craven & Himle (2000) pengkajian adalah kegiatan mengumpulkan, memvalidasi data subyektif dan obyektif, yang dilakukan secara sistematis dan terus-menerus untuk menilai keadaan pasien dengan memperhatikan faktor fisik, emosi, psikologis, sosiokultural dan spiritual.

Berdasarkan pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa pada tahap pengkajian, perawat mengumpulkan semua informasi yang relevan tentang kondisi pasien saat ini, masa lalu atau kemungkinan masalah yang akan timbul. Untuk itu perawat perlu melakukan pengkajian secara lengkap dengan tehnik

inspeksi, perkusi, palpasi dan auskultasi dan pencarian data dari sumber lainnya seperti data laboratorium dan pemeriksaan penunjang, keluarga, team kesehatan lain serta rekam medis yang lalu. Oleh karena itu pengkajian keperawatan dapat dikatakan bersifat individual sesuai dengan kebutuhan nyata pasien (Alfaro-LeFevre, 1998). Dari data yang diperoleh tersebut kemudian dikelompokkan menjadi data subyektif disebut gejala dan data obyektif disebut tanda (Carpenito, 1997; Potter & Perry, 1997, Champ & Iyer, 2005)

Tahap pengkajian ini merupakan dasar utama pemberian proses keperawatan sesuai kebutuhan pasien, oleh karena itu pengkajian harus dilakukan secara lengkap, akurat, sesuai dengan kenyataan sehingga data yang diperoleh benar, sebagai *input* untuk merumuskan diagnosa dan intervensi keperawatan yang sesuai dengan permasalahan pasien.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh Adamsen & Tewes (2000), menemukan bahwa perawat hanya mendokumentasikan 31% permasalahan yang dialami oleh pasien. Hal ini tentu saja berdampak buruk bagi pasien, sebab pengkajian yang tidak akurat akan merumuskan diagnosa keperawatan yang tidak tepat dan intervensi yang tidak sesuai untuk mengatasi permasalahan pasien dan dapat membahayakan pasien (Kozier, 1997). Ketidakjujuran dalam pendokumentasian dapat menimbulkan masalah hukum.

Menurut PPNI (2000, dalam Nursalam 2002) standar pengkajian keperawatan sebagai berikut: perawat mengumpulkan data tentang status kesehatan pasien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan dengan kriteria proses sebagai berikut: 1) pengumpulan data dilakukan dengan wawancara, observasi, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan mempelajari catatan pasien lainnya, 2) sumber data adalah pasien, keluarga atau orang terkait, tim kesehatan, rekam medis dan catatan lain, 3) data yang dikumpulkan, difokuskan untuk mengidentifikasi status kesehatan pasien saat ini dan masa lalu, status fisiologis-psikologis-sosial-spiritual, respons terhadap terapi, harapan terhadap tingkat kesehatan yang optimal dan resiko tinggi masalah. Tahap pengkajian sangat krusial dan penting. Dengan melakukan pengkajian ulang terhadap perubahan kondisi pasien maka akan semakin lengkap dan semakin terdali permasalahan sesuai perkembangan pasien dan diagnosa keperawatan yang ditegakkan perlu diperbaharui.

b. Diagnosa keperawatan.

Diagnosa keperawatan adalah suatu keputusan klinik tentang respons individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial sebagai dasar intervensi keperawatan untuk mencapai tujuan proses keperawatan sesuai dengan kewenangan perawat dan dasar bagi pemilihan intervensi keperawatan untuk mencapai hasil yang dapat dipertanggungjawabkan (NANDA, 2005; Nursalam, 2002).

Diagnosa keperawatan ditetapkan setelah diketahui kebutuhan pasien. Aziz (2002) menyatakan bahwa tahap diagnosa terbagi menjadi tahap analisa/sintesa dan tahap pengumpulan data dan tahap diagnosa keperawatan itu sendiri. Pada tahap tersebut data yang terkumpul divalidasi menjadi data obyektif dan subyektif (Aziz, 2002) yang dilanjutkan dengan perumusan diagnosa keperawatan berisi pernyataan masalah pasien secara jelas, singkat dan definitif serta faktor etiologi.

Diagnosa keperawatan terbagi tiga yaitu diagnosa aktual, risiko dan kemungkinan (Kozier et al, 1997; Perry & Potter, 1997). Penulisan diagnosa keperawatan aktual diformulasikan sebagai problem, etiologi dan simptoms (PES) yaitu pernyataan masalah kesehatan secara jelas dan singkat disertai faktor penyebab, tanda dan gejala. Diagnosa keperawatan risiko diformulasikan sebagai problem dan etiologi, sedangkan diagnosa kemungkinan dituliskan dengan satu pernyataan.

Identifikasi diagnosa keperawatan yang benar dan tepat berdasarkan pada data yang akurat dan lengkap memudahkan perawat dalam menentukan intervensi yang sesuai dengan permasalahan pasien dan sangat menentukan pencapaian hasil yang maksimal pada pasien. Penelitian Thoroddsen & Thorsteinsson (2002) terhadap 1217 catatan pasien yang telah di audit didapatkan 60% dari catatan tersebut berisi minimal satu diagnosa keperawatan (rentangnya 0-10). Kemampuan perawat merumuskan diagnosa keperawatan yang akurat dipengaruhi oleh tiga faktor yaitu kompleksitas dari tugas perawat, situasi dan

karakteristik perawat seperti pengetahuan dan pengalaman perawat (Carnevali & Thomas, 1993; Gordon, 1994).

PPNI (2000, dalam Aziz 2002; Nursalam, 2002) merumuskan standar diagnosa keperawatan yang dijadikan rujukan oleh semua perawat dalam merumuskan diagnosa keperawatan yang baik dan benar dengan kriteria proses sebagai berikut: 1) proses diagnosis terdiri dari analisis, interpretasi data, identifikasi masalah pasien dan perumusan diagnosa keperawatan, 2) komponen diagnosis keperawatan terdiri dari masalah (P), penyebab (E) dan tanda atau gejala (S) atau terdiri dari masalah dan penyebab (PE), 3) bekerjasama dengan pasien, keluarga pasien, petugas kesehatan lain untuk memvalidasi diagnosa keperawatan dan 4) melakukan pengkajian ulang dan merevisi diagnosa berdasarkan data terbaru.

c. Perencanaan keperawatan,

Perencanaan adalah langkah ketiga dalam proses keperawatan. Menurut Kozier, et al, (1997) perencanaan keperawatan berisi langkah-langkah perencanaan yang telah dipertimbangkan secara sistematis dan mendalam dalam rangka membuat keputusan dan upaya mengatasi masalah dengan cara mencegah, mengurangi atau menurunkan permasalahan kesehatan dan keperawatan yang diidentifikasi pada diagnosa keperawatan pasien. Oleh karena itu diperlukan kemampuan memecahkan masalah, mengambil keputusan alternatif tindakan untuk mengatasi permasalahan pasien, menuliskan tujuan terkait dengan diagnosa keperawatan pasien, menyusun prioritas, dan merumuskan kriteria

hasil yang dapat dicapai bekerjasama dengan pasien, keluarga dan tim kesehatan yang lain (Fisbach, 1991).

Penulisan kriteria hasil dalam perencanaan keperawatan harus memenuhi beberapa kriteria seperti berpusat pada pasien, spesifik, dapat diamati dan diukur adanya batasan waktu dan logis. Selain itu pada tahap perencanaan perlu menyusun prioritas tindakan untuk pasien. Penetapan prioritas menurut Carpenito (1997) perlu dilakukan karena tidak semua masalah dapat diatasi dalam waktu yang bersamaan. Salah satu metoda yang digunakan dengan menggunakan hirarki kebutuhan menurut Maslow. Tiga klasifikasi prioritas tersebut adalah *high priority*, *intermediate priority* dan *low priority*. Dalam menetapkan prioritas perawat perlu memperhatikan dan mempertimbangkan nilai dan kepercayaan pasien, sumber yang tersedia bagi pasien dan perawat, urgensi masalah yang dihadapi dan rencana pengobatan medis (Carpenito, 1997; Kozier, et al, 1997).

Dalam menyusun perencanaan tindakan keperawatan, ada beberapa komponen yang perlu mendapat perhatian sesuai dengan standar yang ditetapkan yaitu: perawat membuat rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan pasien, dengan kriteria proses sebagai berikut: 1) perencanaan terdiri dari penetapan prioritas masalah, tujuan dan rencana tindakan keperawatan, 2) bekerjasama dengan pasien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan, 3) perencanaan bersifat individual sesuai dengan kondisi

atau kebutuhan pasien dan 4) mendokumentasikan rencana keperawatan PPNI (2000, dalam Aziz 2002; Nursalam,2002).

d. Implementasi keperawatan.

Menurut Gordon (1994, dalam Petter dan Perry, 1997) implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan perawat untuk membantu pasien dari masalah kesehatan yang dialaminya agar dapat menjadi lebih baik dan mencapai kriteria hasil yang telah ditetapkan pada tahap perencanaan. Implementasi keperawatan dapat berupa tindakan independen perawat dan tindakan kolaboratif untuk membantu pemenuhan kebutuhan dasar fungsi kesehatan kepada pasien.

Pada tahap ini perawat menggunakan pengetahuan dan keterampilannya berdasarkan ilmu lain yang terkait dan ilmu keperawatan dalam melaksanakan pekerjaannya (Aziz, 2002). Kejelian dan kemampuan berpikir kritis sangat mempengaruhi kualitas intervensi yang dilakukan perawat. Perawat harus tanggap dan responsif terhadap perubahan keadaan pasien dan memodifikasi tindakan yang dilakukannya sesuai dengan keadaan pasien (Doengoes, 1995; Potter & Perry, 1997).

Perawat harus mencatat secara ringkas dan jelas mengenai modifikasi tindakan dan merevisi tindakan yang dilakukannya sebagai wujud dari akuntabilitas perawat terhadap standar. Standar implementasi menurut PPNI (2000, dalam Aziz , 2002; Nursalam 2002) perawat mengimplementasikan tindakan yang

telah diidentifikasi dalam rencana proses keperawatan dengan kriteria proses sebagai berikut: 1) bekerjasama dengan pasien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, 2) kolaborasi dengan profesi kesehatan lain untuk meningkatkan status kesehatan pasien, 3) melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah kesehatan pasien, 4) melakukan supervisi terhadap tenaga pelaksana keperawatan dibawah tanggung jawabnya, 5) menjadi koordinator pelayanan dan advokasi terhadap pasien untuk mencapai tujuan kesehatan, 6) menginformasikan kepada pasien tentang status kesehatan dan fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan yang ada, 7) memberikan pendidikan kepada pasien dan keluarga mengenai konsep, keterampilan proses diri serta membantu pasien memodifikasi lingkungan yang digunakannya, 8) mengkaji ulang dan merevisi pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan respons pasien.

e. Evaluasi keperawatan.

Setelah melalui tahap implementasi selanjutnya adalah evaluasi. Perawat harus selalu melakukan evaluasi terhadap pencapaian hasil yang telah ditetapkan pada tahap perencanaan. Craven dan Himle (2000) mendefenisikan evaluasi sebagai hasil efektivitas dari proses keperawatan yang telah diberikan dengan membandingkan antara respons yang ada pada pasien dengan kriteria yang telah ditetapkan. Menurut Yura & Wals (1998 dalam Iyer, 2005) bahwa pada tahap ini diperlukan pengetahuan tentang tujuan dan kriteria hasil yang normal sehingga diperoleh data yang relevan, membandingkan data yang diperoleh dengan kriteria, menarik kesimpulan atas pencapaian tujuan, menghubungkan tindakan keperawatan dengan kriteria hasil dan mengkaji kembali rencana keperawatan.

Kegiatan evaluasi keperawatan memungkinkan perawat untuk dapat memonitor kekurangan yang terjadi selama tahap pengkajian, analisa, perencanaan, dan pelaksanaan tindakan, menilai dan meningkatkan mutu proses keperawatan. Pada evaluasi keperawatan ini, semakin banyak respons pasien yang sesuai dengan kriteria hasil yang direncanakan berarti permasalahan pasien semakin teratasi.

Terdapat dua komponen untuk mengevaluasi kualitas tindakan keperawatan, yaitu:

- 1) Proses (formatif), berfokus pada aktivitas proses keperawatan dan hasil kualitas pelayanan keperawatan. Evaluasi dilaksanakan segera setelah tindakan keperawatan, dilakukan terus-menerus sampai tujuan yang telah ditetapkan tercapai. Data yang diperoleh dibandingkan dengan data sebelumnya sebagai bahan untuk evaluasi dan perbaikan intervensi yang diperlukan sesuai kebutuhan.
- 2). Hasil (sumatif), berfokus pada perubahan perilaku atau status kesehatan pasien pada akhir tindakan keperawatan. Dilaksanakan di akhir tindakan keperawatan. Evaluasi ini bersifat obyektif, fleksibel dan efisien. Evaluasi sumatif dapat menjadi suatu metode monitoring kualitas dan efisiensi tindakan yang telah dilakukan (Aziz, 2002; Nursalam, 2002).

Perawat seyogyanya selalu merujuk kepada standar yang telah ditetapkan oleh PPNI (2000, dalam Aziz, 2002; Nursalam, 2002) dalam melakukan evaluasi keperawatan sebagai berikut: 1) menyusun perencanaan evaluasi hasil dari intervensi secara komprehensif, tepat waktu dan terus menerus, 2) menggunakan

data dasar dan respons pasien dalam mengukur perkembangan ke arah pencapaian tujuan, 3) memvalidasi dan menganalisis data baru dengan teman sejawat dan pasien, 4) bekerjasama dengan pasien, keluarga untuk memodifikasi rencana keperawatan, 5) mendokumentasikan hasil evaluasi dan memodifikasi perencanaan.

4. Manfaat Dokumentasi Proses keperawatan

Menurut (Aziz 2002; Nursalam, 2002) dokumentasi keperawatan mempunyai tujuan sebagai sarana komunikasi, sebagai mekanisme pertanggunggugatan (akuntabilitas), sebagai metode pengumpulan data, sebagai sarana evaluasi, sarana meningkatkan kerjasama antar tim kesehatan, sarana pendidikan lanjutan dan digunakan sebagai audit pelayanan keperawatan

5. Aspek Legal Dokumentasi Proses Keperawatan

Legal adalah sesuatu yang di anggap sah oleh hukum dan undang-undang (Kamus Besar Bahasa Indonesia, (2000). Prinsip dokumentasi proses keperawatan yang tepat dan secara hukum diterima adalah sesuai dengan prinsip-prinsip dokumentasi dan standar keperawatan. Menurut Kelly (1987, dalam prihardjo,1995) sebagai berikut untuk memenuhi prinsip-prinsip dokumentasi maka ada beberapa hal yang perlu dilakukan perawat yaitu catat secara obyektif apa yang anda lihat, dengar, dan rasakan, catat secara lengkap obat, cara memberikannya, dosis, catat perkembangan dan perubahan pasien, catat perilaku abnormal pasien dan bila membuat kesalahan, tulis kembali atau coret dengan satu garis saja dengan catatan awal tetap ada dan paraf disertai nama jelas, tulis dengan cara yang dibenarkan,

gunakan hanya singkatan-singkatan standar (sudah baku), catat waktu dan tanggal serta cantumkan tanda tangan.

Hal-hal yang yang tidak boleh dilakukan perawat dalam mendokumentasikan proses keperawatan adalah memakai pensil, membuat catatan yang palsu, tidak mencantumkan data seperti jumlah cairan, oksigen, kunjungan dokter, membuat perkiraan terhadap data pasien, berdusta atau menyimpang dari seperti yang dicantumkan diatas, minta tolong siapapun untuk membuat catatan, dan membantu membuat catatan untuk orang lain.

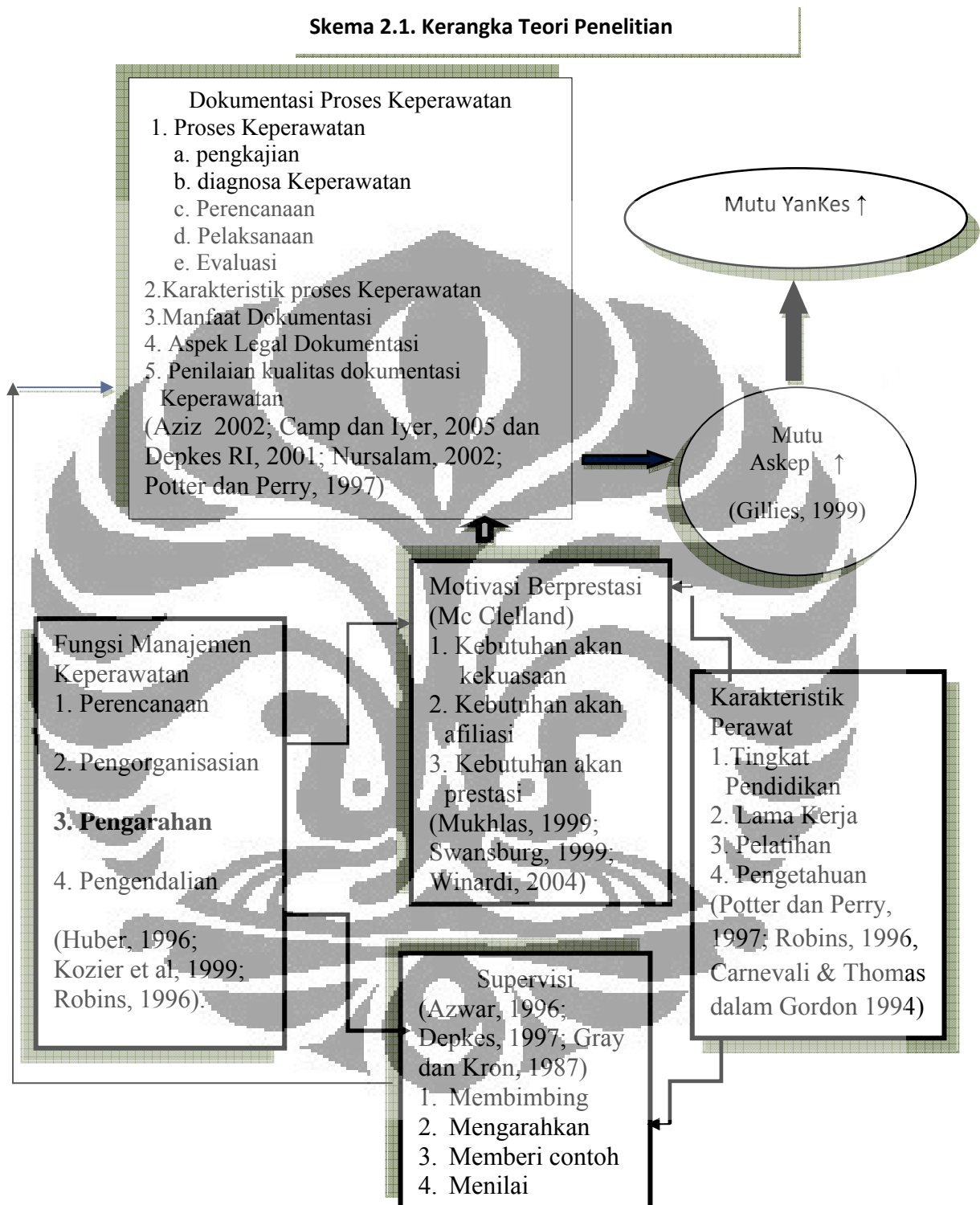
6. Penilaian Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan

Menurut Potter dan Perry (1997), terdapat beberapa hal yang perlu dipertimbangkan dalam menetapkan mutu dokumentasi keperawatan yaitu berdasarkan fakta, keakuratan atau ketepatan, kelengkapan, *up to date*, terorganisasi, serta mudah dibaca. Menurut Camp dan Iyer (2005) Kualitas dokumentasi dapat terlihat dari tujuh hasil akhir yang dihasilkan. Tujuh hasil dokumentasi tersebut meliputi: a) menunjukkan secara nyata respons pasien terhadap perawatan, b) merefleksikan proses keperawatan, c) mendeskripsikan kondisi (status pasien) secara terus-menerus dari waktu jaga ke waktu jaga, d) menghindari duplikasi informasi, e) berisi seluruh kegiatan intervensi keperawatan, f) memfasilitasi monitoring kualitas pelayanan, dan g) berisi perencanaan pelayanan keperawatan yang saling melengkapi.

Di Indonesia pelaksanaan kualitas dokumentasi keperawatan menggunakan metode studi dokumentasi instrumen A evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan di rumah sakit (Depkes RI, 2001). Instrumen ini berisi item-item pernyataan yang digunakan untuk mengukur pelaksanaan proses keperawatan, yaitu: 1) pengkajian, 2) diagnosa keperawatan, 3) perencanaan 4) tindakan atau implementasi, 5) evaluasi dan 6) catatan keperawatan. Instrumen A terdiri atas 24 item pernyataan berupa check list dari setiap tahapan proses keperawatan dan diisi sesuai juknis yang disusun oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia (2001). Analisis dan penyajian data berbentuk prosentase baik tingkat ruangan maupun tingkat rumah sakit pada periode tertentu. Dari beberapa teori yang dikemukakan diatas maka dibuat kerangka teorinya sebagai berikut:



Skema 2.1. Kerangka Teori Penelitian



BAB III

KERANGKA KONSEP PENELITIAN

DAN DEFENISI OPERASIONAL

Pada bab ini akan diuraikan secara berurutan tentang kerangka konsep penelitian, hipotesis penelitian dan definisi operasional variabel bebas, variabel terikat serta variabel *confounding* yang digunakan pada penelitian ini.

A. Kerangka Konsep Penelitian

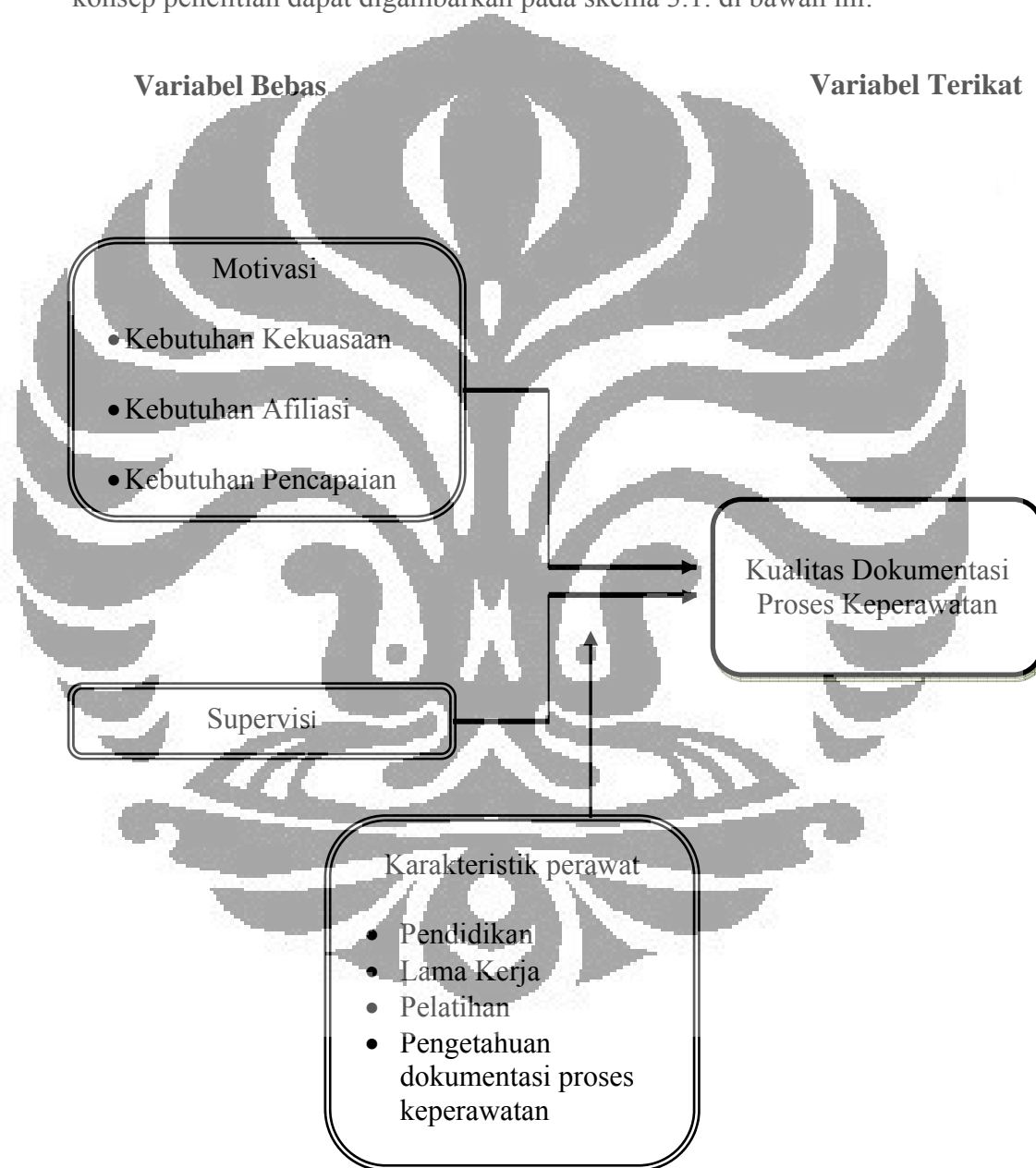
Kerangka konsep dalam penelitian ini merupakan sintesis dari beberapa teori tentang manajemen keperawatan, motivasi, supervisi, karakteristik perawat dan dokumentasi keperawatan. Kualitas dokumentasi proses keperawatan dikatakan baik apabila akurat, lengkap dan memenuhi kriteria aspek legal dan sesuai standard (Camp dan Iyer, 2005; Depkes RI, 2001; Potter dan Perry, 1997). Pelaksanaan dokumentasi proses keperawatan dipengaruhi oleh motivasi yang dimiliki oleh perawat. Motivasi tinggi yang dimiliki perawat akan menjadi tenaga pendorong dalam melakukan dokumentasi proses keperawatan dengan baik. Menurut McClelland motivasi yang muncul pada karyawan dalam melaksanakan pekerjaannya termasuk dokumentasi proses keperawatan didorong oleh adanya kebutuhan kekuasaan, kebutuhan afiliasi dan kebutuhan berprestasi (Muchlash, 1999; Swansburg, 1999; Winardi, 2004). Beberapa hasil penelitian mendapatkan adanya

hubungan antara motivasi dengan kinerja Sumargono (1996), Syahmasa (2000) dan Sumarni (2001)

Selain motivasi, faktor lain yang tidak kalah pentingnya adalah kegiatan supervisi yang dilakukan oleh manajemen atau oleh kepala ruangan sebagai penanggung jawab utama pemberian asuhan keperawatan di ruang rawat. Supervisi yang berkala dan berkesinambungan dapat memperbaharui dan meningkatkan motivasi yang menurun pada perawat melalui pendekatan yang nyaman tidak menimbulkan ketakutan dan kecemasan bagi karyawan (Azwar, 1996; Darma, 2004). Melalui kegiatan supervisi, diharapkan supervisor dapat menjadi pengarah, pembimbing, role model dan penilai bagi praktek dokumentasi proses keperawatan yang baik dan berkualitas (Depkes RI, 1997; Gray dan Kron, 1987).

Selain itu Kualitas dokumentasi keperawatan dipengaruhi oleh individu perawat sebagai pelaksana dokumentasi proses keperawatan. Kualitas individu perawat berhubungan dengan pengalamannya, tingkat pendidikan, pelatihan yang pernah diikuti dan pengetahuan yang ia miliki tentang proses keperawatan serta cara pendokumentasian proses keperawatan (Azwar, 1996; Gibson, 1996; Potter & Perry, 1997; Stoner, 1982). Secara teoritis semakin tinggi tingkat pendidikan, tingkat pelatihan, pengetahuan dan lamanya masa kerja akan semakin meningkatkan kualitas pekerjaan yang dilakukan seseorang termasuk perawat karena *skill* dan kemampuan yang dimilikinya juga akan semakin meningkat dalam melaksanakan pekerjaannya.

Berdasarkan teori-teori tersebut maka variabel bebas pada penelitian ini adalah motivasi dan supervisi sedangkan variabel terikatnya adalah kualitas dokumentasi proses keperawatan, sedangkan karakteristik perawat (tingkat pendidikan, lama kerja, pelatihan, dan pengetahuan) merupakan variabel *confounding*. Kerangka konsep penelitian dapat digambarkan pada skema 3.1. di bawah ini:



Skema 3.1. Kerangka Konsep Penelitian

B. Hipotesis Penelitian

Hipotesis dari penelitian ini adalah

1. Ada hubungan antara motivasi perawat (kebutuhan akan kekuasaan, kebutuhan akan afiliasi dan kebutuhan berprestasi) dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Marinir Jakarta setelah dikontrol oleh *variabel confounding*
2. Ada hubungan antara supervisi kepala ruangan dengan dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Marinir Jakarta setelah dikontrol oleh *variabel confounding*

C. Definisi Operasional

Definisi operasional dan skala pengukuran dari variabel penelitian ini diuraikan agar dapat dipahami pengertian dari variabel yang akan diukur dan untuk menentukan metodologi yang akan digunakan dalam analisis data selanjutnya (Singarimbun, 1993). Tabel 3.1. menggambarkan definisi operasional penelitian “Hubungan motivasi dan supervisi dengan kualitas dokumentasi Proses keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSMC Jakarta berikut ini:

Tabel 3.1. menggambarkan definisi operasional penelitian “Hubungan motivasi dan supervisi dengan kualitas dokumentasi Proses keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSMC Jakarta” berikut ini:

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
Variabel Bebas					
a	Motivasi Kebutuhan akan kekuasaan	Respons perawat terhadap kuesioner tentang kebutuhan seseorang untuk berpengaruh terhadap orang lain, selalu menjaga prestasi, reputasi serta posisinya.	Menggunakan kuesioner C, berisi 6 Pernyataan dengan 3 Pernyataan bersifat positif yaitu nomor 7, 15 dan 19. Pernyataan yang bersifat negatif yaitu nomor 8, 13 dan 17 dengan menggunakan skala likert, (1. tidak pernah, 2. kadang-kadang, 3. Sering, 4. Selalu).	Mean, median, standar deviasi, minimum, maksimum dan 95% CI. Hasil ukur data numerik, nilai terendah 13 dan nilai tertinggi 22	Rasio
b	Motivasi Kebutuhan akan afiliasi	Respons perawat terhadap kuesioner tentang kebutuhan dirinya untuk hubungan kerjasama dan hubungan antar manusia yang erat dengan rekan sekerja	Menggunakan kuesioner C yang berisi dari 8 Pernyataan dengan 7 pernyataan yang bersifat positif (<i>Favourable</i>) yaitu nomor 2, 3, 5, 11, 14, 16, 18, dan 20. Dan 1 nomor pernyataan bersifat negatif (<i>unfavourable</i>) yaitu nomor 11, dengan menggunakan skala likert, (1. tidak pernah, 2. kadang-kadang, 3. Sering, 4. Selalu).	Mean, median, standar deviasi, nilai minimum dan maksimum dan 95% CI. Hasil ukur data numerik, nilai terendah 17 dan nilai tertinggi 32	Rasio

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
c	Motivasi Kebutuhan Berprestasi	Respons subjek penelitian terhadap kuesioner tentang kebutuhan dirinya untuk berprestasi menjadi yang terbaik, mencapai hasil tertinggi sesuai standard dan perjuangan untuk sukses	Menggunakan kuesioner C yang terdiri dari enam pernyataan yang bersifat positif yaitu nomor 1, 4, 6, 9, 10 dan 12. Dengan skala likert (1. tidak pernah, 2. kadang-kadang, 3. Sering, 4. selalu	Mean, median, standar deviasi minimum, maksimum dan 95% CI. Hasil ukur data numerik, nilai terendah 12 dan nilai tertinggi 24	Rasio
d	Supervisi	Respons subjek penelitian terhadap kuesioner tentang pelaksanaan supervisi dokumentasi proses keperawatan yang dilakukan kepala ruangan.	Menggunakan kuesioner D. Ada 24 item dengan 16 pernyataan positif yaitu nomor 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21 dan 22. Pernyataan yang bersifat negatif ada 8 yaitu nomor: 2, 5, 6, 12, 14, 17, 23 dan 24. Dengan skala likert (1. tidak pernah, 2. kadang-kadang, 3. Sering, 4. selalu	Mean, median, standar deviasi minimum, maksimum dan 95% CI. Hasil ukur data numerik, nilai terendah 51 dan nilai tertinggi 88	Rasio
<i>Variabel Terikat</i>					
e	Kualitas dokumentasi proses Keperawatan	Penilaian hasil dokumentasi asuhan keperawatan yang dilakukan subjek penelitian dengan lengkap meliputi pengkajian, diagnosa,	Dengan observasi pada dokumentasi proses keperawatan, menggunakan instrument baku dari Depkes RI dan modifikasi dari peneliti. Penilaian	Mean, median, standar deviasi, minimum, maksimum dan 95% CI. Hasil ukur data	Rasio

No	Variabel Penelitian	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
		perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. keperawatan, akurat sesuai dengan permasalahan dan kebutuhan pasien serta sesuai standar dan aspek legal dokumentasi	Dilakukan pada 2 berkas dokumen pasien yang telah menjalani minimal 3 hari rawat.	numerik. Nilai Terendah 33,30% dan tertinggi 85,2%	
Variabel Confounding					
f	Pendidikan	Pendidikan formal keperawatan terakhir yang diselesaikan oleh responden dan mendapat ijazah	Menggunakan Kuesioner A, nomor 1	1. SPK/SPR, 2. DIII Kep/kebidanan	ordinal
g	Masa kerja	Lamanya bekerja pada rumah sakit Marinir Cilandak diperhitungkan sejak masuk sampai saat ini	Menggunakan Kuesioner A Pernyataan nomor 2	Mean, median, standar deviasi, minimum, maksimum dan 95% CI	Rasio
h	Pelatihan	Respons subyek tentang pelatihan dokumentasi yang pernah diikuti dalam 1 tahun terakhir	Cara ukur dengan kuesioner A, nomor 3 dengan 2 item Pernyataan	1. Tidak pernah 2. Pernah	Nominal
i	Pengetahuan dokumentasi proses keperawatan	Respons subyek terhadap pertanyaan tentang dokumentasi proses keperawatan meliputi pengertian, tujuan, manfaat, tahapan dan aplikasi pada kasus serta cara menyusun dokumentasi	Menggunakan Kuesioner B yang terdiri dari 25 pertanyaan dengan 4 pilihan jawaban. Jika menjawab benar, responden mendapat nilai 1 dan jika salah memperoleh nilai 0.	Mean, median, standar deviasi, minimum, maksimum dan 95% CI. Nilai terendah 48,01 dan tertinggi 88	Rasio

BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

Bab ini menguraikan tentang metode penelitian yang digunakan dalam penelitian. Pembahasan terdiri dari teori dan pelaksanaan penelitian yang meliputi: desain penelitian, populasi dan sampel, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data dan analisis data.

A. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dan kualitatif. Desain penelitian kuantitatif yang digunakan adalah deskriptif korelasi dengan rancangan *cross sectional* untuk melihat hubungan antara variabel bebas dengan variabel terikat dan proses pengumpulan data dilaksanakan bersamaan (Notoatmodjo, 2005). Variabel bebas terdiri dari motivasi perawat (kebutuhan akan kekuasaan, kebutuhan akan afiliasi dan kebutuhan berprestasi) dan supervisi kepala ruangan. Variabel terikat pada penelitian ini adalah kualitas dokumentasi proses keperawatan di instalasi rawat inap Rumah Sakit Mariner Cilandak Jakarta sedangkan karakteristik perawat yang terdiri dari tingkat pendidikan, lama kerja, pelatihan dan pengetahuan perawat sebagai *variabel confounding*.

Untuk mendukung hasil penelitian kuantitatif yang berkaitan dengan pelaksanaan supervisi kepala ruangan dan kendala yang ditemui dalam pelaksanaan supervisi

kepala ruangan dilakukan juga penelitian kualitatif dengan cara wawancara mendalam (*in depth interview*) dengan semua kepala ruangan yang terlibat dalam penelitian ini. Wawancara mendalam yang dilakukan bertujuan untuk mengeksplorasi informasi tentang pelaksanaan supervisi kepala ruangan dalam membimbing, mengarahkan, memberikan contoh, mengevaluasi dokumentasi proses keperawatan serta kendala yang ditemui kepala ruangan dalam menjalankan fungsinya tersebut.

B. Populasi dan sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini berjumlah 163 perawat yang bekerja pada 10 ruang rawat inap yaitu paviliun A (ruang rawat inap maternitas kelas VIP, I, II dan III), Paviliun B (ruang rawat inap bedah kelas VIP, II dan III), Paviliun C1 dan C2 (ruang rawat inap penyakit dalam kelas I, II dan III), Pav D (ruang rawat inap anak kelas I, II dan III), Paviliun E (ruang rawat penyakit dalam kelas II dan I) dan pav F1 dan F2 (ruang rawat penyakit dalam kelas II), Ruang Bayi dan ICU. Ruangan yang digunakan sebagai tempat penelitian ini adalah 8 ruang rawat inap yang meliputi paviliun A, B, C1, D, E, F1, F2 dan Ruang Bayi.

Ruang *Intensif Care Unit* tidak disertakan dalam penelitian ini dikarenakan rata-rata BOR ruang rawat yang relatif rendah dan LOS yang singkat sedang ruang Pav C2 tidak disertakan karena menggunakan metode penugasan fungsional. Teknik sampling yang digunakan adalah *total sampling* dengan jumlah keseluruhan perawat sebanyak 132 perawat.

2. Sampel Penelitian

Sampel penelitian ini terdiri dari 115 perawat tersebar di 8 ruang rawat. Perawat yang dijadikan responden pada penelitian ini sesuai dengan kriteria inklusi yang ditetapkan peneliti yaitu sebagai berikut:

- a. Semua perawat pelaksana di ruang rawat (perawat honorer dan pegawai negeri sipil)
- b. Metode penugasan yang digunakan adalah metode tim
- c. Tidak menjadi *Clinical Instructor* ruangan
- d. Telah melewati masa percobaan 6 bulan
- e. Tidak sedang cuti atau izin belajar

Pada saat penelitian dilakukan terdapat 17 perawat yang tidak diikutsertakan dalam penelitian dengan alasan tidak memenuhi kriteria inklusi 11 orang (2 orang cuti melahirkan, 4 orang tugas belajar dan 5 orang memiliki masa kerja kurang dari 6 bulan), 2 perawat keluar, 2 perawat melakukan tugas kedinasan, 1 perawat pindah ke ruang ICU dan 1 perawat tidak bersedia menjadi responden penelitian. Tabel 4.1. menggambarkan distribusi responden sebagai berikut:

Tabel 4.1. Distribusi Jumlah Responden per Ruang Rawat Inap di RSMC

NO	RUANG RAWAT	JUMLAH PERAWAT (n=132)	JUMLAH RESPONDEN (n=115)
1	Paviliun A	13	13
2	Paviliun B	20	15
3	Paviliun C1	24	18
4	Paviliun D	15	13
5	Paviliun E	19	17
6	Paviliun F1	16	14
7	Paviliun F2	13	13
8	Ruang Bayi	14	12

Pada penelitian kualitatif diterapkan teknik wawancara mendalam (*in depth interview*) untuk menggali lebih dalam data yang berkaitan dengan supervisi dokumentasi proses keperawatan. Wawancara dilakukan kepada 6 kepala ruangan. Ada dua ruang rawat yang dikepalai oleh satu kepala ruangan yaitu Paviliun Anggrek dan bayi dikepalai oleh satu kepala ruangan dan Paviliun Cempaka 1 dan Cempaka 2 dikepalai oleh satu kepala ruangan. Kepala ruang Flamboyan Atas tidak dilibatkan dalam wawancara ini karena sedang menjalankan perintah dinas selama kurang lebih tiga bulan.

Adapun jumlah rekam medik yang diobservasi oleh peneliti sendiri adalah 230 berkas rekam medik sesuai dengan kriteria rekam medik yang dinilai antara lain: rekam medik pada pasien yang telah pulang dengan minimal hari rawat tiga hari, dan berkas rekam medik tersebut belum dikembalikan ke bagian *medikal record*.

3. Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Mariner Cilandak Jakarta pada instalasi rawat inap dengan alasan yaitu pertama, belum ada penelitian sejenis yang dilakukan sebelumnya di RSMC dan kedua adalah memberikan masukan kepada RSMC mengenai faktor dominan terkait dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan di RSMC sehingga hasil penelitian ini dapat ditindaklanjuti untuk peningkatan kualitas proses keperawatan yang lebih sistematis dan berkualitas.

4. Waktu penelitian

Penelitian ini dilaksanakan setelah mendapatkan izin penelitian dari Karumkit Marinir Cilandak. Dilaksanakan selama 5 minggu sejak minggu III April 2008 sampai dengan Minggu IV Mei 2008 mundur dari izin yang diberikan yaitu dari tanggal 14 April 2008 – 2 Mei 2008 menjadi 21 April 2008 – 23 Mei 2008 namun peneliti telah mengkoordinasikan dan meminta izin kepada Kabagdiklat dan Kadepwat RSMC.

E. Etika Penelitian

Setelah mendapat izin dari Kepala Rumah Sakit Angkatan Laut Marinir Cilandak, peneliti menemui Kadepwat untuk mengkoordinasikan pelaksanaan penelitian. Sebelum penelitian dilaksanakan responden diberi informasi tentang rencana dan tujuan penelitian sehingga responden dapat mengambil keputusan bersedia atau tidak bersedia menjadi responden. Peneliti dan kolektor data menjelaskan bahwa penelitian ini tidak berisiko apapun terhadap perawat dan peneliti mengedepankan hak-hak responden seperti yang dikemukakan oleh Kozier et al (1997) dan Hamid (2007) bahwa responden penelitian memiliki hak sebagai berikut: *Right not to be harm*: responden berhak untuk tidak dirugikan secara fisik, emosi, hukum, keuangan atau sosial. *Right to full disclosure*: responden berhak untuk mengungkapkan data dengan lengkap. *Right of Self-determination*: responden bebas dari ikatan, paksaan, dan pengaruh untuk menjadi responden penelitian dan *Right of privacy and confidentially*: *Privacy* yaitu hak untuk “sendiri” memungkinkan responden dapat berpartisipasi menjadi responden tanpa khawatir tentang yang akan terjadi pada dirinya karena anonimitas responden terjaga

kerahasiaannya seperti pada lembar kuesioner tidak terdapat nama subjek penelitian. *Confidentially* berhubungan dengan informasi yang berhubungan dengan subjek dan informasi yang diberikannya tidak akan diketahui oleh orang lain tanpa persetujuannya. Dalam proses pengolahan datanya nama subjek penelitian tidak dicantumkan tetapi dalam bentuk koding.

Pada subjek penelitian yang bersedia menjadi responden maka ia menandatangani *inform consent* yang telah disiapkan dan peneliti menjamin kerahasiaan identitas dan data yang diperoleh serta tidak berdampak terhadap penilaian kerja karyawan. Peneliti mempersiapkan formulir persetujuan menjadi responden (*inform consent*) yang terdiri dari :1) penjelasan manfaat penelitian, 2) penjelasan kemungkinan resiko dan ketidaknyamanan yang dapat ditimbulkan, 3) persetujuan penelitian untuk menjawab setiap pernyataan yang diajukan subjek terkait dengan prosedur penelitian, 4) persetujuan responden dapat mengundurkan diri kapan saja dan 5) jaminan anonimitas dan kerahasiaan. Dalam pelaksanaan penelitian ini ada 1 perawat yang tidak bersedia menjadi responden dan peneliti menghargai hak responden tersebut.

F. Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner, observasi dan wawancara. Untuk variabel bebas digunakan kuesioner dan untuk variabel terikat digunakan observasi berdasarkan instrumen A Depkes RI. Data primer diperoleh dengan menyebarkan kuesioner yang terdiri dari empat bagian yaitu bagian A, B, C dan D. Kuesioner bagian A dan B merupakan kuesioner tentang variabel

confounding yaitu karakteristik perawat. Kuesioner A, berisi pertanyaan tentang tingkat pendidikan, lama kerja dan pelatihan sedangkan kuesioner B berisi pertanyaan tentang pengetahuan responden mengenai dokumentasi proses keperawatan. Kuesioner C, merupakan kuesioner tentang motivasi perawat dan kuesioner D merupakan kuesioner mengenai supervisi kepala ruangan.

Data sekunder diperoleh melalui observasi hasil dokumentasi proses keperawatan perawat pelaksana yang terdapat dalam rekam medis pasien dengan dua buah berkas rekam medis untuk setiap perawat. Penilaian dilakukan dengan menggunakan instrumen A evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan di rumah sakit untuk menilai kualitas dokumentasi di instalasi rawat Inap RSMC (Depkes RI, 2001). Untuk data kualitatif telah dilakukan wawancara secara mendalam kepada 6 kepala ruangan yaitu kepala ruangan Paviliun A, B, C, D, E, F1, F2, dan Ruang Bayi. Paviliun A dan Bayi dikepalai oleh satu kepala ruangan. Wawancara dilakukan secara terpisah kepada setiap kepala ruangan dengan menggunakan teknik *in depth interview* dan menggunakan pertanyaan terbuka untuk menggali data yang lebih dalam terkait dengan supervisi kepala ruangan dan kendala yang ditemui dalam pelaksanaan supervisi dokumentasi proses keperawatan. Data yang diperoleh dari hasil wawancara akan digunakan sebagai data tambahan untuk penelitian kuantitatif. Setiap pendapat yang diungkapkan responden direkam dan dicatat secara rinci dan kemudian peneliti memperjelas kembali pernyataan responden sebelum mengajukan pertanyaan baru.

1. Instrumen Penelitian

Instrumen digunakan dalam penelitian ini terdiri dari empat kuesioner (A, B, C dan D), satu instrumen observasi yaitu Instrumen A evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan (Depkes RI, 2001) dan satu instrumen wawancara.

a. **Kuesioner A**, Kuesioner A merupakan kuesioner isian untuk variabel *confounding*. Kuesioner ini berisi tentang karakteristik perawat yang meliputi tingkat pendidikan kuesioner nomor 1, lama kerja kuesioner nomor 2, dan pelatihan kuesioner nomor 3

b. **Kuesioner B**, merupakan kuesioner isian untuk variabel *confounding* yang berisi 25 pernyataan tentang pengetahuan responden terhadap dokumentasi proses keperawatan yang meliputi defenisi, tujuan, manfaat, tahap-tahap proses keperawatan dan soal kasus terkait dengan perumusan diagnosa, intervensi, dan evaluasi sesuai standar serta aspek legal dokumentasi proses keperawatan. Setiap pernyataan memiliki empat pilihan jawaban. Jika menjawab benar, responden mendapat nilai 1 dan jika menjawab salah memperoleh nilai 0.

c. **Kuesioner C**, merupakan kuesioner tentang motivasi yang diadopsi dari Steers dan Braunstein dalam Robins (1996 dalam Inayah, 2006) dengan dimodifikasi sesuai dengan keperluan penelitian yaitu dengan memodifikasi tiga pernyataan positif menjadi pernyataan negatif dan memodifikasi empat pernyataan negatif menjadi pernyataan positif. Terdiri dari 20 pernyataan yang terdiri dari 6 pernyataan tentang motivasi kebutuhan akan kekuasaan, 8

pernyataan tentang kebutuhan akan afiliasi dan 6 pernyataan tentang kebutuhan untuk pencapaian prestasi.

Kebutuhan akan kekuasaan menggunakan kuesioner C yang berisi 6 pernyataan yaitu tiga pernyataan yang bersifat positif (*favourable*) yaitu nomor 7, 15 dan 19 dengan skala likert rentang nilai 1-4. Dan ada tiga pernyataan bersifat negatif yaitu nomor 8, 13 dan 17 dengan skala Likert rentang nilai 1-4. Kebutuhan akan afiliasi menggunakan kuesioner C yang berisi dari 8 pernyataan dengan 7 pernyataan yang bersifat positif (*Favourable*) yaitu nomor 2, 3, 5, 14, 16, 18 dan 20. Pernyataan bersifat negatif (*unfavourable*) ada 1 nomor yaitu nomor 11 dengan skala Likert (1-4). Kebutuhan berprestasi menggunakan kuesioner C yang terdiri dari enam pernyataan. Enam pernyataan yang bersifat positif yaitu nomor 1, 4, 6, 9, 10 dan 12 dengan menggunakan skala likert (1-4). Untuk pernyataan tentang variabel motivasi yang bersifat positif dengan skala Likert bernilai 1 = tidak pernah, jika pernyataan tersebut tidak pernah dirasakan sama sekali, 2 = kadang-kadang jika pernyataan tersebut jarang dirasakan (lebih sering tidak dirasakan), 3 = sering jika pernyataan tersebut sering dirasakan (jarang tidak dirasakan) dan 4 = selalu jika pernyataan tersebut selalu dirasakan (tidak pernah tidak dirasakan). Untuk pernyataan yang bersifat negatif (*unfavourable*), bernilai 4 = tidak pernah, jika pernyataan tersebut tidak pernah dirasakan sama sekali, 3 = kadang-kadang jika pernyataan tersebut jarang dirasakan (lebih sering tidak dirasakan), 2 = sering jika pernyataan

tersebut sering dirasakan (jarang tidak dirasakan) dan 1 = selalu jika pernyataan tersebut selalu dirasakan (tidak pernah tidak dirasakan).

d. Kuesioner D, kuesioner untuk mengukur supervisi kepala ruangan dalam menjalankan perannya (diadopsi dari Kusumawaty, 2001) dan dimodifikasi sesuai kepentingan penelitian ini yaitu dengan memodifikasi empat item pernyataan positif menjadi pernyataan negatif. Kuesioner D terdiri 24 pernyataan. Pernyataan negatif terdiri dari 8 nomor yaitu 2, 5, 6, 12, 14, 17, 23 dan 24. Pernyataan positif terdiri dari 12 nomor yaitu 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 18, 19, 20, 21 dan 22 dengan menggunakan skala Likert. Pada pernyataan positif, perawat memberikan jawaban atas pernyataan dengan skala likert menjawab 1 = tidak pernah, jika pernyataan tersebut tidak pernah dilakukan sama sekali, 2 = kadang-kadang jika pernyataan tersebut jarang dilakukan (lebih sering tidak dilakukan), 3 = sering jika pernyataan tersebut sering dilakukan (jarang tidak dilakukan) dan 4 = selalu jika pernyataan tersebut selalu dilakukan (tidak pernah tidak dilakukan) untuk pernyataan positif (*favourable*). Sedangkan untuk pernyataan negatif (*unfavourable*) jawaban 4 = tidak pernah, jika pernyataan tersebut tidak pernah dilakukan sama sekali, 3 = kadang-kadang jika pernyataan tersebut jarang dilakukan (lebih sering tidak dilakukan), 2 = sering jika pernyataan tersebut sering dilakukan (jarang tidak dilakukan) dan 1 = selalu jika pernyataan tersebut selalu dilakukan (tidak pernah tidak dilakukan)

e. Instrumen Observasi Penilaian Dokumentasi Proses Keperawatan

Penilaian kualitas dokumentasi proses keperawatan dengan menggunakan instrument A evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan di rumah sakit dari Depkes (2001) yang kemudian disesuaikan dengan keperluan penelitian ini. Penilaian dilakukan dengan metoda observasi dokumentasi proses keperawatan. Peneliti melakukan penilaian terhadap dua berkas dokumentasi proses keperawatan untuk menilai kualitas dokumentasi proses keperawatan pada pasien yang dirawat dengan minimal 3 hari perawatan.

Instrumen dokumentasi proses keperawatan diadopsi dari Instrumen A evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan di rumah sakit menurut Depkes RI dengan penambahan 2 item penilaian pada bagian catatan proses keperawatan oleh peneliti. Pada instrumen observasi ini terdiri dari enam aspek yang dinilai yaitu: 1) pengkajian 3 item, 2) diagnosa keperawatan 3 item, 3) perencanaan 6 item, 4) tindakan 4 item, 5) evaluasi 2 item, dan 6) catatan proses keperawatan 6 item. Total aspek yang dinilai berjumlah 24 item. Nilai terendah 0 dan nilai tertinggi 24 untuk satu kali observasi. Total nilai yang diperoleh untuk dua berkas rekam medis yang diobservasi adalah dengan menggunakan perhitungan sebagai berikut:

$$\text{Prosentase} = \frac{\text{Total penjumlahan seluruh aspek}}{\text{Jumlah berkas} \times \text{jumlah aspek yang dinilai}} \times 100\%$$

Penyebaran kuesioner dilakukan dengan membagi kuesioner pada shift pagi, sore dan malam. Observasi kualitas dokumentasi proses keperawatan dilakukan sebelum penyebaran kuesioner dilakukan.

f. Instrumen Wawancara dengan Kepala Ruangan

Wawancara dilakukan kepada kepala ruangan selaku penanggung jawab utama pemberian asuhan keperawatan di ruangan dan penanggung jawab dokumentasi proses keperawatan. Wawancara secara mendalam dilakukan mengingat kepala ruanganlah yang bertanggung jawab terhadap kegiatan asuhan keperawatan dan dokumentasi proses keperawatan oleh perawat serta kepala ruangan merupakan manajer lapis bawah yang berperan besar dalam memberikan supervisi kepada perawat terkait dokumentasi proses keperawatan. Pertanyaan dalam wawancara ini meliputi pelaksanaan supervisi kepala ruangan yang meliputi pengarahan, bimbingan, *role model* dan penilaian dalam supervisi serta kendala yang ditemui dalam pelaksanaan perannya tersebut.

2. Hasil Uji Coba Instrumen

Uji coba dilakukan pada instrumen C dan D yang dilakukan kepada 30 perawat pelaksana dengan tujuan untuk menguji apakah item-item penelitian ini dimengerti oleh responden dan nantinya akan dilakukan perbaikan pada item-item tersebut (Muhidin & Abdurahman, 2007). Selain itu uji coba instrumen penelitian ini bertujuan untuk mengetahui keabsahan dan kehandalan butir-butir instrumen yang digunakan dalam penelitian. Uji coba telah dilaksanakan di RS

POLRI dr Sukamto Jakarta Timur, karena karakteristik rumah sakit dan responden yang hampir sama yaitu merupakan rumah sakit pemerintah dan sebagian besar berlatar belakang pendidikan SPK/SPR. Pelaksanaan uji coba instrumen ini dilakukan pada tanggal 18 April 2008 – 20 April 2008.

Kriteria pengujian dilakukan dengan cara membandingkan r hitung dengan r table pada taraf $\alpha = 0,05$. Rumus korelasi Product Moment dari *Karl's Pearson* dikutip dari Sugijono (2000) adalah sebagai berikut:

$$r_{xy} = \frac{n \sum xy - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{\{n \sum x^2 - (\sum x)^2\} \{n \sum y^2 - (\sum y)^2\}}}$$

dengan r_{xy} = Koefisien korelasi antara gejala x dan gejala y
 x = skor butir item
 y = Jumlah skor
 n = Jumlah data

Jika hasil perhitungan ternyata r hitung $>$ r tabel maka butir instrument dianggap valid, sebaliknya jika r hitung $<$ r tabel maka dianggap tidak valid (*invalid*), sehingga instrumen tidak dapat digunakan dalam penelitian atau direvisi pernyataannya.

Setelah uji validitas dilakukan kemudian dilakukan uji reliabilitas instrumen yang bertujuan untuk mengetahui konsistensi dari instrumen yang digunakan sebagai alat ukur. Uji reliabilitas menggunakan koefisien *alpha Cronbach* (Arikunto, 1993) yaitu dengan membandingkan r alpha dengan r tabel. Jika r alpha lebih besar dari r tabel maka dikatakan bahwa pernyataan tersebut reliabel dan

sebaliknya. Pernyataan yang reliabel dapat digunakan dalam butir-butir pernyataan instrumen penelitian.

Uji coba instrumen menggunakan korelasi product moment (r) dengan r tabel 0,361 dan menggunakan *alpha cronbach* untuk mengetahui reabilitas instrumen. Pada item pernyataan yang tidak valid dilakukan pengeluaran dari instrumen penelitian atau dilakukan perbaikan pada redaksi kalimatnya. Hasil ujicoba kuesioner untuk menilai validitas dan reliabilitas dilakukan bertahap, dengan r tabel 0,361. Hasil ujicoba kuesioner menunjukkan bahwa untuk kuesioner kebutuhan berkuasa (pertanyaan nomor 9, 10, 12, 17, 23, 24, 25). Pertanyaan yang dihilangkan nomor 12 ($r = 0,0599$) dan pertanyaan yang diperbaiki redaksionalnya adalah nomor 9 ($r = 0,2316$). Nilai *alpha Chronbach* 0,5568. Menurut Burn & Grove, 1993) koefisien reliabilitas (α) diatas 0,500 dianggap masih reliabel. Jumlah total item pertanyaan dari 7 menjadi 6 item pertanyaan.

Hasil ujicoba kuesioner menunjukkan bahwa untuk kuesioner motivasi afiliasi (pertanyaan nomor 2, 6, 16, 21, 22, 3, 14, 20, 26) pertanyaan yang dihilangkan nomor 20 ($r = 0,0624$) dan pertanyaan yang diperbaiki redaksionalnya adalah nomor 3 ($r = 0,2344$) dan nomor 14 ($r = 0,2465$) dengan r *alpha Chronbach* setelah pertanyaan nomor 20 dihilangkan adalah 0,6623. Menurut Burn & Grove, 1993) koefisien reliabilitas (α) diatas 0,500 dianggap masih reliabel. Jumlah total item pernyataan dari 9 menjadi 8 item pernyataan.

Hasil ujicoba kuesioner menunjukkan bahwa untuk kuesioner motivasi berprestasi (pertanyaan nomor 1, 4, 5, 7, 8, 11, 13, 15, 18, 19) dan pertanyaan yang dihilangkan nomor 8, 13, 18, dan 19. Pertanyaan yang diperbaiki redaksionalnya adalah nomor 4. Variabel yang memiliki r yang lebih besar dari r table setelah pertanyaan tersebut dihilangkan adalah nomor 1, 5, 7, 11, 15 dengan r alpha Chronbach 0,720. Jumlah Total item pernyataan dari 10 menjadi 6 item pernyataan.

Hasil ujicoba kuesioner menunjukkan bahwa untuk kuesioner supervisi, pertanyaan yang tidak valid adalah pertanyaan nomor 5 dan 13 yaitu dengan r yang lebih kecil. Untuk pertanyaan nomor 19 dan 25 diperbaiki redaksional kalimatnya. Pertanyaan nomor 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 23, 24 dan 26 selain valid juga reliabel. Hal ini dibuktikan dengan r yang lebih besar dari r tabel dan r alpha 0,9516. Menurut Burn & Grove (1993) nilai koefisien reliabilitas (alpha) yang terletak antara 0,800 - 0,900 berarti kuat. Jumlah total item pernyataan dari 26 menjadi 24 pernyataan. Tabel 4.1. menggambarkan secara lebih lengkap hasil uji coba instrumen penelitian ini.

Tabel 4.2
Hasil Validitas Dan Reabilitas Uji Coba Instrumen Penelitian

No	Variabel	Jumlah Awal	Item yang dikeluarkan	Jumlah setelah uji coba	Validitas	Reabilitas
1	Motivasi Kebutuhan kekuasaan	7	1 (No 12)	6	0,2360 – 0,3776	0,5568
2	Motivasi kebutuhan afiliasi	9	1 (No 20)	8	0,2344 – 0,5135	0,6623
3	Motivasi Kebutuhan Berprestasi	10	4 (No. 8, 13, 18, 19)	6	0,2780 – 0,6390	0,7200
4	Supervisi Kepala ruangan	26	2 (5,13)	24	0,3342 - 0,8296	0,9458

Pernyataan yang direvisi tidak dilakukan ujicoba ulang namun dilakukan dengan cara *expert judgment* artinya butir-butir pernyataan instrumen ditelaah oleh orang yang ahli dalam hal ini pembimbing mengingat pertanyaan tersebut sangat substansi sehingga hanya merevisi kalimat agar tidak hilang maknanya.

G. Prosedur Pengumpulan Data

1. Prosedur Izin Penelitian

- a. Pada tahap ini peneliti telah mengurus perizinan tempat penelitian dengan mengajukan surat permohonan izin penelitian dari Pimpinan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia No 846/PT02.H4.FIK/I/2008 ke kepala Rumah Sakit Marinir Cilandak
- b. Memperbanyak kuesioner dan mengelompokkan kuesioner untuk masing-masing responden dengan kuesioner A, B, C dan D

2. Prosedur Teknis

Peneliti melakukan pengumpulan data dengan langkah-langkah sebagai berikut:

- a. Bekerjasama dengan kepala ruangan mencari dan memilih 6 kolektor data yakni perawat ruangan yang dapat menyebarkan kuesioner pada shift pagi, sore dan malam (tempat dilakukan penelitian). Sebelum penyebaran kuisisioner, kolektor data telah dilatih tujuan penelitian, manfaat penelitian dan proses penelitian.
- b. Bersama kepala ruangan, kolektor data dan peneliti menyeleksi subyek penelitian di sesuaikan dengan kriteria inklusi.
- c. Penyebaran kuesioner oleh kolektor data dengan sebelumnya menjelaskan tujuan penelitian, manfaat penelitian dan proses penelitian
- d. Bila subyek penelitian bersedia menjadi responden penelitian, maka responden dipersilahkan untuk menandatangani *inform consent* sebagai pernyataan persetujuan sebagai subjek penelitian.
- e. Responden diberikan waktu untuk mengisi kuesioner dan diperkenankan kepada responden untuk mengklarifikasi pernyataan yang kurang dipahami
- f. Peneliti dan kolektor data melakukan pengecekan terhadap kelengkapan dan kejelasan isian kuesioner.
- g. Peneliti mengumpulkan kuesioner-kuesioner yang telah diisi untuk kemudian dilakukan analisis data.

H. Analisis Data

Proses analisis data terhadap variabel penelitian didahului oleh proses *editing*, *coding*, *processing*, *cleaning* (Depkes, 2004). *Editing* merupakan proses pengecekan

kelengkapan dan kejelasan jawaban responden. Responden diminta untuk melengkapi jawaban atau memperjelas jawaban jika terdapat ketidakjelasan jawaban. Proses *coding* yaitu merubah data dalam bentuk huruf menjadi data yang berbentuk bilangan atau angka untuk mempermudah dalam memasukkan data ke komputer. Tahap selanjutnya *processing* yaitu memproses data dan melakukan analisis data dengan menggunakan program komputer. Selanjutnya *cleaning* yaitu pengecekan kembali terhadap kemungkinan kesalahan pada saat memasukan data-data kedalam komputer. Analisis data dilakukan dengan menggunakan analisis univariat, bivariat dan multivariat.

1. Analisis data univariat

Analisis ini dilakukan untuk mengetahui gambaran karakteristik variabel penelitian yaitu variabel motivasi (kebutuhan akan kekuasaan, kebutuhan akan afiliasi dan kebutuhan pencapaian prestasi) dan variabel supervisi dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan serta variabel karakteristik perawat (tingkat pendidikan, pengalaman kerja, pelatihan, dan pengetahuan perawat) sebagai variabel *confounding*. Analisis univariat pada data katagorik (tingkat pendidikan dan pelatihan) menggunakan distribusi frekuensi dengan ukuran prosentase atau proporsi. Analisis univariat pada data numerik (pengalaman kerja, pengetahuan perawat, motivasi kebutuhan akan kekuasaan, kebutuhan akan afiliasi, kebutuhan pencapaian prestasi dan supervisi) dilakukan analisis nilai mean, median, standar deviasi, nilai minimum, maksimum dan nilai CI 95% atau alpha 0,05.

Pada tahapan ini juga dilakukan uji normalitas data pada data numerik yaitu meliputi variabel lama kerja, pengetahuan, motivasi kebutuhan kekuasaan, motivasi kebutuhan afiliasi dan motivasi kebutuhan prestasi dengan melihat antara lain pada histogram dan perbandingan nilai skewness dengan standar error (nilai antara - 2 sampai + 2).

Untuk menormalisasi distribusi data yang tidak normal maka dilakukan transformasi data dengan cara menggunakan bantuan komputer pada program SPSS dengan menggunakan metode *Log Transformation* (Dahlan, Sopiudin, 2004).

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan dengan tujuan untuk mengetahui hubungan antara variabel bebas (*independent*) dan variabel *confounding* dengan variabel terikat (*dependent*). Uji statistik yang digunakan tergantung pada jenis data yang akan dianalisis. Pengujian data numerik (rasio) dengan data numerik (ratio) menggunakan uji koefisien korelasi Pearsons. Data kategorik (nominal) dengan data numerik (rasio) yang memiliki beda dua mean menggunakan *t test* (Depkes RI, 2004). Uji korelasi yang digunakan pada variabel penelitian ini digambarkan pada tabel 4.3. di bawah ini:

Tabel 4.3

Variabel Penelitian, Jenis Data Dan Uji Statistik

Variabel/ Subvariabel	Variabel independen	Uji Statistik
Motivasi Kebutuhan akan kekuasaan	Kualitas dokumentasi	Koefisien Korelasi Pearsons
Motivasi kebutuhan akan afiliasi	Kualitas dokumentasi	Koefisien Korelasi Pearsons
Motivasi kebutuhan pencapaian prestasi)	Kualitas dokumentasi	Koefisien Korelasi Pearsons
Supervisi	Kualitas dokumentasi	Koefisien Korelasi Pearsons
Karakteristik Perawat (Variabel Confounding)		
Tingkat pendidikan	Kualitas dokumentasi	t test
Lama kerja	Kualitas dokumentasi	Koefisien Korelasi Pearsons
Pelatihan	Kualitas dokumentasi	t Test
Pengetahuan perawat	Kualitas dokumentasi	Koefisien Korelasi Pearsons

Analisis ini digunakan bila data memenuhi asumsi: a) variabel dependen dan independen berskala numerik, b) data berdistribusi normal.

3. Analisis multivariat

Analisis Multivariat bertujuan untuk menentukan variabel atau subvariabel yang dominan berhubungan dengan variabel terikat yaitu kualitas dokumentasi proses keperawatan. Analisis *Multiple regression linear* dilaksanakan dengan cara melakukan uji atau menghubungkan satu variabel terikat dengan beberapa variabel bebas secara bersama-sama (Notoatmodjo,2005). Langkah-langkah uji statistik yang dilakukan adalah :

- a) Melakukan analisis bivariat untuk menentukan kandidat model multivariat. Melakukan uji korelasi dari variabel *independen* (motivasi kebutuhan kekuasaan, motivasi kebutuhan afiliasi, motivasi kebutuhan berprestasi dan supervisi) serta variabel *confounding* (pendidikan, pengetahuan, pelatihan dan masa kerja) dengan variabel terikat (kualitas dokumentasi proses keperawatan)
- b) Menentukan variabel atau subvariabel bebas yang akan dilakukan uji regresi linier ganda yaitu variabel atau subvariabel yang berhubungan dengan variabel terikat dengan $p\text{ Value} < 0,25$
- c) Melakukan analisis multivariat secara bersama-sama sejumlah variabel bebas dengan variabel terikat melalui uji regresi linier ganda
- d) Menentukan variabel yang *valid* yaitu jika $p\text{ Value} < 0,05$ dan variabel yang *invalid* jika $p\text{ Value} > 0,05$
- e) Mengeluarkan variabel yang tidak valid satu persatu yaitu $p\text{ value}$ yang paling besar. Selanjutnya dilaksanakan analisis multivariat kembali sampai ditemukan variabel yang dominan berhubungan dengan variabel terikat kualitas dokumentasi proses keperawatan (Hastono, 2001).

BAB V

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini akan disajikan hasil penelitian yang telah dilaksanakan di Rumah Sakit Mariner Cilandak Jakarta. Penelitian dilaksanakan dari tanggal 21 April 2008 – 23 Mei 2008. Bab ini menyajikan hasil analisis data penelitian yang terdiri dari analisis kuantitatif dan kualitatif. Analisis kuantitatif terdiri dari analisis univariat, bivariat dan multivariat.

A. Analisis Univariat

Penyajian hasil analisis univariat terdiri dari variabel karakteristik individu, variabel motivasi (kebutuhan akan kekuasaan, motivasi kebutuhan akan afiliasi dan motivasi kebutuhan pencapaian prestasi), variabel supervisi kepala ruangan dan kualitas dokumentasi.

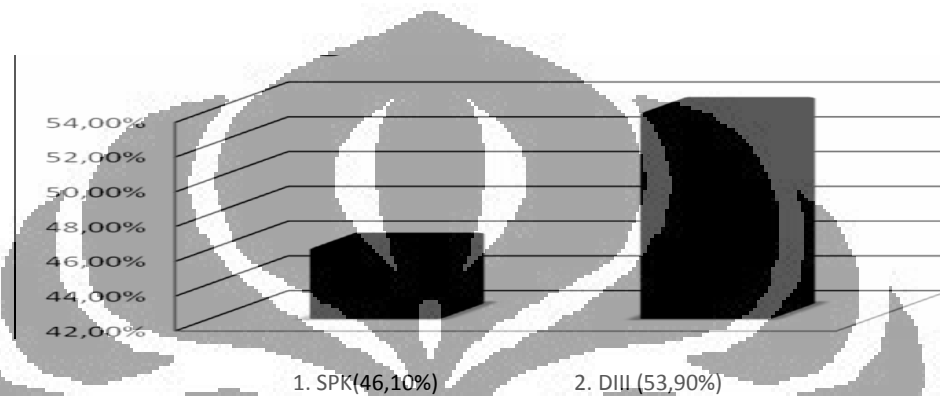
1. Karakteristik individu

Penyajian data karakteristik responden terdiri variabel tingkat pendidikan pelatihan, pengetahuan dan masa kerja. Gambar 5.1. dan gambar 5.2. menunjukkan prosentase distribusi perawat berdasarkan tingkat pendidikan dan pelatihan dokumentasi proses keperawatan.

a. Karakteristik individu menurut tingkat pendidikan

Gambar 5.1.

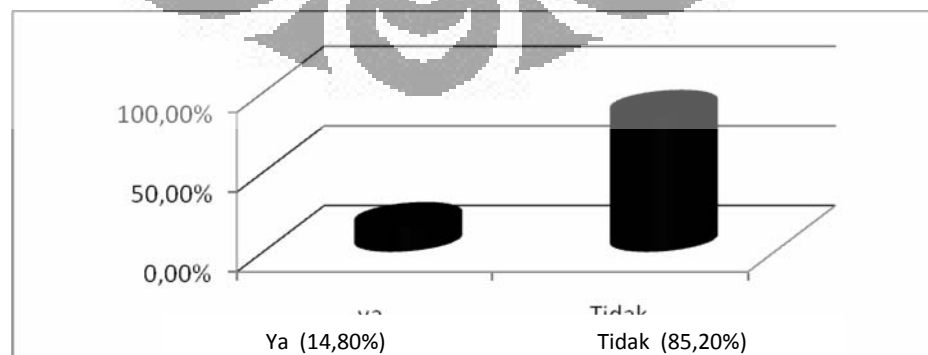
**Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan
di RSMC Jakarta Bulan Mei 2008 (n=115)**



Gambar 5.1. tersebut menginformasikan bahwa proporsi pendidikan tertinggi DIII Keperawatan/Kebidanan berjumlah 62 orang atau 53,9 % dan SPK berjumlah 53 orang atau 46,1 %.

Gambar 5.2.

Distribusi Responden Berdasarkan Keikutsertaan dalam Pelatihan Dokumentasi di RSMC, bulan Mei 2008 (n=115)



Gambar 5.2. tersebut menunjukkan bahwa hanya sebagian kecil perawat pelaksana yang telah mengikuti pelatihan dokumentasi yakni berjumlah 17 orang atau 14,8% dan perawat pelaksana yang belum pernah mengikuti pelatihan lebih banyak yaitu 98 perawat atau 85,2%.

b. Karakteristik individu menurut Masa kerja dan Pengetahuan Perawat

Tabel 5.1.
Rata-Rata Masa kerja dan Skor Pengetahuan Perawat Pelaksana
di RSMC Jakarta Bulan Mei 2008 (n=115)

Variabel	Mean Median	SD	Min-Max	95%CI
Pengetahuan	67,56 67,99	8,37	48,01 – 88,00	66,01 – 69,10
Masa kerja	5,96 5	3,84	1 - 20	5,25 – 6,67

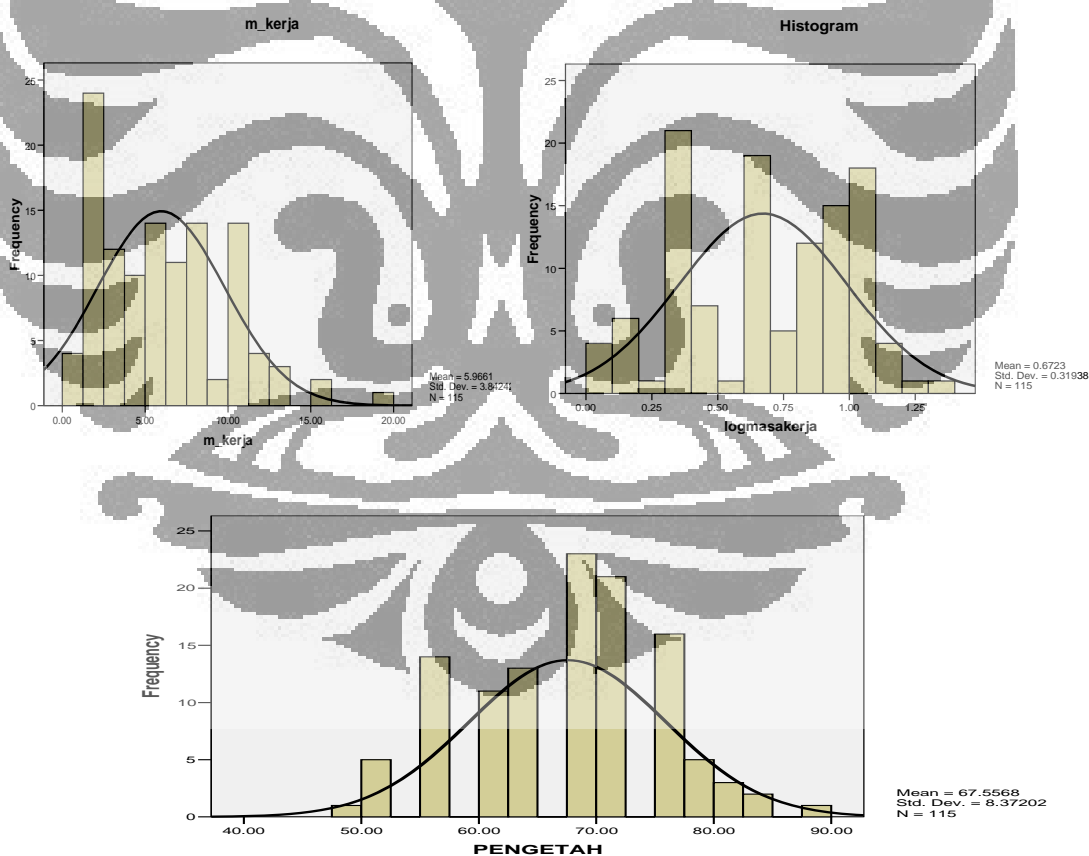
Tabel 5.1. tersebut menunjukkan bahwa rata-rata skor pengetahuan perawat pelaksana 67,56 dengan median 67,99. Skor Pengetahuan terendah 48,01 dan pengetahuan tertinggi 88. Pada tingkat kepercayaan 95% diyakini bahwa rata-rata skor pengetahuan perawat pelaksana tentang proses keperawatan berada pada rentang 66,01 - 69,10. Menurut Kron (1987) Skor pengetahuan dikatakan baik bila ≥ 80 , dengan demikian dapat diketahui bahwa terdapat 97,4% perawat memiliki skor pengetahuan proses keperawatan kurang baik dan 2,6% perawat memiliki skor pengetahuan baik. Untuk skor rata-rata pengetahuan distribusi datanya normal.

Hasil analisis juga mendapatkan data bahwa rata-rata masa kerja perawat pelaksana adalah 5,96 tahun dengan median 5 tahun dan standar deviasi 3,84

tahun. Masa kerja yang terendah adalah 1 tahun dan yang yang paling lama bekerja adalah 20 tahun. Dari hasil estimasi interval diyakini bahwa 95% rata-rata masa kerja perawat pelaksana adalah diantara 5,25 – 6,67 tahun. Berdasarkan perbandingan nilai skewness dengan standar errornya lebih dari + 2 dan bentuk kurva tidak simetris maka distribusi data untuk Masa kerja ini tidak normal dan dilakukan normalisasi data dengan menggunakan *log transformation*. Gambar 5.3. menunjukkan histogram untuk variabel masa kerja dan pengetahuan.

Gambar 5.3.

Histogram Transformasi Data Variabel Masa Kerja dan Pengetahuan



2. Motivasi Perawat

Motivasi perawat pada penelitian ini terdiri dari 3 subvariabel yaitu Motivasi kebutuhan (berkuasa, berafiliasi dan berprestasi). Deskripsi dan sebaran skor variabel motivasi responden dapat dilihat pada tabel 5.2 - 5.4. di bawah ini.

Tabel 5.2. Distribusi Responden Menurut Variabel Motivasi Di RSMC bulan Mei 2008 (n=115)

No	MOTIVASI	Tidak pernah %	Kadang Kadang %	Sering %	Selalu %
MOTIVASI KEBUTUHAN KEKUASAAN					
1	Tidak diberikan kewenangan (P7)	5,2	34,8	36,5	23,5
2	Tidak sabar bila mendapat perlakuan kurang menyenangkan (P8)	9,6	13,9	68,7	7,8
3	Tidak perlu menanggapi perbedaan pendapat (P13)	0,9	5,2	33,9	60,0
4	senang dokumentasi pada klien dengan resiko tinggi (P15)	24,3	54,8	9,6	11,3
5	Tidak ingin melebihi rekan kerja (P17)	7,0	9,6	44,3	39,1
6	Tidak senang dengan beban tanggung jawab dokumentasi (P19)	6,1	1,7	31,3	60,9
MOTIVASI KEBUTUHAN AFILIASI					
7	Perlu suasana penuh persahabatan (P2)	0,0	0,9	22,6	76,5
8	Perlu umpan balik dari rekan kerja (P3)	7,0	19,1	25,2	48,7
9	Rekan kerja meniru dalam dokumentasi (P5)	58,3	26,1	5,2	10,4
10	Tidak perlu hubungan yang saling menguntungkan (P11)	2,6	0,9	14,8	81,7
11	Perlu bekerjasama dengan rekan kerja (P14)	0,0	1,7	21,7	76,5
12	Perlu mengikuti kegiatan RS (P16)	2,6	34,8	28,7	33,9
13	Perlu pendekatan dengan rekan kerja (p18)	7,8	22,6	45,2	24,3
14	tidak senang dibenci rekan kerja (P20)	11,3	7,8	11,3	69,6
MOTIVASI KEBUTUHAN BERPRESTASI					
15	Melakukan dokumentasi melebihi rekan kerja (P1)	47,0	16,5	17,4	19,1
16	Perlu kerja keras agar berhasil dalam dokumentasi (P4)	5,2	39,1	21,7	33,9
17	Ingin mengatasi masalah dalam dokumentasi (P6)	8,7	32,2	40,9	18,3
18	Bangga dalam melakukan dokumentasi (P9)	2,6	33,9	27,8	35,7
19	Puas setelah menyelesaikan dokumentasi pasien (P10)	0,0	20,9	34,8	44,3
20	Berusaha mencari jalan keluar bila kesulitan (P12)	2,6	7,8	42,6	47,0

Berdasarkan tabel tersebut diketahui hal-hal berikut ini:

1. Persepsi responden tentang motivasi kebutuhan kekuasaan adalah sebagai berikut: sering tidak sabar apabila mendapat perlakuan yang kurang menyenangkan dalam melakukan dokumentasi proses keperawatan (68,7%), selalu tidak perlu menanggapi perbedaan pendapat (60%).
2. Persepsi responden tentang motivasi kebutuhan afiliasi adalah sebagai berikut: rekan kerja menirunya dalam melakukan dokumentasi (58,3%), tidak selalu memerlukan hubungan yang saling menguntungkan (81,7%), selalu memerlukan kerjasama dengan rekan kerja (76,5%), kadang-kadang perlu mengikuti kegiatan rumah sakit (34,8%) dan selalu tidak senang dibenci oleh rekan kerja (69,6%).
3. Persepsi responden tentang motivasi kebutuhan berprestasi adalah sebagai berikut: 47% responden menyatakan tidak pernah memiliki keinginan melakukan dokumentasi melebihi rekan kerja, kadang-kadang perlu kerja keras agar berhasil (39,1%), sering ingin mengatasi masalah dalam dokumentasi (40,9%), selalu puas setelah menyelesaikan dokumentasi (44,3%) dan sering mencari jalan keluar bila menemui kesulitan (47%).

Tabel 5.3.
Rata-rata Skor Motivasi Kerja Menurut Perawat Pelaksana
di RSMC Jakarta, bulan Mei tahun 2008 (n=115)

Variabel	Mean Median	SD	Min-Max	95%CI
Motivasi kebutuhan kekuasaan	17,81 18,00	2,152	13-22	17,41-18,21
Motivasi Kebutuhan Afiliasi	25,45 26,00	3,320	17-32	24,84-26,07
Motivasi Kebutuhan Berprestasi	17,19 17,00	3,212	12-24	16,60-17,78

Tabel 5.3. tersebut menunjukkan bahwa skor rata-rata motivasi kebutuhan kekuasaan perawat sebesar 17,81 dengan median 18 dan standar deviasi 2,15. Skor Motivasi kebutuhan kekuasaan terendah 13 dan tertinggi 22. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa motivasi kebutuhan kekuasaan berada diantara skor 17,41 - 18,21

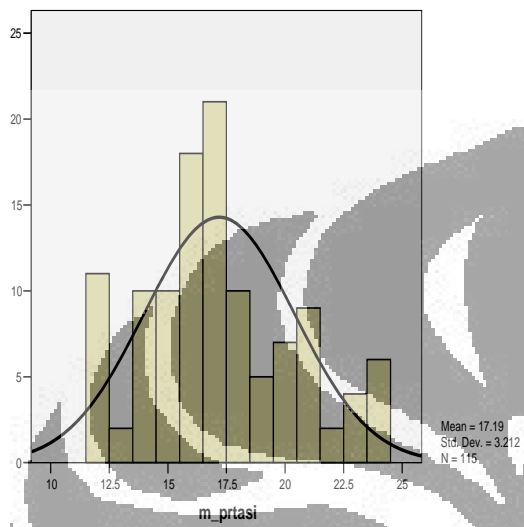
Tabel 5.3. tersebut juga menggambarkan bahwa skor rata-rata motivasi kebutuhan berafiliasi perawat sebesar 25,45 dengan median 26,00 dan standar deviasi 3,32. Skor motivasi kebutuhan berafiliasi terendah 17 tertinggi 32. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa skor motivasi kebutuhan berafiliasi berada diantara 24,84 - 26,07.

Sementara itu untuk skor rata-rata motivasi kebutuhan berprestasi perawat sebesar 17,19 dengan median 17. Skor motivasi kebutuhan berprestasi terendah 16,60 tertinggi 17,78 dan standar deviasi 3,21. Hasil estimasi interval dengan kepercayaan 95% disimpulkan bahwa skor motivasi kebutuhan berprestasi berada diantara 16,60 - 17,78. Distribusi data untuk motivasi kebutuhan berkuasa, motivasi kebutuhan afiliasi dan motivasi kebutuhan berprestasi berada pada distribusi data yang normal. Gambar 5.4. menunjukkan histogram distribusi data untuk variabel motivasi sebagai berikut:

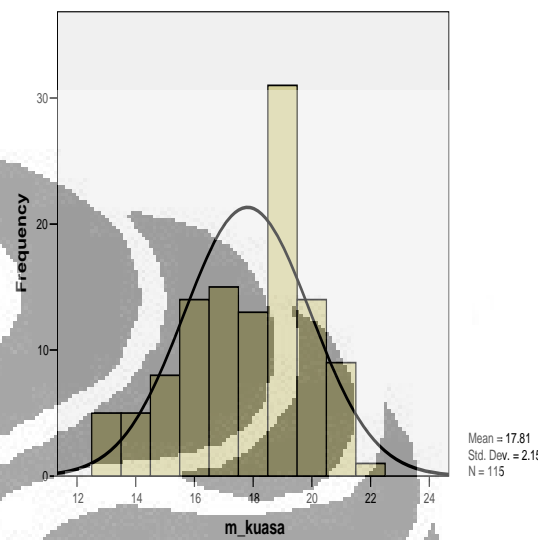
Gambar 5.4.

Histogram Data Variabel Motivasi Kebutuhan Afiliasi

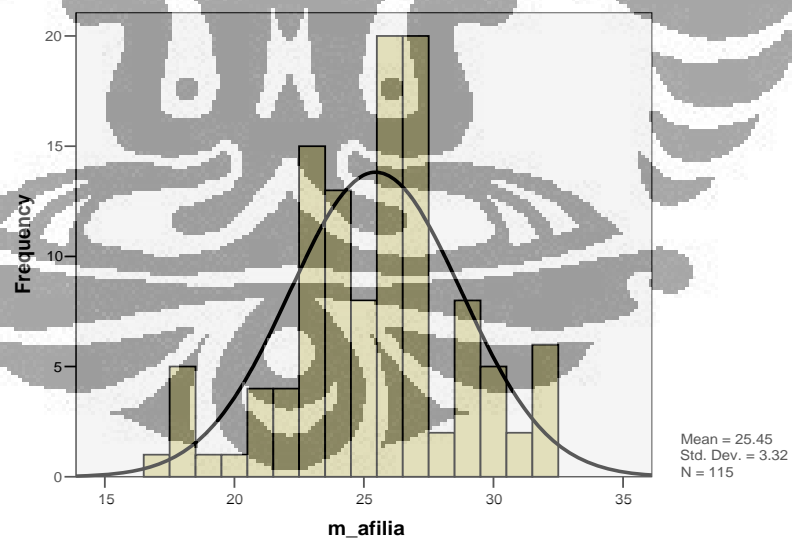
a. Motivasi Kebutuhan Berprestasi



b. Motivasi Kebutuhan Berkuasa



c. Motivasi Kebutuhan Afiliasi



Kron (1987) mengemukakan bahwa perolehan skor $\geq 80\%$ dikatakan baik dan bila perolehan skor $< 80\%$ dikatakan kurang baik. Tabel 5.4. menunjukkan motivasi (kebutuhan kekuasaan, kebutuhan afiliasi dan kebutuhan berprestasi) responden dalam kategori baik dan kurang baik sebagai berikut:

Tabel 5.4.
Distribusi Responden Menurut Skor Motivasi
Di Instalasi Rawat Inap RSMC Jakarta, 2008

No	Variabel	Kategori	n	%
1	Motivasi kebutuhan Kekuasaan	1. Baik	24	20,9
		2. Kurang baik	91	79,1
2	Motivasi kebutuhan Afiliasi	1. Baik	63	54,8
		2. Kurang baik	52	45,2
3	Motivasi kebutuhan Berprestasi	1. Baik	21	24,3
		2. Kurang baik	87	75,7

Berdasarkan tabel 5.4. diperoleh data sebagai berikut: perawat memiliki skor motivasi kebutuhan kekuasaan baik (20,9%), perawat memiliki skor motivasi kebutuhan kekuasaan kurang baik (79,1%). Perawat memiliki skor motivasi kebutuhan berafiliasi baik (54,8%) dan perawat memiliki skor motivasi kebutuhan berafiliasi kurang baik (45,2%). Perawat memiliki skor motivasi kebutuhan berprestasi baik (24,3%) dan 75,7% perawat memiliki skor motivasi kebutuhan berprestasi kurang baik.

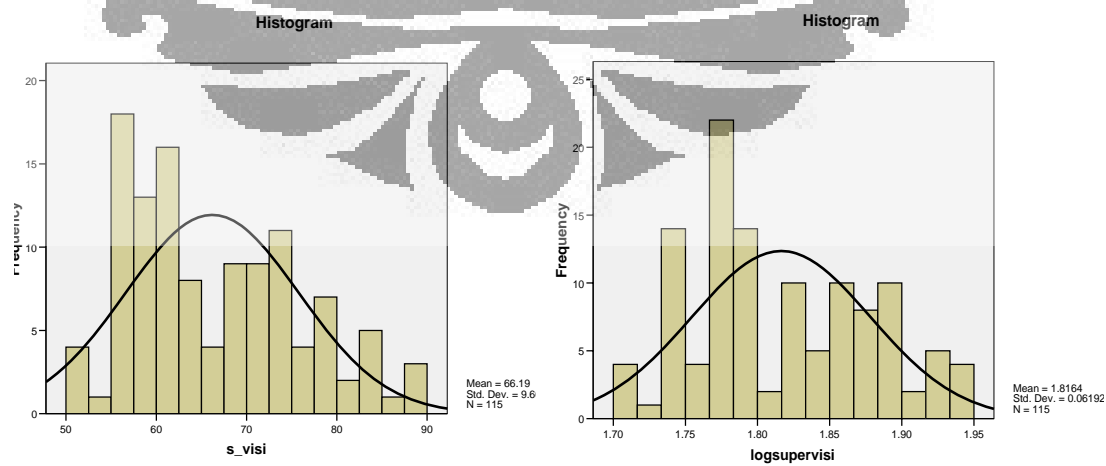
3. Supervisi

Hasil penilaian supervisi kepala ruangan merupakan persepsi perawat pelaksana terhadap pelaksanaan supervisi dokumentasi proses keperawatan oleh kepala ruangan di ruang rawat inap. Peneliti ingin menggunakan uji statistik parametrik dimana tingkat kepercayaannya lebih tinggi dari uji non parametrik maka dilakukan normalisasi data dengan mentransformasi data menggunakan *log transformation*.

Tabel 5.5 - 5.7. menunjukkan hasil analisis distribusi data dan analisis terhadap 24 pertanyaan pada variabel supervisi kepala ruangan, deskripsi dan sebaran skor supervisi kepala ruangan yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Mariner Cilandak Jakarta sebagai berikut: Gambar 5.5. menunjukkan histogram distribusi data supervisi yang tidak normal kemudian dilakukan transformasi menjadi normal.

Gambar 5.5

Histogram Transformasi Data Variabel Supervisi



Tabel 5.5.

Distribusi Responden Menurut Variabel Supervisi Kepala Ruangan

Di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Marinir Cilandak Jakarta, Mei 2008 (n=115)

NO	SUPERVISI KEPALA RUANGAN	TIDAK PERNAH (%)	KADANG KADANG (%)	SERING (%)	SELALU (%)
1	Penjelasan mudah dimengerti	7,8	22,6	34,8	34,8
2	Karu tidak memotivasi saya untuk meningkatkan kemampuan	5,2	22,6	34,8	37,4
3	Karu mengevaluasi dokumentasi	2,6	21,7	33,0	42,6
4	Karu memberikan semangat	4,3	29,6	32,2	33,9
5	Karu tidak menyediakan waktu secara rutin	5,2	30,4	41,7	22,6
6	Karu tidak memberikan contoh tertulis	14,8	12,2	40,0	33,0
7	Karu langsung menuliskan pada format pendokumentasian	22,6	37,4	27,0	13,0
8	Karu dapat menjawab kesulitan	5,2	28,7	46,1	20,0
9	Karu memberikan contoh yang mudah dimengerti	12,2	35,7	43,5	8,7
10	Karu mendorong untuk melakukan dokumentasi sesuai contoh	9,6	25,2	55,7	9,6
11	Karu memberikan umpan balik	7,0	46,1	39,1	7,8
12	Karu tidak mendengar pendapat saya	9,6	20,0	27,8	42,6
13	Karu menerima masukan saya	13,9	44,3	33,9	7,8
14	Karu tidak menegur kalau ada kesalahan	6,1	22,6	25,2	46,1
15	Karu mendorong diskusi kelompok	27,0	32,2	28,7	12,2
16	Karu meyakinkan "bahwa saya mampu"	15,7	34,8	29,6	20,0
17	Karu tidak memberikan kesempatan menyampaikan kesulitan	11,3	13,9	34,8	40,0
18	Karu memberikan penjelasan dengan suasana menyenangkan	9,6	40,0	28,7	21,7
19	Karu memeriksa dokumentasi setiap minggu	5,2	33,9	42,6	18,3
20	Karu memberitahu penilaian hasil dokumentasi	13,9	42,6	31,3	12,2
21	Karu memberi kesempatan berdiskusi	8,7	33,9	43,5	13,9
22	Karu memberitahu aspek yang dinilai	14,8	28,7	35,7	20,9
23	Karu tidak menilai dengan objektif	6,1	14,8	39,1	40,0
24	Karu tidak memberikan pujian	8,7	24,3	31,3	35,7

Karu = Kepala ruangan

Tabel 5.5. tersebut menunjukkan persepsi responden terhadap supervisi kepala ruangan sebagai berikut: penjelasan kepala ruangan selalu mudah dimengerti (34,8%), kepala ruangan tidak selalu memotivasi mereka dalam meningkatkan kemampuan dokumentasi (37,4%), kepala ruangan tidak sering menyediakan waktu secara khusus terkait dokumentasi proses keperawatan (41,7%) dan kepala ruangan sering dapat menjawab kesulitan perawat (46,1%). Kepala ruangan sering memberikan contoh yang mudah dimengerti (43,5%), kepala ruangan tidak selalu mendengar pendapat saya (42,6%), kepala ruangan kadang-kadang menerima masukan perawat (44,3%), kepala ruangan tidak selalu menegur kalau ada kesalahan (46,1%), kepala ruangan kadang-kadang mendorong diskusi kelompok (33,2%), kepala ruangan kadang-kadang menyakinkan perawat bahwa perawat mampu melakukan dokumentasi (34,8%), kepala ruangan tidak selalu memberi kesempatan untuk menyampaikan kesulitan (40%), kepala ruangan kadang-kadang memberikan penjelasan dalam suasana menyenangkan (46%), kepala ruangan sering memeriksa dokumentasi setiap minggu (42,6%), kepala ruangan selalu menilai dengan tidak objektif (40%), kepala ruangan sering memberitahu aspek yang dinilai (35,7%) dan kepala ruangan tidak selalu memberikan pujian terhadap dokumentasi yang mereka lakukan (35,7%).

Tabel 5.6.
Rata-Rata Skor Supervisi Kepala Ruangan Menurut Perawat Pelaksana
di RSMC Jakarta bulan Mei tahun 2008 (n=115)

Variabel	Mean Median	SD	Min-Max	95%CI
Supervisi Kepala Ruangan	66,19 63	9,609	51 - 88	64,42 – 67,97

Tabel 5.6. tersebut memberikan gambaran persepsi perawat pelaksana tentang supervisi kepala ruangan dengan skor rata-rata supervisi 66,19, median 63 dan standar deviasi 9,61. Skor Supervisi kepala ruangan terendah 51 dan tertinggi 88. Hasil estimasi interval dengan kepercayaan 95% disimpulkan bahwa rata-rata skor supervisi berada diantara 64,42 - 67,97. Kron (1987) mengemukakan bahwa perolehan skor $\geq 80\%$ dikategorikan baik dan kurang baik bila perolehan skor $< 80\%$. Tabel 5.7. menunjukkan motivasi (kebutuhan kekuasaan, kebutuhan afiliasi dan kebutuhan berprestasi) responden dalam kategori baik dan kurang baik sebagai berikut:

Tabel 5.7.
Distibusi Responden Menurut Skor Supervisi
Di Instalasi Rawat Inap RSMC Jakarta, Mei 2008 (n=115)

Variabel	Kategori	n	%
Supervisi Kepala Ruangan	1. Baik	21	18,3
	2. Kurang baik	94	81,7

Tabel 5.7. tersebut menunjukkan bahwa terdapat 81,7% perawat berpersepsi supervisi yang dilakukan kepala ruangan kurang baik dan 18,3% perawat mempersepsikan bahwa supervisi yang dilakukan kepala ruangan baik.

4. Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan

Kualitas dokumentasi proses keperawatan diukur dengan penilaian pada rata-rata nilai dua dokumen yang dibuat oleh masing-masing responden berdasarkan instrumen A Depkes RI. Total dokumen yang dinilai sebanyak 230 buah dokumen. Gambaran kualitas dokumentasi proses keperawatan sebagai variabel dependen dapat dilihat pada tabel 5.8 - 5.10 di bawah ini:

Tabel 5.8
Distribusi Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan
Di RSMC Jakarta, Mei 2008 (n=230)

No	STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN	SESUAI (%)	TIDAK SESUAI (%)
	PENGAJIAN		
1	Data hasil pengkajian dicatat sesuai dengan pedoman pengkajian yang ada di ruangan	94,8	5,2
2	Data dikelompokkan bio-psiko-sosio-spiritual ke dalam format dokumentasi yang berlaku	90,4	9,6
3	Masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan keadaan normal	52	48
	DIAGNOSA		
4	Diagnosa keperawatan disusun berdasarkan masalah yang telah dirumuskan	73,9	26,1
5	Diagnosa keperawatan mencerminkan PE/PES	70	30
6	Merumuskan diagnosa keperawatan actual/potensial sesuai hasil pengkajian	36,9	63,1
	PERENCANAAN		
7	Perencanaan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan	59,5	40,5
8	Disusun menurut urutan prioritas	43,9	56,1
9	Rumusan tujuan mengandung komponen pasien/subjek, perubahan perilaku, dapat dicapai, dapat diukur dan terdapat kriteria waktu	13,5	86,5
10	Rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas	74,3	25,7
11	Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien	3,47	96,4
12	Rencana tindakan menggambarkan kerja sama dengan tim kesehatan lain	93	7
	TINDAKAN KEPERAWATAN		
13	Tindakan yang dilaksanakan mengacu pada rencana perawatan yang telah disusun	19,6	80,4
14	Perawat mengobservasi respons pasien terhadap tindakan keperawatan	36,9	63,1
15	Revisi tindakan berdasarkan hasil evaluasi	72,6	27,4
16	Semua tindakan yang telah dilaksanakan dicatat ringkas dan jelas	29,1	70,9

Lanjutan Tabel 5.8
Distribusi Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan
Di RSMC Jakarta, Mei 2008 (n=230)

No	STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN	SESUAI (%)	TIDAK SESUAI (%)
	EVALUASI		
17	Evaluasi mengacu pada tujuan	64,3	35,7
18	Hasil evaluasi dicatat	59,5	40,5
	CATATAN PERAWAT		
19	Menulis catatan pada format yang baku	75,7	24,3
20	Pencatatan ditulis dengan jelas, ringkas, istilah yang baku dan benar	79,6	20,4
21	Setiap melakukan tindakan/kegiatan perawat mencantumkan paraf/nama jelas, dan tanggal serta jam dilakukannya tindakan.	37,8	62,2
22	Berkas catatan keperawatan disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku	86,9	13,0
23	Tidak mentip-ex dokumentasi atau menghitamkan kesalahan dalam pendokumentasian	32,6	67,4
24	Tidak ada ruang kosong yang tersisa pada dokumentasi proses pendokumentasian yang saya buat	0	100

Tabel 5.8. tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar responden telah melakukan pengkajian dengan baik sesuai pedoman (94,8%), dikelompokkan bio-psiko-sosio-spiritual pada format yang berlaku (90,4%), masalah yang dirumuskan tidak sesuai antara status kesehatan dengan keadaan normal (47,8%). Diagnosa disusun berdasarkan masalah yang dirumuskan (73,9%) dan masih terdapat 63% perumusan diagnosa keperawatan aktual/potensial yang tidak sesuai hasil pengkajian. Perencanaan keperawatan telah disusun sesuai dengan diagnosa (59,5%), prioritas yang disusun tidak sesuai (56,1%), rumusan tujuan tidak sesuai standar (86,5%), rencana tindakan mengacu pada tujuan (74,4%), rencana tindakan tidak menggambarkan keterlibatan pasien (96,5%) dan 93% rencana tindakan menggambarkan kerjasama dengan tim kesehatan yang lain. Sebagian besar dokumentasi tindakan yang dilaksanakan perawat (80,4%) tidak mengacu pada

perencanaan yang disusun. 63% respons pasien tidak diobservasi, (70,9%) tindakan yang telah dilakukan tidak semua terdokumentasi dengan ringkas dan jelas.

Hasil observasi peneliti pada dokumentasi evaluasi keperawatan sebagian besar telah mengacu pada tujuan (64,3%) dan (59,5%) hasil evaluasi dicatat. Catatan tertulis diformat yang berlaku (75,7%), catatan ditulis dengan jelas, ringkas dengan istilah yang benar dan baku (79,5%), dokumentasi tidak mencantumkan paraf, tanggal serta jam dilakukan tindakan (62,2%), berkas disimpan sesuai ketentuan yang berlaku (86,9%) dan terdapat tip-ex atau menghitamkan kesalahan (67,4%) serta 100% catatan perawat terdapat terdapat ruang kosong yang tersisa. Penilaian atas kualitas dokumentasi proses keperawatan ini dilakukan pada 115 orang perawat dengan setiap perawat dinilai berdasarkan dua dokumen yang dikerjakannya. Tabel 5.9. memberikan deskripsi perolehan rata-rata kualitas dokumentasi yang dilakukan oleh 115 perawat pelaksana berdasarkan pada rata-rata kedua dokumen yang dikerjakan oleh perawat.

Tabel 5.9
Rata-Rata Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan
di RSMC bulan Mei tahun 2008 (n=115)

Variabel	Mean Median	SD	Min-Max	95%CI
Dokumentasi Proses Keperawatan	60,77 62,50	9,98	33,30 – 81,25	58,93 – 62,61

Tabel tersebut menunjukkan bahwa rata-rata kualitas dokumentasi proses keperawatan sebesar 60,77 % dengan median 62,50% dan standar deviasi 9,98. Nilai kualitas dokumentasi terendah 33,30% dan tertinggi 81,25%. Hasil estimasi

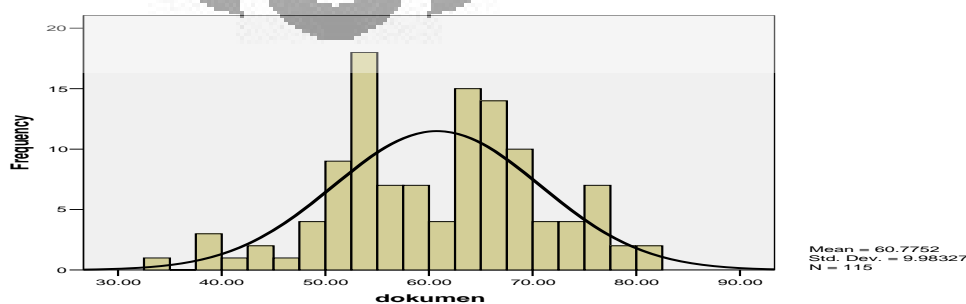
interval dengan tingkat kepercayaan 95% diyakini bahwa kualitas dokumentasi proses keperawatan berada diantara 58,93% - 62,61%. Kron (1987) mengemukakan bahwa kualitas dokumentasi dikatakan baik bila kelengkapan $\geq 80\%$ dan dikatakan kurang baik bila kelengkapan $< 80\%$. Tabel 5.10. menunjukkan kualitas dokumentasi proses keperawatan responden dalam kategori baik dan kurang baik sebagai berikut:

Tabel 5.10.
Distribusi Responden Menurut Skor Kualitas Dokumentasi
Di Instalasi Rawat Inap RSMC Jakarta, Mei 2008 (n=115)

Variabel	Kategori	n	%
Kualitas Dokumentasi	1. Baik	2	1,7
	2. Kurang baik	113	98,3

Tabel 5.10 menunjukkan bahwa kualitas dokumentasi proses keperawatan di RSMC Jakarta belum optimal yakni sekitar 98,3 % kualitas dokumentasi kurang baik dan hanya 1,7% kualitas dokumentasinya baik. Distribusi data untuk kualitas dokumentasi proses keperawatan ini normal dilihat dari histogram dan perbandingan nilai skewness dengan standar error yang lebih kecil dari 2. Distribusi data kualitas dokumentasi yang normal dapat dilihat pada gambar 5.6. sebagai berikut:

Gambar 5.6.
Histogram Data Variabel Kualitas Dokumentasi



B. Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui adanya hubungan antara variabel independen yaitu motivasi kebutuhan akan kekuasaan, motivasi kebutuhan akan afiliasi, motivasi kebutuhan berprestasi, supervisi kepala ruangan dengan variabel dependen yaitu kualitas dokumentasi proses keperawatan. Uji Koefisien Korelasi Pearsons dilakukan pada variabel independen dengan jenis data numerik dan variabel dependen dengan jenis data numerik. Uji bivariat juga dilakukan pada variabel *confounding* sebagai seleksi untuk masuk ke permodelan multivariat. Untuk variabel *confounding* digunakan uji *t test* (variabel pendidikan dan pelatihan) dan Uji koefisien korelasi pearsons (variabel pengetahuan dan masa kerja).

1. Analisis Bivariat pada Variabel Independen dengan Variabel Dependen

Tabel 5.11
Analisis Korelasi Dan Regresi Sederhana Variabel Motivasi (Motivasi Kebutuhan Kekuasaan, Motivasi Kebutuhan Berprestasi Dan Motivasi Kebutuhan Kekuasaan), Supervisi Dengan Variabel Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan.

VARIABEL INDEPENDEN	r	R ²	PERSAMAAN GARIS	P Value
M. Keb. kekuasaan	-0,063	0,072	KD=66,003 - 0,294 M.Kuasa	0,502
M. Keb. Afiliasi	-0,125	0,016	KD=70,367-0,3777 Mafiliasi	0,182
M. Keb. Prestasi	-0,287	0,082	KD=76,105-0,892 M berprestasi	0,002
Supervisi (log)	0,669	0,448	KD= -135,121 + 107,850 supervisi (log)	< 0,001

Keterangan: KD = Kualitas Dokumentasi

Tabel 5.11. menunjukkan adanya hubungan yang lemah dengan $r = -0,063$ antara motivasi kebutuhan kekuasaan dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan di ruang rawat inap RSMC Jakarta. *p Value* menunjukkan nilai $> 0,05$ berarti bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara motivasi kebutuhan kekuasaan dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan.

Dari hasil uji regresi linier sederhana didapatkan hasil kualitas dokumentasi proses keperawatan yang dapat diprediksi melalui motivasi kebutuhan kekuasaan berpola negatif artinya semakin tinggi skor motivasi kebutuhan kekuasaan maka akan semakin rendah kualitas dokumentasi proses keperawatannya. Nilai koefisien determinasi ($R^2 = 0,072$) artinya bahwa motivasi kebutuhan kekuasaan dapat menerangkan 7,2% variasi kualitas dokumentasi proses keperawatan atau persamaan garis yang diperoleh kurang baik untuk menjelaskan variabel kualitas dokumentasi.

Tabel 5.11. juga menunjukkan bahwa adanya hubungan yang lemah dengan $r = -0,125$ antara motivasi kebutuhan afiliasi dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan di ruang rawat inap RSMC Jakarta. *p Value* menunjukkan bahwa nilai $> 0,05$. Hal itu berarti bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara motivasi kebutuhan afiliasi dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan. Hasil uji regresi linier sederhana didapatkan kualitas dokumentasi proses keperawatan yang dapat diprediksi melalui motivasi kebutuhan afiliasi berpola negatif artinya semakin tinggi skor motivasi kebutuhan afiliasi maka akan semakin rendah kualitas dokumentasi proses keperawatannya. Nilai koefisien determinasi ($R^2 = 0,016$) artinya bahwa

motivasi kebutuhan afiliasi dapat menerangkan 1,6% variasi kualitas dokumentasi proses keperawatan.

Tabel 5.11. juga menunjukkan adanya hubungan yang lemah dengan $r = -0,287$ antara motivasi kebutuhan prestasi dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan di ruang rawat inap RSMC Jakarta. *p Value* menunjukkan bahwa nilai $< 0,05$. Hal itu berarti bahwa ada hubungan yang bermakna antara motivasi kebutuhan berprestasi dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan. Hasil uji regresi linier sederhana didapatkan hasil kualitas dokumentasi proses keperawatan yang dapat diprediksi melalui motivasi kebutuhan berprestasi berpola negatif artinya semakin tinggi skor motivasi kebutuhan berprestasi maka akan semakin rendah kualitas dokumentasi proses keperawatannya. Nilai koefisien determinasi ($R^2 = 0,082$) artinya bahwa motivasi berprestasi dapat menerangkan 8,2% variasi kualitas dokumentasi proses keperawatan.

Tabel 5.11. juga memperlihatkan adanya hubungan yang kuat dengan $r = 0,669$ antara supervisi kepala ruangan dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan di ruang rawat inap RSMC Jakarta. *p Value* menunjukkan bahwa nilai $< 0,05$. Hal itu berarti bahwa ada hubungan yang bermakna antara supervisi kepala ruangan dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan. Hasil uji regresi linier sederhana didapatkan hasil kualitas dokumentasi proses keperawatan yang dapat diprediksi melalui supervisi kepala ruangan berpola positif artinya semakin tinggi skor supervisi kepala ruangan maka akan semakin tinggi kualitas dokumentasi proses keperawatannya. Nilai koefisien determinasi ($R^2 = 0,448$) artinya bahwa supervisi

kepala ruangan dapat menerangkan 44,8% variasi kualitas dokumentasi proses keperawatan.

2. Analisa Bivariat Pada Variabel Confounding

Analisa bivariat pada variabel confounding dengan menggunakan uji t test (untuk menghubungkan variabel tingkat pendidikan dan pelatihan) dan uji koefisien korelasi pearson (untuk variabel pengetahuan dan masa kerja).

- a. Hubungan antara Masa kerja dan pengetahuan perawat dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan dengan menggunakan uji Koefisien Korelasi Pearsons dirangkum pada tabel 5.12. sebagai berikut :

Tabel 5.12.

Analisis Hubungan Masa Kerja dan Pengetahuan Perawat Pelaksana dengan Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSMC Jakarta, Mei 2008

Variabel	r	p Value	N
Masa kerja	-0,333	< 0,001	115
Pengetahuan	0,626	< 0,001	115

Hasil analisis hubungan antara masa kerja dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan diperoleh $r = -0,333$ yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang sedang dan berpola negatif antara masa kerja dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan. (Colton dalam Hastono 2007). Hasil uji statistik diperoleh $p Value < 0,001$ ($p Value < 0,05$) sehingga ada hubungan yang signifikan antara masa kerja dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan. Hal tersebut berarti bahwa bertambah masa kerja perawat pelaksana semakin menurun kualitas dokumentasi proses keperawatannya.

Pada variable pengetahuan diperoleh $r = 0,626$ yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang kuat dan berpola positif antara pengetahuan dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan (Colton dalam Hastono 2007). Hasil uji statistik diperoleh $p \text{ Value} < 0,001$ ($p \text{ Value} < 0,05$) sehingga ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan perawat pelaksana dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan. Hal ini berarti bahwa semakin bertambah skor pengetahuan perawat pelaksana maka semakin meningkat kualitas dokumentasi proses keperawatannya.

b. Hubungan antara tingkat pendidikan dan pelatihan dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan dengan menggunakan uji t independen dirangkum pada tabel 5.13. sebagai berikut :

Tabel 5.13.
Analisis Hubungan Tingkat Pendidikan dan Pelatihan Perawat Pelaksana dengan Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Marinir Cilandak Jakarta, Mei 2008

Variabel	Mean	SD	SE	p Value	N
Pendidikan					
SPK	53,97	7,75	1,065	< 0,001	53
Akper	66,59	7,77	0,987		62
Pelatihan					
Tidak Pernah	59,67	10,05	1,015	0,001	98
Pernah	67,17	6,79	1,647		17

Hasil analisis hubungan antara tingkat pendidikan dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan diperoleh bahwa rata-rata skor perawat pelaksana dengan tingkat pendidikan Akper adalah 66,59 dengan standar deviasi 7,77 sedangkan

untuk rata-rata skor perawat pelaksana dengan tingkat pendidikan SPK adalah 53,97 dengan standar deviasi 7,75. Hasil Uji statistik didapatkan p Value $< 0,001$ berarti bahwa pada alpha 5% terdapat perbedaan yang signifikan pada kualitas dokumentasi proses keperawatan pada perawat dengan tingkat pendidikan SPK dan Akper.

Hasil analisis hubungan antara pelatihan dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan diperoleh bahwa rata-rata skor perawat yang tidak pernah ikut pelatihan dokumentasi 59,67 dengan standar deviasi 10,05 sedangkan rata-rata skor perawat yang pernah pelatihan dokumentasi adalah 67,17 dengan standar deviasi 6,79. Hasil Uji statistik didapatkan p Value 0,001 berarti bahwa pada alpha 5% terdapat perbedaan yang signifikan pada kualitas dokumentasi proses keperawatan pada perawat yang pernah mengikuti pelatihan dengan yang tidak pernah mengikuti pelatihan.

C. Analisis Multivariat

Analisis multivariat ini digunakan untuk mengetahui faktor dominan yang mempengaruhi kualitas dokumentasi. Pada analisis ini juga diperoleh informasi karakteristik responden yang menjadi *confounder* terhadap variabel motivasi dan supervisi dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan.

1. Pemilihan Kandidat Multivariat

Langkah awal yang dilakukan adalah pemilihan variabel kandidat berdasarkan pertimbangan substansi atau statistik. Pertimbangan statistik apabila variabel yang memiliki p Value $< 0,25$ dari analisis bivariat akan masuk dalam

permodelan. Berdasarkan substansi apabila variabel kandidat yang dipilih secara teori merupakan variabel prediktor terhadap variabel dependen (Hastono, 2001). Hasil seleksi bivariat pada penelitian ini terlihat pada tabel 5.14. sebagai berikut:

Tabel 5.14

Analisis Bivariat Variabel Motivasi (Kebutuhan Akan Kekuasaan, Afiliasi Dan Berprestasi), Supervisi Dan Karakteristik Perawat Dengan Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan Di RSMC Jakarta, Mei 2008 (n=115)

No	Variabel	P Value
1	Motivasi Kebutuhan Kekuasaan	0,502
2	Motivasi Kebutuhan afiliasi	0,182
3	Motivasi Kebutuhan Berprestasi	0,002
4	Supervisi (log)	< 0,001
5	Pendidikan	< 0,001
6	Pelatihan	0,001
7	Pengetahuan	< 0,001
8	Masa Kerja (log)	< 0,001

Hasil analisis seleksi bivariat tersebut menunjukkan bahwa hanya ada satu variabel yang tidak memenuhi syarat masuk permodelan yaitu variabel motivasi kebutuhan berkuasa dengan memiliki *p Value* 0,502 (*p Value* > 0,25) namun oleh karena secara substansi variabel tersebut penting maka variabel tersebut dimasukkan dalam permodelan.

2. Permodelan Multivariat

Pada tahap ini dilakukan permodelan multivariat dengan cara memilih variabel yang masuk ke dalam permodelan dengan cara mempertahankan variabel dengan *p Value* < 0,05 dan mengeluarkan variabel dengan *p*

$Value > 0,05$. Pengeluaran variabel tersebut bertahap dimulai dari variabel yang mempunyai $p Value$ terbesar. Hasil analisis permodelan multivariat pertama dapat dilihat pada tabel 5.15. di bawah ini:

Tabel 5.15.

Analisis Multivariat Regresi Linier Ganda Variabel Motivasi (Kebutuhan Akan Kekuasaan, Afiliasi Dan Berprestasi), Supervisi Dan Karakteristik Perawat Dengan Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan Di RSMC Jakarta, Mei 2008 (n=115)

MODEL	B	BETA	p Value	F	R ²
Motivasi kekuasaan	-0,05	0,28	0,854	28,438	0,682
Motivasi Afiliasi	0,34	0,23	0,149		
Motivasi berprestasi	-0,77	0,22	0,001		
Supervisi (log)	62,64	10,87	< 0,001		
Pendidikan	5,84	1,60	< 0,001		
Pelatihan	1,60	1,76	0,365		
Pengetahuan	0,33	0,08	< 0,001		
Masakerja (log)	0,91	2,14	0,672		

Hasil analisis multivariat regresi ganda diatas menunjukkan bahwa $p Value$ yang lebih dari 0,05 dari urutan terbesar adalah motivasi kebutuhan kekuasaan 0,854, masa kerja (log) 0,672, pelatihan 0,365 dan motivasi kebutuhan afiliasi 0,149. Dengan demikian variabel dengan $p Value > 0,05$ akan dikeluarkan satu persatu. Variabel yang pertama kali dikeluarkan adalah motivasi kekuasaan. Hasil analisis model multivariat tanpa variabel motivasi kebutuhan kekuasaan dapat dilihat pada tabel 5.16 di bawah ini:

Tabel 5.16.

Analisis Multivariat Regresi Linier Ganda Variabel Motivasi (Kebutuhan Afiliasi Dan Berprestasi), Supervisi Dan Karakteristik Perawat Dengan Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan Di RSMC Jakarta, Mei 2008 (n=115)

MODEL	B	BETA	p Value	F	R ²
Motivasi Afiliasi	0,33	0,11	0,148	32,792	0,682
Motivasi berprestasi	-0,77	-0,25	0,001		
Supervisi (log)	62,39	0,39	< 0,001		
Pendidikan	5,87	0,29	< 0,001		
Pelatihan	1,54	0,05	0,373		
Pengetahuan	0,33	0,28	< 0,001		
Masakerja (log)	0,89	0,03	0,675		

Hasil pengeluan variabel motivasi kebutuhan kekuasaan menyebabkan perubahan koefisien lebih dari 10 % pada variabel supervisi sehingga variabel ini dimasukkan kembali dalam permodelan. Langkah berikutnya adalah mengeluarkan variabel masa kerja. Hasil analisis permodelan multivariat setelah mengeluarkan variabel masa kerja dapat dilihat pada tabel 5.17. di bawah ini:

Tabel 5.17.

**Analisis Multivariat Regresi Linier Ganda Variabel Motivasi
(Kebutuhan Akan Kekuasaan, Afiliasi Dan Berprestasi), Supervisi Dan
Karakteristik Perawat (Pendidikan, pelatihan, dan pengetahuan) Dengan
Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan Di RSMC Jakarta, Mei 2008
(n=115)**

MODEL	B	BETA	p Value	F	R ²
Motivasi kekuasaan	- 0,05	-0,01	0,865	32,726	0,682
Motivasi Afiliasi	0,33	0,11	0,156		
Motivasi berprestasi	-0,76	-0,24	0,001		
Supervisi (log)	63,16	0,39	< 0,001		
Pendidikan	5,47	0,27	< 0,001		
Pengetahuan	0,33	0,28	< 0,001		
pelatihan	1,57	0,06	0,373		

Hasil pengeluan variabel masa kerja menyebabkan perubahan koefisien lebih dari 10 % pada variabel supervisi dan pendidikan sehingga variabel ini dimasukkan kembali dalam permodelan. Langkah berikutnya adalah mengeluarkan variabel pelatihan. Hasil analisis permodelan multivariat setelah mengeluarkan variabel pelatihan dapat dilihat pada tabel 5.18. di bawah ini:

Tabel 5.18.

Analisis Multivariat Regresi Linier Ganda
Variabel Motivasi (Kebutuhan Akan Kekuasaan, Afiliasi Dan Berprestasi),
Supervisi Dan Karakteristik Perawat (Pendidikan, Pengetahuan dan Masa
kerja) Dengan Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan
Di RSMC Jakarta, Mei 2008 (N=115)

MODEL	B	Beta	p Value	F	R ²
Motivasi kekuasaan	- 0,002	-0,001	0,993	32,435	0,680
Motivasi Afiliasi	0,27	0,09	0,227		
Motivasi berprestasi	-0,78	-0,25	0,001		
Supervisi (log)	63,80	0,40	< 0,001		
Pendidikan	5,93	0,30	< 0,001		
Pengetahuan	0,33	0,28	< 0,001		
Masakerja (log)	0,83	0,03	0,701		

Hasil pengeluaran variabel pelatihan menyebabkan perubahan koefisien lebih dari 10 % pada variabel supervisi. Variabel ini kemudian dimasukkan kembali dalam permodelan. Langkah berikutnya adalah mengeluarkan variabel motivasi kebutuhan afiliasi. Hasil analisis permodelan multivariat setelah mengeluarkan motivasi kebutuhan afiliasi dapat dilihat pada tabel 5.19. di bawah ini

Tabel 5.19.
Analisis Multivariat Regresi Linier Ganda
Variabel Motivasi (Kebutuhan Akan Kekuasaan Dan Berprestasi),
Supervisi Dan Karakteristik Perawat (Pendidikan, Pelatihan, Masa
Kerja dan pengetahuan) Dengan Kualitas Dokumentasi Proses
Keperawatan Di RSMC Jakarta, Mei 2008 (n=115)

MODEL	B	BETA	p Value	F	R ²
Motivasi kekuasaan	0,04	0,01	0,873	31,869	0,676
Motivasi berprestasi	-0,59	-0,19	0,002		
Supervisi (log)	64,32	0,40	< 0,001		
Pelatihan	0,72	0,03	0,665		
Pendidikan	5,96	0,30	< 0,001		
Pengetahuan	0,32	0,26	< 0,001		
Masakerja (log)	0,65	0,02	0,762		

Pengeluaran variabel motivasi kebutuhan afiliasi terjadi perubahan koefisien lebih dari 10 % pada variabel supervisi, motivasi berprestasi, pendidikan, pelatihan dan masa kerja. Sehingga variabel motivasi kebutuhan afiliasi ini dimasukkan kembali dalam permodelan.

Kemudian dilakukan uji asumsi independensi, eksistensi (variabel random), *homoscedascity*, linearitas, normalitas, kolinearitas antar variabel independen bagai berikut:

a. Uji asumsi independensi

Hasil uji Durbin Watson menunjukkan nilai 2,031. Hal ini berarti asumsi independensi terpenuhi karena nilainya berada diantara -2 sampai dengan +2. Tabel 5.20 menunjukkan hasil dari uji durbin watson.

Tabel 5.20
Hasil Uji Durbin Watson

R	R Square	Adjusted R Square	SE	Durbin Watson
0,826	0,682	0658	5.83680	2,031

Variabel Dependen: Kualitas Dokumentasi

b. Uji eksistensi

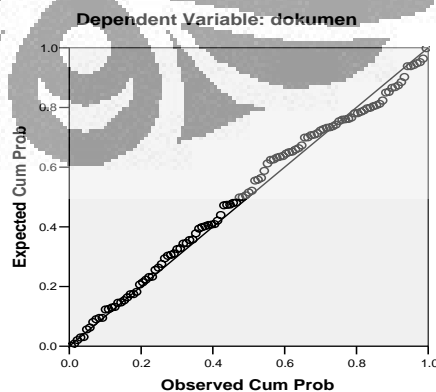
Hasil uji asumsi eksistensi menunjukkan *mean residual* 0,0000 dan standar deviasi 5,63 dengan demikian asumsi eksistensi terpenuhi (karena residual menunjukkan *mean* mendekati nilai nol dan ada sebaran/ standar deviasi).

c. Uji Homosedascity

Hasil plot menunjukkan asumsi *homoscedascity* terpenuhi, karena sebaran titik mempunyai pola yang sama antara titik-titik yang berada di atas dan di bawah garis diagonal (0). Dapat dilihat pada gambar 5.8. di bawah ini:

Gambar 5.7
P- Plot Uji Homosedascity

Normal P-P Plot of Regression Standardized Residual

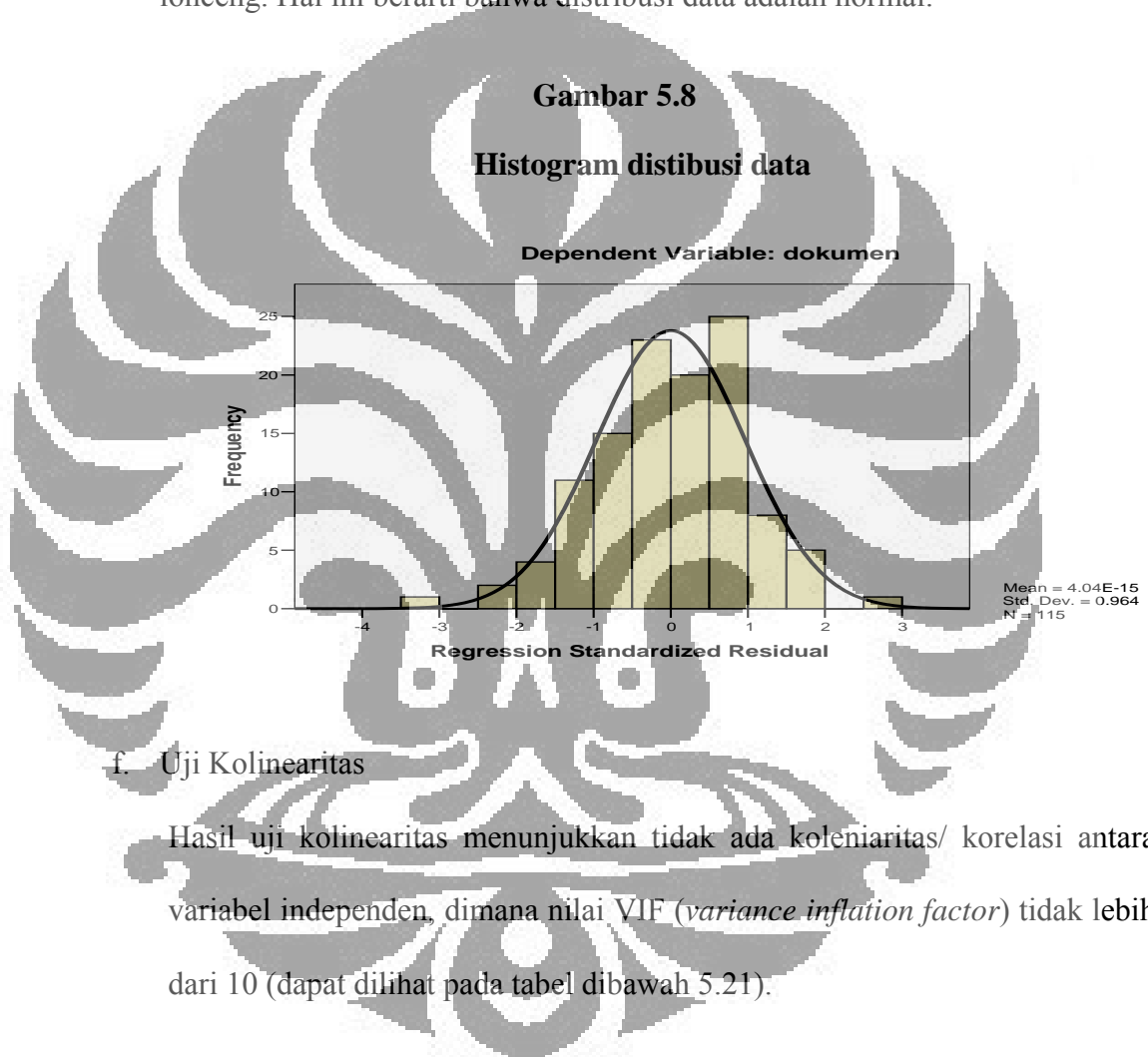


d. Uji Linieritas

Hasil uji anova menunjukkan asumsi linearitas terpenuhi karena p Value $0,0001 < 0,05$.

e. Uji Normalitas

Grafik histogram di bawah ini menunjukkan bentuk kurva normal seperti lonceng. Hal ini berarti bahwa distribusi data adalah normal.



f. Uji Kolinearitas

Hasil uji kolinearitas menunjukkan tidak ada kolieniaritas/ korelasi antara variabel independen, dimana nilai VIF (*variance inflation factor*) tidak lebih dari 10 (dapat dilihat pada tabel dibawah 5.21).

Hasil menunjukkan bahwa semua uji terpenuhi, sehingga model dapat digunakan untuk memprediksi kualitas dokumentasi proses keperawatan. Uji Interaksi tidak dilakukan karena secara substansi antar variabel dipandang tidak ada interaksi.

3. Permodelan Akhir

Hasil analisis multivariat regresi linier ganda terhadap motivasi (kebutuhan akan kekuasaan, kebutuhan akan afiliasi dan kebutuhan berprestasi) dan supervisi dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan setelah dikontrol oleh variabel *confounding* didapatkan model akhir sebagai berikut:

Tabel 5.21
Model Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan
Di RSMC Jakarta Bulan Mei Tahun 2008 (n=115)

Variabel	B	Beta	Sig	VIF	R^2	P Value
Constanta	- 81,34					
Motivasi kekuasaan	-0,05	-0,01	0,854	1,221	0,682	< 0,001
Motivasi Afiliasi	0,34	0,11	0,149	1,991		
Motivasi berprestasi	-0,78	-0,25	0,001	1,696		
Supervisi (log)	62,64	0,39	< 0,001	1,517		
Pendidikan	5,84	0,29	< 0,001	2,154		
Pelatihan	1,60	0,06	0,365	1,323		
Masakerja (log)	0,91	0,03	0,672	1,576		
Pengetahuan	0,33	0,28	< 0,001	1,518		

Dependen Variabel : Kualitas Dokumentasi

Dari model regresi yang dihasilkan ternyata variabel motivasi kebutuhan afiliasi, motivasi kebutuhan berprestasi dan supervisi, pendidikan, masa kerja, pengetahuan dan pelatihan menjadi faktor prediktor kualitas dokumentasi proses keperawatan. *R square* 0,682 yang berarti model regresi yang diperoleh dapat menjelaskan 68,2% variabel kualitas dokumentasi proses keperawatan sedangkan sisanya dijelaskan oleh faktor lain. *p Value* < 0,001 yang berarti pada alpha 5%

model regresi cocok dengan data yang ada. Pada kotak *coefficient* didapatkan persamaan garis regresi sebagai berikut:

Kualitas Dokumentasi = - 81,34 -0,78 motivasi berprestasi – 0,05 motivasi kebutuhan berkuasa + 0,34 motivasi kebutuhan afiliasi + 62,64 supervisi (log) + 5,84 pendidikan + 1,60 pelatihan + 0,91 masa kerja (log) + 0,33 pengetahuan

Model tersebut memiliki arti sebagai berikut:

- a) Setiap peningkatan skor motivasi berprestasi maka kualitas dokumentasi akan menurun sebesar 0,78 setelah dikontrol oleh variabel motivasi kebutuhan berkuasa, kebutuhan afiliasi, variabel supervisi, pendidikan, pelatihan, masa kerja dan pengetahuan.
- b) Setiap peningkatan skor motivasi kebutuhan berkuasa maka kualitas dokumentasi menurun sebesar 0,05 setelah dikontrol oleh variabel motivasi kebutuhan afiliasi, motivasi kebutuhan berprestasi, variabel supervisi, pendidikan, pelatihan, masa kerja dan pengetahuan.
- c) Setiap peningkatan skor motivasi afiliasi, maka kualitas dokumentasi akan meningkat sebesar 0,34 setelah dikontrol oleh variabel motivasi kebutuhan kekuasaan, motivasi kebutuhan berprestasi, variabel supervisi, pendidikan, pelatihan, masa kerja dan pengetahuan.
- d) Setiap peningkatan skor supervisi kepala ruangan, maka kualitas dokumentasi proses keperawatan akan meningkat sebesar 62,64 setelah dikontrol oleh variabel motivasi kebutuhan kekuasaan, kebutuhan afiliasi,

- kebutuhan berprestasi, pendidikan, pengetahuan, masa kerja dan pendidikan.
- e) Setiap penambahan masa kerja 1 tahun maka kualitas dokumentasi proses keperawatan akan meningkat sebesar 0,91 setelah dikontrol oleh variabel motivasi kebutuhan kekuasaan, kebutuhan afiliasi, kebutuhan berprestasi, supervisi, pendidikan, pengetahuan, dan pelatihan.
 - f) Setiap peningkatan skor pengetahuan, maka kualitas dokumentasi akan meningkat sebesar 0,33 setelah dikontrol oleh variabel motivasi kebutuhan kekuasaan, kebutuhan afiliasi, kebutuhan berprestasi, supervisi pendidikan, pelatihan, dan masa kerja.
 - g) Kualitas dokumentasi akan meningkat sebesar 1,60 pada perawat yang pernah mengikuti pelatihan daripada yang tidak mengikuti pelatihan setelah dikontrol oleh variabel motivasi kebutuhan berkuasa, afiliasi, kebutuhan berprestasi, variabel supervisi, pendidikan, masa kerja dan pengetahuan.
 - h) Kualitas Dokumentasi akan meningkat sebesar 5,84 pada perawat yang berpendidikan Akper daripada perawat yang berpendidikan SPK setelah dikontrol oleh variabel motivasi kebutuhan berkuasa, afiliasi, kebutuhan berprestasi, variabel supervisi, pelatihan, masa kerja dan pengetahuan.
 - i) Berdasar kolom Beta dapat disimpulkan bahwa variabel yang memiliki pengaruh besar terhadap kualitas dokumentasi adalah variabel supervisi kepala ruangan yaitu sebesar 62,64.

D. Analisis Data Kualitatif

Data kualitatif diperoleh dengan cara wawancara mendalam kepada 6 kepala ruangan sebagai *key informan* terkait dengan supervisi yang dilakukan oleh kepala ruangan terhadap dokumentasi proses keperawatan dan kendala yang ditemui dalam pelaksanaan supervisi. Data yang diperoleh dianalisis dengan metode tematik analisis yakni dengan mengelompokkan informasi dengan tema sejenis dari variabel yang diteliti. Hasil tematik analisis diuraikan sebagai berikut:

1. Peran dan fungsi kepala ruangan belum optimal dalam memberikan arahan, bimbingan, role model dan evaluasi pada dokumentasi proses keperawatan.

Semua kepala ruangan menyatakan bahwa peran mereka sebagai supervisor dokumentasi belum berjalan sebagaimana yang seharusnya, supervisi diberikan sebatas himbauan untuk mengisi dan melengkapi dokumentasi belum kepada substansi atau cara pendokumentasian yang baik dan benar.

Berikut ilustrasi pernyataan beberapa kepala ruangan:

“Bimbingan secara langsung sih saya enggak pernah, paling ya sekilas-sekilas aja kalo mereka lagi buat. saya lihat garis besarnya aja, askepnya dah dibikin ya udah, belum memfokuskan ke askep dan belum pernah aku mengarahkan yang sedetail itu belum pernah” (p3)

“saya mengevaluasinya sebatas udah lengkap atau belum, yang diminta itu kelengkapan belum sampe pada bener atau gak ‘. (p2)

2. Faktor – faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan supervisi kepala ruangan terhadap dokumentasi proses keperawatan

a. Kompetensi mendokumentasikan proses keperawatan

Empat kepala ruangan ini menyatakan bahwa ilmu atau teori mereka kurang, mereka perlu ilmu untuk mensupervisi dokumentasi, dan pembuatan askep perlu alur pikir dan lima dari enam kepala ruangan juga berpendapat bahwa kompetensi tenaga perawatnya juga kurang dalam dokumentasi proses keperawatan. Beberapa pernyataan berikut akan memberikan ilustrasi:

“ Saya terus terang sih masih kesulitan karena Kita terbatas juga dari segi pendidikan, terus ilmu yang sudah lama bekerja kan sudah gak baru lagi, masalahnya untuk tindakan mungkin OK mereka, tetapi untuk pembuatan askep, dari pengkajian, sampe diagnosa, sampe pelaksanaan, sampe evaluasi kayaknya masih pada kurang deh... termasuk kepala ruangnya, kemampuannya juga masih kurang “ (p5)

“...kalo diserahkan ke SPK untuk askep mereka tidak mengerti. kadang-kadang gak matching. kan harus dilihat dulu keluhannya apa. mereka buat tapi ya sederhana aja, kan askep itu perlu alur pikir meskipun misalnya cuma tinggal lihat aja, harus dipilih-pilih mana tindakan yang sesuai dengan kondisi pasien dan saya juga teori gak punya kalo pengalaman saya punya...(p1)

b. Beban kerja kepala ruangan

Seluruh kepala ruangan mengatakan bahwa beban kerja kepala ruangan tinggi meliputi tugas administrasi, tugas kemarkasan dan tugas diruangan.

Beberapa pernyataan berikut akan memberikan ilustrasi:

“ Tugas supervisi yang kita lakukan tidak hanya terfokus pada dokumentasi proses keperawatan ya, tapi juga tugasnya ganda mencakup tugas administrasi ya.tugas.kemarkasan ya, trus kebutuhan-kebutuhan non kesehatan ya, semua dipegang oleh kepala ruangan”. (p1)

“ Jadi disini kepala ruangan banyak ngurusin administrasi mba. Harusnyakan tiap ruangan ada bagian administrasinya. Ya disini kepala ruangan yang ngerjain administrasi. Belum lagi kalau ada rapat, latihan...”(p 6)

c. Waktu dan Jadwal Pelaksanaan Supervisi

Seluruh kepala ruangan mengatakan bahwa waktu mereka untuk melakukan supervisi dokumentasi terbatas karena banyak pekerjaan yang harus mereka lakukan. Beberapa pernyataan berikut akan memberikan ilustrasi:

“ Dari pagi sampe jam 11 misalnya aku latihan. Sampe ruangan sudah siang. Jam 14.30 sudah jadwal pulang. Ya... jadi waktu aku kadang gak ada. Kurang waktu lah istilahnya. Jadi kadang-kadang gak sempat mengarahkan atau membimbing perawat. Jadi ya...Selama ini engga ada jadwal, enggak bisa waktunya untuk memberikan pengarahan dokumentasi.” (p3)

d. Motivasi Menulis

Tiga kepala ruangan menyatakan bahwa kemauan perawat untuk fokus menulis dokumentasi masih rendah. Pernyataan berikut akan memberikan ilustrasi:

Memang saya sedang mengusahakan untuk...ee.. anggota saya tu ...apa namanya ... membiasakan diri menulis, karena awal-awal saya masuk disini kadang-kadang sampe dichek pasien mau pulang.... masih kosong. Jadi apa ya...jadi saya membiasakan setiap perawat untuk mau menulis.(p5)

Kebanyakan disini yang SPK kurang untuk pembuatan askepnya, mereka lebih senang ke pasien daripada buat askep, kadang dia nanya ke D3, setelah diberitahu juga kadang- kadang gak nyambung (p1)

e. Pemberian reward

Tiga dari enam kepala ruangan menyatakan bahwa motivasi dirasakan masih kurang sehingga hal tersebut dapat menjadi faktor penurunan motivasi bagi perawat dan kepala ruangan terkait dokumentasi proses keperawatan. Pernyataan berikut akan memberikan ilustrasi:

“ Menulis itu tidak pengaruh ke insentif, mba. Umumnya untuk sikap. Dikerjakan atau tidak dokumentasinya gak pengaruh apa-apa ke penilaian, ke insentif. “ (p3)

“ jabatan fungsional perawat disini belum diakui sehingga banyak perawat-perawat yang banting setir ke bagian lain” (p5)

“ kenaikan pangkat disini setiap empat tahun sekali mba untuk yang PNS. Yang honorer ya gak ada kenaikan pangkat. (p4)

f. Tenaga perawat yang kurang

Empat dari enam kepala ruangan menyatakan saat ini tenaga keperawatannya sedang berkurang karena ada yang mutasi dinas ke RSAL lain dan tugas kedinasan lainnya. Ilustrasi pernyataan kepala ruangan tergambar sebagai berikut:

...Mungkin dokumentasinya jauh dari lengkap, mohon maaf saja mba, saya yakin sudah semua mereka lakukan tapi tidak semua ditulis. Saya memahami kenapa gak ditulis. Kadang-kadang mereka gak sempat, mau makan aja kadang mereka gak sempat. Tidak kepegang, dia baru datang dia harus bikin struk, mereka centang format pemeriksaan laboratorium mereka juga isi lembar biling visit dokter, mereka nyiapain obat, buat laporan, bikin ini, bikin itu, belum mereka megang pasien, jadi kadang dokumentasi itu mereka,...eh ...gak kepegang sampe aplusan (p4)

3. Saran atau upaya untuk meningkatkan kualitas dokumentasi yaitu dengan penggantian format baru, penggantian SOP askep, pengadaan tenaga administrasi tiap ruangan serta pengadaan pelatihan dokumentasi.

Empat kepala ruangan menyatakan bahwa format dokumentasi lebih baik dalam bentuk check list sehingga tidak memakan waktu yang lama dalam pendokumentasian dan perawat akan merasa lebih mudah. Seluruh kepala ruangan mengeluhkan tugas administrasi yang mereka jalankan sehingga tugas supervisi mereka tidak maksimal dan menyarankan sebaiknya tiap ruangan memiliki bagian administrasi sendiri. Selain itu perlu adanya pelatihan mengingat ilmu yang mereka miliki terkait dokumentasi ini perlu ditingkatkan.

Berikut pernyataan beberapa kepala ruangan:

“Ya menurut saya kita perlu juga ... ya pelatihan dokumentasi. Saya sendiri belum pernah ikut pelatihan dokumentasi. Biar ada pengetahuan baru kali mba...Mungkin bergilir ya, semua kepala ruangan ikut pelatihan, dah gitu terus wakil kepala ruangan, katim-katim dan akhirnya perawat deh sehingga kita sama persepsinya.” (p2)

“Kita kan disini untuk mendokumentasikan proses keperawatan masih manual mba...maksudnya masih menulis...baru format pengkajian saja yang sudah check list yang lain belum. Jadi sedikit banyaknya memerlukan waktu. Mungkin kalau formatnya sudah check list mereka akan lebih gampang kan...tinggal nyonteng” (p2)

“Jadi disini kepala ruangan banyak ngurusin administrasi mba. Baiknya kan tiap ruangan ada bagian administrasinya” (p5)

BAB VI

PEMBAHASAN PENELITIAN

Bab ini membahas tentang interpretasi dan diskusi hasil, keterbatasan penelitian serta implikasi penelitian terhadap pelayanan keperawatan. Interpretasi dan diskusi hasil membahas tentang kesenjangan maupun kesesuaian antara hasil penelitian yang dilaksanakan di Rumah Sakit Mariner Cilandak dengan hasil penelitian sebelumnya serta landasan studi kepustakaan. Keterbatasan penelitian membahas tentang keterbatasan terhadap penggunaan metodologi penelitian dan implikasi penelitian membahas tentang pengaruh atau manfaat hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan, pendidikan keperawatan dan penelitian berikutnya.

A. Interpretasi dan Diskusi Hasil

Pembahasan ini diawali dengan pembahasan kualitas dokumentasi, hubungan motivasi (motivasi kebutuhan kekuasaan, motivasi kebutuhan berafiliasi dan motivasi kebutuhan berprestasi) dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan, supervisi kepala ruangan dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan, karakteristik perawat (sebagai *variabel confounding*) dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan.

1. Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan

Hasil penelitian ini menggambarkan bahwa rata-rata kualitas dokumentasi proses keperawatan di instalasi rawat inap RSMC Jakarta adalah sebesar 60,77% dengan nilai kualitas dokumentasi terendah 33,30% dan tertinggi 81,25%. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% diyakini bahwa kualitas dokumentasi proses keperawatan berada diantara 58,93% sampai dengan 62,61%. Menurut Kron (1987) kualitas dokumentasi dikatakan baik bila bernilai $\geq 80\%$ sehingga diketahui bahwa 98,3% kualitas dokumentasi proses keperawatan kurang baik dan hanya 1,7% kualitas dokumentasi proses keperawatan di RSMC yang dapat dikatakan baik.

Hasil observasi dokumentasi yang peneliti lakukan di RSMC ditemukan data sebagai berikut: masalah yang dirumuskan tidak sesuai antara status kesehatan dengan keadaan normal (47,8%), perumusan diagnosa keperawatan aktual/potensial tidak sesuai dengan hasil pengkajian (63%), prioritas yang disusun tidak sesuai kondisi pasien (56,1%), rumusan tujuan tidak sesuai standar (86,5%), rencana tindakan tidak menggambarkan keterlibatan pasien (96,5%), tindakan yang dilaksanakan perawat tidak mengacu pada perencanaan yang disusun (80,4%), respons pasien tidak terdokumentasi (63%), tindakan yang telah dilakukan tidak semua terdokumentasi dengan ringkas dan jelas (70,9%), dokumentasi tidak mencantumkan paraf, tanggal serta jam dilakukan tindakan (62,2%), terdapat *tip-ex* atau menghitamkan kesalahan (67,4%) serta 100% catatan perawat terdapat ruang kosong yang tersisa.

Kondisi tersebut diatas tentunya sangat memprihatinkan sebab sebuah dokumentasi dikatakan berkualitas baik bila akurat, lengkap dan sesuai standar (Champ & Iyer, 2005; Depkes RI, 2001; Potter & Perry, 1997; Prihardjo, 1995). Kualitas dokumentasi proses keperawatan yang kurang baik tersebut dapat menjadi alat evaluasi bagi rumah sakit untuk mengetahui sejauhmana pencapaian pemberian asuhan keperawatan pada pasien (Aziz, 2002; Nursalam, 2002). Akibat dari pendokumentasian yang tidak berkualitas dapat menyebabkan kesinambungan asuhan keperawatan terputus dan peningkatan mutu pelayanan keperawatan menjadi terhambat. Untuk itu sangat diperlukan kemampuan perawat dalam berpikir kritis, logis dan analitik dengan menggunakan langkah-langkah proses keperawatan sebagai kerangka kerja yang ilmiah sehingga mampu menyelesaikan dan mengatasi setiap permasalahan yang muncul pada pasien (Depkes RI, 1993; Doengoes, 1995; Koziar, 1995).

Berdasarkan data-data tersebut jelas sekali telah terjadi pelanggaran terhadap standar yang telah ditetapkan PPNI (2000, dalam Nursalam 2002). Pelanggaran terhadap standar dapat menyebabkan masalah hukum bagi perawat dan rumah sakit. Kelalaian perawat dalam melakukan dokumentasi keperawatan dapat menempatkan perawat pada posisi “rawan” gugatan hukum sebab secara legal perawat terbukti tidak melakukan perumusan masalah dengan baik, tidak melakukan semua tindakan yang seharusnya dilakukan dan secara hukum keadaan tersebut dapat di minta tanggung gugatnya, meskipun pada

kenyataannya tindakan keperawatan telah dilakukan. Sebagaimana yang diungkapkan kepala ruangan sebagai berikut:

“...Mungkin jauh dari lengkap, mohon maaf saja mba, saya yakin sudah semua mereka lakukan tapi tidak semua ditulis. Saya memahami kenapa gak ditulis...”

Penyebab dari kurang baiknya kualitas dokumentasi proses keperawatan perawat pelaksana di RSMC ini dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Hasil penelitian ini mendapatkan beberapa variabel yang berhubungan dengan kualitas dokumentasi yaitu motivasi kebutuhan kekuasaan, motivasi kebutuhan afiliasi, motivasi kebutuhan berprestasi, supervisi kepala ruangan, masa kerja, pengetahuan perawat, pelatihan dan pendidikan.

Berdasarkan penyebaran kuisioner pada perawat pelaksana diketahui bahwa terdapat sebagian besar perawat memiliki skor motivasi kebutuhan kekuasaan yang kurang baik dalam melakukan dokumentasi proses keperawatan yakni sebesar 79,1% dan sebanyak 75,7% perawat memiliki skor motivasi kebutuhan berprestasi yang kurang baik dalam melakukan dokumentasi proses keperawatan. Keadaan ini dapat menjadi latar belakang penyebab kualitas dokumentasi menjadi kurang baik sebagaimana yang dikemukakan oleh Aziz (2001), Hersey & Blancard (dalam La Monica, 1998), Winardi (2004), Yusuf (2004) bahwa motivasi yang tinggi pada perawat dapat meningkatkan kinerja karyawan.

Persepsi perawat tentang supervisi yang dilakukan kepala ruangan menunjukkan bahwa 81,7% perawat berpersepsi supervisi yang dilakukan kepala ruangan kurang baik dan terdapat hubungan yang signifikan antara supervisi kepala ruangan dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan. Hasil analisis multivariat diketahui bahwa supervisi merupakan variabel yang paling berpengaruh terhadap kualitas dokumentasi di RSMC Cilandak.

Pelaksanaan supervisi kepala ruangan yang belum optimal dapat menyebabkan antara lain kekurangan karyawan tidak cepat terkoreksi, sebagaimana hasil dari penyebaran kuisioner diketahui bahwa 46,1% kepala ruangan tidak selalu menegur kesalahan perawat dan perawat tidak selalu mendapatkan umpan balik atas dokumentasi yang dilakukan (35,7%). Hasil uji multivariat juga diketahui bahwa variabel lain yang menjadi prediksi bagi kualitas dokumentasi adalah tingkat pendidikan, pelatihan, masa kerja dan pengetahuan.

Hasil wawancara dengan kepala ruangan diketahui bahwa kemampuan perawat dalam melakukan dokumentasi proses keperawatan masih kurang, perawat masih mengerjakan pekerjaan administrasi, kurangnya tenaga perawat karena banyak anggota yang menjalani tugas kedinasan serta SOP asuhan keperawatan yang belum tersedia secara merata di seluruh ruang rawat. Hasil analisis data juga diketahui bahwa terdapat 97,4% perawat memiliki skor pengetahuan proses keperawatan kurang baik dan hanya 2,6% perawat saja yang memiliki skor pengetahuan baik, perawat dengan pendidikan SPK masih ada yaitu 46,1%

dan perawat yang pernah mengikuti pelatihan dokumentasi hanya sedikit (14,8%).

Berdasarkan data-data tersebut perlu komitmen perawat dan rumah sakit untuk meningkatkan kualitas dokumentasi. Kualitas dokumentasi proses keperawatan yang baik tidak hanya menjadi kewajiban perawat tetapi juga kewajiban bagi pihak rumah sakit. Perawat berkewajiban meningkatkan kemampuan diri secara terus-menerus tentang dokumentasi proses keperawatan dan manajemen juga berkewajiban melakukan upaya-upaya peningkatan kualitas dokumentasi.

Peran manajemen rumah sakit dapat ditingkatkan antara lain melalui: penyediaan SOP asuhan keperawatan yang dapat diakses oleh perawat dengan mudah sebagai media mengurangi kesenjangan pendidikan, pengetahuan dan pelatihan yang masih kurang baik, pengembangan SDM keperawatan secara bertahap dan berkesinambungan, rekrutmen tenaga keperawatan yang berkualitas, penataan ulang program supervisi, peningkatan jenjang karir dan *reward* kepada perawat serta menjalankan peraturan pemerintah mengenai uraian tugas perawat dan kepala ruangan dengan sebaik-baiknya.

Ketersediaan SOP asuhan keperawatan menjadi penting mengingat SOP tersebut dapat menjadi *guidance* bagi perawat dalam melakukan dokumentasi proses keperawatan sehingga kesalahan dalam pendokumentasian dapat diminimalisir (Aziz, 2002 dan Nursalam, 2002). Penataan ulang uraian tugas perawat sesuai SK Dirjen Yan Med Depkes RI No. YM.00.03.26.956 juga menjadi penting

mengingat fokus utama tugas dan tanggung jawab perawat adalah memberikan asuhan keperawatan dan mendokumentasikan asuhan keperawatan yang dilakukannya, sebagai bukti legal atas semua intervensi yang diberikan kepada pasien. Oleh karena itu telah menjadi kewajiban bagi rumah sakit untuk mematuhi peraturan perundangan yang dikeluarkan oleh pemerintah tersebut. Rekrutment tenaga perawat yang berkualitas, penataan ulang program supervisi, pembinaan terhadap SDM perawat secara bertahap dan terus-menerus diharapkan dapat meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan termasuk dokumentasi proses keperawatan. Pada bagian bab ini akan diuraikan lebih rinci hubungan variabel – variabel tersebut dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan.

2. Motivasi

Berdasarkan teori *achievement motivation theory* terdapat tiga jenis motivasi yang dikembangkan oleh Mc Clelland (dalam Winardi, 2004; Muchlash, 1999; Marquis & Houston, 2000) yaitu *Need for Power (nPow)* atau kebutuhan akan kekuasaan, *Need for Affiliation (nAff)* atau Kebutuhan afiliasi dan *Need for Achievement (nAch)* atau Kebutuhan berprestasi. Berikut ini hasil penelitian tentang motivasi perawat yang terbagi menjadi 3 sub variabel yaitu :

a. Motivasi Kebutuhan Kekuasaan dengan Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan

Hasil analisis regresi linier ganda pada hubungan antara motivasi kebutuhan kekuasaan dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan setelah

dikontrol oleh variabel lain, diperoleh $p \text{ Value} > 0,05$ yang berarti bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara motivasi kebutuhan kekuasaan dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan.

Hasil penelitian ini bertolak belakang dengan pendapat yang dikemukakan oleh Muchlash (1999), Swansburg (1999) dan Winardi (2004) bahwa perawat yang memiliki motivasi kebutuhan kekuasaan akan menyenangi perjuangan untuk mempengaruhi orang lain dan bekerja secara efektif sehingga dokumentasi yang dilakukannya akan berkualitas. Perbedaan hasil penelitian ini menurut penulis dapat disebabkan antara lain:

Pertama: kurang terpenuhinya prasarat utama yang harus dimiliki oleh perawat dengan motivasi kebutuhan kekuasaan yakni kompetensi yang tinggi untuk bisa mempengaruhi orang lain. Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa kompetensi perawat pelaksana dalam melakukan dokumentasi proses keperawatan masih terbatas yakni sebagian besar perawat (85,2%) belum pernah mengikuti pelatihan dokumentasi proses keperawatan dengan rata-rata nilai kualitas dokumentasi bagi perawat yang pernah mengikuti pelatihan lebih tinggi daripada yang tidak pernah pelatihan, terdapat 97,4% perawat memiliki skor pengetahuan proses keperawatan kurang baik dan hampir setengah jumlah perawat (46,1%) masih berpendidikan SPK dengan rata-rata kualitas dokumentasinya lebih rendah yakni 53,97% daripada Akper 66,59%.

Kompetensi tentang dokumentasi proses keperawatan yang baik dan benar diperlukan untuk dapat mempengaruhi orang lain. Sebagaimana pendapat Doengoes (2000) bahwa untuk melakukan dokumentasi proses keperawatan yang baik diperlukan kemampuan intelektual, tehnikal dan interpersonal. Depkes (1999) menyatakan bahwa kemampuan tersebut dapat diperoleh melalui pendidikan formal atau pun non formal seperti pelatihan (*in house training*). Pendidikan formal maupun non formal besar sekali pengaruhnya terhadap penyerapan ide-ide baru, wawasan yang luas dan dapat dipergunakan oleh perawat untuk mempengaruhi pola pikir seseorang dalam melakukan pekerjaannya. Notoatmodjo (1998) menambahkan bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan dan pemahaman yang baik akan lebih langgeng dan berdaya guna untuk kemajuan rumah sakit. Hasibuan (2000) mengemukakan bahwa kualitas kerja sangat dipengaruhi oleh *ability* dan *motivation*. Arti kata bahwa motivasi ini tidak dapat berdiri sendiri tanpa adanya kemampuan yang baik terhadap bidang pekerjaan yang dikerjakan dengan seluruh aspek yang dimilikinya.

Kedua, Motivasi kebutuhan kekuasaan perawat yang kurang baik dan belum terlaksananya uraian tugas perawat sesuai SK Dirjen Yan Med Depkes RI No. YM.00.03.26.956. Berdasarkan hasil penelitian diketahui 79,1% skor motivasi kebutuhan kekuasaan responden kurang baik, perawat sering merasa tidak ingin kualitas dokumentasi proses keperawatannya melebihi rekan kerjanya (44,3%) dan 60,9% selalu merasa tidak senang dengan beban dokumentasi yang dikerjakannya. Padahal menurut Muchlas (1999) motivasi

kekuasaan berperan penting meningkatkan kinerja karyawan apabila dalam melakukan pekerjaan dilakukan dengan sungguh-sungguh dan tidak menjadikan pekerjaan tersebut sebagai beban. Dokumentasi proses keperawatan dianggap perawat sebagai beban karena banyaknya pekerjaan yang harus dilakukan oleh perawat dalam satu periode waktu. Sebagaimana hasil wawancara dengan kepala ruangan diketahui bahwa perawat masih melakukan tugas non keperawatan yakni pekerjaan administrasi seperti pengisian lembar billing dokter. Sebenarnya tugas tersebut tidak termasuk dalam uraian pekerjaan perawat menurut SK Dirjen Yan Med Depkes RI No. YM.00:03.26.956. Salah satu uraian tugas perawat tersebut adalah bahwa perawat wajib membuat dokumentasi proses keperawatan secara akurat dan berkesinambungan.

Uraian tugas yang belum optimal dilaksanakan sesuai peraturan yang ada dan kurangnya motivasi perawat serta jumlah staf perawat yang kurang dapat menyebabkan kualitas dokumentasi menurun. Kurang tersedianya waktu untuk melakukan pendokumentasian dengan baik dan benar menyebabkan antara lain perumusan diagnosa keperawatan yang tidak akurat dan tidak semua tindakan yang telah dilakukan didokumentasikan dengan baik.

Hal ini diperkuat oleh Carnevali & Thomas (1993) dan Gordon (1994) bahwa kemampuan perawat melakukan dokumentasi yang akurat dipengaruhi antara lain oleh kompleksitas dari tugas perawat dan situasi

lapangan saat itu. Hal ini diperkuat oleh pernyataan kepala ruangan sebagai berikut:

....Mungkin dokumentasinya jauh dari lengkap, mohon maaf saja mba, saya yakin sudah semua mereka lakukan tapi tidak semua ditulis. Saya memahami kenapa gak ditulis. Kadang-kadang mereka gak sempat, mau makan aja kadang mereka gak sempat. Tidak kepegang, dia baru datang dia harus bikin struk, mereka centang format pemeriksaan laboratorium mereka juga isi lembar biling visite dokter, mereka nyiapain obat, buat laporan, bikin ini, bikin itu, belum mereka megang pasien, jadi kadang dokumentasi itu mereka,...eh...gak kepegang sampe aplusan (p1).

Ilyas (2002) dan Vechio (1995) berpendapat serupa bahwa perawat yang memiliki beban kerja yang tinggi akan mempengaruhi kualitas kerja yang ditampilkan dan akhirnya akan menurunkan hasil kerjanya. Kualitas dokumentasi yang buruk dan tidak sesuai standar dokumentasi dapat menyeret perawat pada pelanggaran aspek legal dokumentasi dan membawa pada permasalahan hukum.

Dengan demikian perlu upaya dari pimpinan memperhatikan keselamatan staf dari bahaya hukum yang diakibatkan kondisi pekerjaan dilingkungan rumah sakit. Pengadaan rekrutmen tenaga perawat yang kompeten dan sesuai dengan jumlah pasien perlu diupayakan oleh manajemen rumah sakit. Ungkapan ini perlu kiranya menjadi perhatian dari pihak manajemen rumah sakit bahwa untuk meningkatkan kualitas dokumentasi proses keperawatan diperlukan jumlah perawat yang benar dengan pengetahuan, ketrampilan dan sikap yang baik, pada tempat dan waktu yang tepat (*the right number of nursing personel with the right knowledge, skills and attitudes at*

the right location on the right time). Manajemen rumah sakit perlu menekankan program *Safe staffing* yang berarti bahwa fokus keselamatan staf tidak hanya pada penyediaan jumlah dan jenis tenaga keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan tetapi antara lain juga meliputi beban kerja perawat, penyediaan lingkungan kerja yang kondusif, kompleksitas kondisi pasien dan tingkat keterampilan staf.

b. Motivasi Kebutuhan akan Afiliasi

Hasil penelitian yang dilakukan di RSMC Jakarta diketahui bahwa gambaran skor rata-rata motivasi kebutuhan berafiliasi perawat sebesar 25,45 dengan skor motivasi kebutuhan berafiliasi terendah 17 tertinggi 32. Hasil estimasi interval dengan tingkat kepercayaan 95% disimpulkan bahwa motivasi kebutuhan afiliasi berada diantara 24,84 sampai dengan 26,07. Hasil uji statistik regresi linier ganda diperoleh *p Value* > 0,05 sehingga disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara motivasi kebutuhan afiliasi dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan setelah dikontrol oleh variabel lain.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan pendapat (Mukhlas, 1999) dan hasil penelitian dari Syahmasa (2000) dan Sumarni (2001) bahwa motivasi berafiliasi ini berhubungan dengan produktifitas dan kinerja perawat. Motivasi afiliasi akan dapat meningkatkan kerjasama dan persahabatan yang erat dengan rekan sekerja sehingga muncul keinginan berjuang dan bekerjasama dengan penuh pengertian dan persahabatan untuk mencapai

tujuan. Pada kenyataannya perawat yang memiliki motivasi ini akan sangat *caring* dengan pasien sehingga motivasi yang tinggi pada mereka akan meningkatkan kualitas dokumentasi. Stoner (1996) mengemukakan bahwa hubungan saling percaya yang berkembang diantara karyawan akan meningkatkan kualitas kerja (diambil dari <http://one.indoskripsi.com/judul-skripsi/skripsi-lainnya/skripsi-achievement-motivation-vs-job-performance> tanggal 26 Juni 2008).

Perbedaan hasil penelitian ini dapat saja disebabkan oleh: **Pertama** bahwa perawat yang memiliki skor motivasi kebutuhan afiliasi baik sebanyak 54,8% lebih senang melakukan hubungan interpersonal dan menjaga hubungan yang baik dengan rekan kerja, orang lain dan pasien. Pada perawat yang memiliki motivasi ini akan lebih senang berinteraksi dengan pasien, perawat ataupun pengunjung pasien daripada mengerjakan pekerjaan yang tidak ada hubungan interaksi dengan orang lain seperti melakukan dokumentasi proses keperawatan.

Fenomena ini terdapat pada perawat di RSMC Jakarta yakni sebesar 76,5% responden menyatakan selalu memerlukan suasana penuh persahabatan, 48,7% responden selalu memerlukan umpan balik dari rekan kerja dan 81,7% responden tidak selalu memerlukan hubungan yang saling menguntungkan dengan rekan kerja. Hasil penelitian ini juga diperkuat oleh hasil wawancara dengan kepala ruangan bahwa perawat dengan pendidikan SPK lebih menyukai interaksi dengan pasien daripada membuat

dokumentasi proses keperawatan. Pernyataan tersebut tergambar melalui ilustrasi sebagai berikut:

Memang saya sedang mengusahakan untuk...ee.. anggota saya itu ...apa namanya ... membiasakan diri menulis, karena awal-awal saya masuk disini kadang-kadang sampe dicek pasien mau pulang.... masih kosong. Jadi apa ya...jadi saya membiasakan setiap perawat untuk mau menulis.(p5)

Kebanyakan disini yang SPK kurang untuk pembuatan askepnya, mereka lebih senang ke pasien daripada buat askep, kadang dia nanya ke D3, setelah diberitahu juga kadang- kadang gak nyambung (p1)

Kedua: Hasil penelitian diketahui perawat memiliki skor motivasi kebutuhan berafiliasi kurang baik (45,2%) dan perawat memiliki skor motivasi kebutuhan berafiliasi baik (54,8%). Saat ini masih terdapat 46,1% perawat dengan pendidikan SPK yang sebagian besar telah memiliki masa kerja lebih dari 5 tahun (76%) dengan nilai kualitas dokumentasi proses keperawatan lebih rendah dari perawat dengan pendidikan Akper dan berperan sebagai “senior” di rumah sakit. Pada perawat yang memiliki kemampuan lebih baik dengan posisi sebagai “junior” akan berupaya mempertahankan hubungan dengan rekan kerja mereka, menghindari konflik atas perbedaan dalam pendokumentasian proses, mempertahankan kerjasama dan hubungan kekerabatannya dengan cara menurunkan kualitas hasil kerja mereka daripada kehilangan persahabatan dengan rekan kerja (Gillies, 2000). Huber (1996) mengemukakan bahwa kondisi kerja dan hubungan interpersonal akan mempengaruhi kinerja seseorang. Hal ini berarti bahwa

motivasi afiliasi ini akan memiliki pengaruh yang baik terhadap kualitas kerja apabila rekan kerja memiliki kemampuan yang hampir berimbang dan memiliki budaya kerja yang baik.

Motivasi kebutuhan afiliasi perawat yang baik sebenarnya merupakan modal yang besar bagi RSMC karena loyalitas yang dimiliki perawat tinggi untuk kemajuan rumah sakit dan kesetiakawanan yang erat dengan rekan kerja. Upaya merubah kualitas dokumentasi proses keperawatan yang kurang baik pada *perawat senior* dapat diupayakan melalui upaya pendekatan yang baik oleh perawat junior. Melalui kegiatan *Coaching* oleh kadepwat dan staf depwat serta kegiatan pendampingan yang dilakukan oleh perawat junior sebagai *mentor* diharapkan bisa terjadi perubahan pada kemampuan perawat senior dalam mendokumentasikan proses keperawatan. Bila pendanaan memadai maka kegiatan mentor ini dapat dilakukan oleh tenaga profesional yang berasal dari luar rumah sakit untuk terus melakukan pendampingan kepada perawat selama melaksanakan pekerjaannya. Namun bila terdapat keterbatasan anggaran maka dapat dimodifikasi dengan memanfaatkan perawat yang memiliki kemampuan dokumentasi lebih tinggi dari rekan kerjanya untuk *sharing* dengan pengawasan dan pemantauan dari depwat dan bangdiklat.

Proses mentoring ini dapat terhambat oleh adanya 58,3% responden yang berpersepsi bahwa mereka tidak pernah memiliki keinginan agar rekan kerja menirunya dalam melakukan dokumentasi dan 81,7% responden berpersepsi

bahwa mereka tidak selalu memerlukan hubungan yang saling menguntungkan dengan rekan kerjanya. Oleh karena itu perlu dukungan dari pimpinan rumah sakit mengenai upaya pembentukan mentor dari perawat *junior* dengan kemampuan yang baik antara lain dengan dikeluarkannya surat perintah sebagai mentor, mengingat upaya perubahan akan dapat menimbulkan resistensi dan ketidak senangan dari perawat *senior*, dari hasil analisis data diperoleh 69,6% responden merasa tidak senang apabila mereka dibenci oleh rekan kerja mereka.

Berdasarkan hasil uji multivariat diketahui bahwa peningkatan skor motivasi afiliasi akan meningkatkan kualitas dokumentasi sebesar 0,34 setelah dikontrol oleh variabel lain. Oleh karena itu perlu upaya yang dilakukan oleh rumah sakit untuk mengembangkan motivasi kebutuhan afiliasi ini dengan mengarahkan motivasi tersebut ke arah yang lebih baik demi pencapaian tujuan bersama.

c. Motivasi Kebutuhan berprestasi Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan

Hasil penelitian di RSMC Jakarta didapatkan rata-rata skor motivasi kebutuhan berprestasi perawat sebesar 17,19 dengan median 17. Hasil estimasi interval dengan kepercayaan 95% disimpulkan bahwa motivasi kebutuhan berprestasi berada diantara 16,60 sampai dengan 17,78. Dari hasil uji regresi linier ganda diperoleh p Value < 0,05 yang berarti bahwa ada hubungan yang signifikan antara motivasi kebutuhan berprestasi dengan

kualitas dokumentasi proses keperawatan setelah dikontrol oleh variabel lain. Kualitas dokumentasi yang dapat diprediksi melalui motivasi kebutuhan berprestasi berpola negatif artinya semakin tinggi skor motivasi kebutuhan berprestasi maka akan semakin rendah kualitas dokumentasi proses keperawatannya.

Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Yusuf (2004) bahwa ada hubungan yang signifikan pada pengaruh pemberian motivasi oleh pimpinan terhadap perubahan sikap perawat (Yusuf S, 2004, ¶ 6, Pengaruh pemberian motivasi, <http://adln.lib.unair.ac.id/go.php?id=jiptunair-gdl-s2-2004-ahyusufs-57&q=motivasi+perawat>, diperoleh 11 Maret 2008). Hasil penelitian yang dilakukan oleh Syahmasa (2000) dan Sumarni (2001) mendukung juga teori tersebut bahwa ada hubungan antara motivasi kerja afiliasi ($r = 0,514$), otonomi ($r = 0,501$) dan prestasi ($0,338$) dengan produktifitas dan kinerja perawat. Sumargono (1996) melaporkan hasil penelitiannya bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara kesempatan berprestasi, adanya tanggung jawab dalam pekerjaan dan hubungan antar karyawan dengan kinerja perawat.

Pendapat yang dikemukakan Winardi (2004) dan Muchlash (1999) bahwa karakteristik orang yang berprestasi tinggi (*high achievers*) memiliki ciri antara lain keinginan untuk mengerjakan tugas-tugas dengan derajat kesulitan moderat, menginginkan umpan balik tentang keberhasilan dan

kegagalan mereka daripada dengan mereka yang berprestasi rendah dan berjuang untuk mencapai prestasi yang terbaik. Menurut McClelland (dalam Muchlash, 1999; Winardi, 2004; Marquis & Houston, 2000) bahwa seseorang yang memiliki motivasi berprestasi tinggi terobsesi untuk menggunakan seluruh ketrampilan dan pengetahuan yang dimiliki demi mencapai tujuannya. Perawat dengan motivasi ini akan berperilaku kompetitif. Perilaku kompetitif untuk menunjukkan prestasi tertinggi dapat muncul apabila ada peluang (*opportunity*) untuk menunjukkan prestasi terbaik karyawan oleh rumah sakit. Perbedaan ini dapat disebabkan antara lain:

Pertama: Rendahnya motivasi berprestasi dan kurangnya *feedback* atas prestasi kerja yang dicapai perawat oleh pihak rumah sakit dapat menurunkan kualitas dokumentasi proses keperawatan. Terdapat 75,7 % responden memiliki motivasi berprestasi yang kurang baik. Dari hasil wawancara dengan kepala ruangan diketahui bahwa *reward* yang diberikan masih kurang, tunjangan fungsional perawat belum diakui, dan jenjang karir yang terbatas. Kondisi ini dapat menjadi penyebab menurunnya kualitas dokumentasi proses keperawatan. Berikut ilustrasi yang diperoleh peneliti berdasarkan wawancara dengan kepala ruangan:

“ Menulis itu tidak pengaruh ke insentif, mba. Umumnya untuk sikap. Dikerjakan atau tidak dokumentasinya gak pengaruh apa-apa ke penilaian, ke insentif. “ (p3)

Pemberian *feedback* yang kurang dari rumah sakit dapat dipersepsikan perawat sebagai kurangnya perhatian pimpinan terhadap mereka sedangkan perawat yang memiliki kebutuhan berprestasi menurut Muchlas (1999), Swansburg (1999) dan Winardi (2004) justru sangat menginginkan *feedback* atas usaha yang mereka lakukan. Dari hasil penelitian diketahui bahwa sekitar 44,3% responden menyatakan selalu puas setelah menyelesaikan dokumentasi dan 47% perawat sering mencari jalan keluar bila menemui kesulitan. Anoraga (2001) & Gillies (2000) menambahkan bahwa motivasi berprestasi yang tinggi dalam diri perawat perlu didukung pula oleh lingkungan tempat perawat bekerja. Dengan demikian terciptanya iklim kerja yang kondusif memungkinkan karyawan untuk melakukan pekerjaan terbaiknya.

Kedua: Ketiadaan jenjang karir yang akan dicapai perawat. Hasil wawancara diketahui bahwa tunjangan fungsional perawat belum diakui, dan jenjang karir yang terbatas. Berikut ilustrasi wawancara dengan kepala ruangan:

“jabatan fungsional perawat disini belum diakui sehingga banyak perawat-perawat yang banting setir ke bagian lain,” (p5)

“kenaikan pangkat disini setiap empat tahun sekali mba untuk yang PNS. Yang honorer ya gak ada kenaikan pangkat. (p4)

Ketiadaan jenjang karir yang akan dicapai perawat dapat menimbulkan frustrasi pada perawat karena kebuntuan jenjang karir mereka dan berakibat pada menurunnya kualitas kerja sebagai bentuk protes terhadap kebijakan

yang berlaku (Winardi, 2004). Hasil penelitian ini mendapatkan bahwa sebesar 47% responden menyatakan tidak pernah memiliki keinginan melakukan dokumentasi melebihi rekan kerja. Sebaliknya, jenjang karir yang baik akan meningkatkan target prestasi yang ingin dicapai oleh karyawan dan mereka akan bertanggung jawab atas kualitas kerja yang dihasilkan, berupaya mencapai tujuan organisasi dan tidak kalah pentingnya adalah kesempatan untuk mengaktualisasikan potensi diri dengan sebaik-baiknya (Noe, et al, 1994).

Perlu upaya dari manajemen memberlakukan tunjangan fungsional perawat, menata sistem pemberian *reward* yang adil dan bijaksana serta upaya penataan jenjang karir perawat sebagai wujud kepedulian dan keadilan terhadap perawat sehingga motivasi yang berprestasi yang dimiliki oleh perawat tidak pupus oleh kebakuan kebijakan pimpinan rumah sakit.

Hasil analisis multivariat memprediksi bahwa setiap peningkatan skor motivasi berprestasi akan menurunkan kualitas dokumentasi sebesar 0,766 setelah dikontrol oleh variabel lain. Perlu peningkatan komunikasi antara karyawan dengan pimpinan sehingga diharapkan pimpinan mengetahui tuntutan karyawan untuk berprestasi dengan baik dan karyawan merasa aspirasi dan keinginan mereka diperhatikan.

2. Supervisi Dengan Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan

Hasil uji statistik regresi linier ganda diperoleh $p \text{ Value} < 0,05$ sehingga disimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara supervisi kepala ruangan dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan setelah dikontrol oleh variabel lain. Hasil kualitas dokumentasi proses keperawatan yang dapat diprediksi melalui supervisi kepala ruangan berpola positif artinya semakin tinggi skor supervisi kepala ruangan maka akan semakin tinggi kualitas dokumentasi proses keperawatannya.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan Hotmaida (2003), Kusumawaty (2005), Netty (2002) dan Pandawa (2006) bahwa ada hubungan yang bermakna antara pelaksanaan supervisi kepala ruang rawat inap terhadap kinerja perawat pelaksana. Hasil penelitian ini sesuai pula dengan pendapat Azwar (1996) bahwa supervisi dilakukan oleh atasan kepada bawahan akan dapat memberikan solusi penyelesaian masalah dalam pekerjaan karena perawat akan mendapatkan petunjuk atau bantuan yang bersifat langsung untuk penyelesaian masalahnya sehingga dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan kepada pasien (Gillies, 1999).

Menurut Azwar (1996) dan Nursasi (1996) bahwa pelaksanaan supervisi keperawatan yang baik mengacu pada beberapa prinsip supervisi antara lain bahwa supervisi harus dilaksanakan sesuai dengan struktur organisasi dengan kemampuan supervisor yang kompeten dibidangnya. Hal itu berarti bahwa

penting sekali bagi manajemen rumah sakit untuk menempatkan karyawan yang secara struktural memiliki kompetensi yang baik mengenai dokumentasi proses keperawatan dan supervisi keperawatan sebagai kepala departemen keperawatan maupun kepala ruangan. Supervisor yang tidak memiliki kompetensi yang baik sulit memberikan supervisi yang efektif kepada karyawannya.

Menurut Azwar (1996) dan Nursasi (1996) bahwa pemberian supervisi juga harus diberikan secara edukatif dan suportif dengan tidak mencari kesalahan perawat dan menghargai setiap keberhasilan yang dicapai oleh perawat. Hasil dari penelitian diketahui bahwa terdapat 37,4% kepala ruangan yang tidak selalu memotivasi mereka dalam meningkatkan kemampuan dokumentasi dan 35,7% kepala ruangan tidak selalu memberikan pujian terhadap dokumentasi yang mereka lakukan. Sebagian besar responden berpersepsi bahwa 81,7% perawat yang mempersepsikan supervisi yang dilakukan kepala ruangan kurang baik dan hanya 18,3% saja yang mempersepsikan supervisi kepala ruangan baik. Buruknya supervisi kepala ruangan ini dapat disebabkan antara lain oleh:

1. **Kurangnya waktu yang dimiliki oleh kepala ruangan untuk melakukan supervisi dokumentasi proses keperawatan.** Dari hasil penelitian diketahui 41,7% responden berpersepsi bahwa kepala ruangan tidak sering menyediakan waktu secara khusus terkait dokumentasi proses keperawatan. Hasil wawancara diperoleh data bahwa kepala ruangan

memang tidak memiliki waktu yang cukup untuk memberikan supervisi. Banyaknya tugas yang harus dikerjakan menyebabkan pelaksanaan supervisi dokumentasi tidak berjalan dengan semestinya. Berikut ilustrasi hasil wawancara dengan kepala ruangan:

“ Tugas supervisi yang kita lakukan tidak hanya terfokus pada dokumentasi proses keperawatan ya, tapi juga tugasnya ganda mencakup tugas administrasi ya..tugas..kemarkasan ya, trus kebutuhan-kebutuhan non kesehatan ya, semua dipegang oleh kepala ruangan”. (p1)

“ Dari pagi sampe jam 11 misalnya aku latihan. Sampe ruangan sudah siang. Jam 14.30 sudah jadwal pulang. Ya... jadi waktu aku kadang gak ada. Kurang waktu lah istilahnya. Jadi kadang-kadang gak sempat mengarahkan atau membimbing perawat. Jadi ya...Selama ini engga ada jadwal, enggak bisa waktunya...” (p3)

2. Kurangnya kompetensi kepala ruangan tentang dokumentasi proses keperawatan. Dari hasil penelitian diketahui hanya 46,1% responden yang mempersepsikan supervisi kepala ruangan sering menjawab kesulitan yang dihadapi mereka dalam mendokumentasikan proses keperawatan. Hasil wawancara memperkuat data tersebut dengan ilustrasi sebagai berikut:

....Kita terbatas juga dari segi pendidikan, terus ilmu yang sudah lama bekerja kan sudah gak baru lagi, masalahnya untuk tindakan mungkin OK mereka, tetapi untuk pembuatan askep, dari pengkajian, sampe diagnosa, sampe pelaksanaan, sampe evaluasi kayaknya masih pada kurang deh... termasuk kepala ruangnya, kemampuannya juga masih kurang “ (p5)

..... saya juga teori gak punya kalo pengalaman saya punya...(p1)

3. **Uraian tugas kepala ruangan tumpang tindih dan belum jelas.** Oleh sebab itu beban kerja kepala ruangan menjadi tinggi dan akhirnya menyebabkan kegiatan supervisi (membimbing, memberikan contoh, mengarahkan, dan menilai) tidak berjalan optimal. Hasil penelitian diketahui 42,6% perawat berpersepsi bahwa kepala ruangan tidak selalu mendengar pendapat perawat, 46,1% kepala ruangan tidak selalu menegur perawat kalau ada kesalahan, 40% perawat berpersepsi bahwa kepala ruangan selalu tidak memberi kesempatan untuk menyampaikan kesulitan, 40% perawat berpersepsi bahwa kepala ruangan tidak menilai dengan objektif terhadap dokumentasi yang mereka lakukan dan 35,7% kepala ruangan tidak selalu memberikan pujian terhadap dokumentasi yang mereka lakukan. Diperkuat oleh hasil wawancara kepala ruangan dengan ilustrasi sebagai berikut:

“ Jadi di sini kepala ruangan banyak ngurusin administrasi mba. Harusnyakan tiap ruangan ada bagian administrasinya. Ya disini kepala ruangan yang ngerjain administrasi. Belum lagi kalau ada rapat, latihan...”(p.6)

“Bimbingan secara langsung sih saya enggak pernah, paling ya sekilas-sekilas aja kalo mereka lagi buat. saya lihat garis besarnya aja, askepnya dah dibikin ya udah, belum memfokuskan ke askep dan belum pernah aku mengarahkan yang sedetail itu belum pernah” (p3)

“saya mengevaluasinya sebatas udah lengkap atau belum, yang diminta itu kelengkapan belum sampe pada bener atau gak “. (p2)

“ Tugas supervisi yang kita lakukan tidak hanya terfokus pada dokumentasi proses keperawatan ya, tapi juga tugasnya ganda mencakup tugas administrasi ya..tugas..kemarkasan ya, trus kebutuhan-kebutuhan non kesehatan ya, semua dipegang oleh kepala ruangan”. (p1)

Hasil analisis multivariat diketahui bahwa setiap peningkatan skor supervisi kepala ruangan, maka kualitas dokumentasi proses keperawatan akan meningkat sebesar 62,644 setelah dikontrol oleh variabel motivasi kebutuhan kekuasaan, kebutuhan afiliasi, kebutuhan berprestasi, pendidikan, pengetahuan, masa kerja dan pendidikan. Supervisi yang dilakukan oleh departemen keperawatan dan kepala ruangan dalam meningkatkan kualitas dokumentasi proses keperawatan di RSMC Jakarta menjadi sangat penting untuk ditingkatkan pelaksanaannya.

Untuk itu upaya peningkatan supervisi baik oleh kepala ruangan atau bidang pelayanan keperawatan perlu mendapat perhatian serius dari Rumah Sakit RSMC. Berbagai upaya yang dapat ditempuh antara lain:

- a. Melalui peningkatan kompetensi yang dimiliki oleh kepala ruangan. Diharapkan supervisi yang dilakukan akan lebih fokus dan terarah. Sebagaimana yang dikemukakan oleh Nursalam (2007) bahwa ketrampilan yang harus dimiliki oleh seorang supervisor adalah ketrampilan teknis, ketrampilan administratif dan ketrampilan hubungan antar manusia. Craven dan Himle (2000) menambahkan lebih detail bahwa kepala ruangan membutuhkan pengetahuan tentang standar asuhan keperawatan, respons normal yang muncul pada pasien, dan kemampuan memantau keefektifan intervensi keperawatan. Hal ini tentunya dapat diwujudkan dengan mengadakan pelatihan tentang dokumentasi proses keperawatan atau pelatihan supervisor keperawatan bekerjasama antara PPNI ranting rumah sakit

dengan PPNI DKI Jakarta sehingga diharapkan peran supervisor kepala ruangan lebih optimal dalam peningkatan kualitas dokumentasi proses keperawatan di RSMC Jakarta dapat terwujud.

- b. Penataan ulang uraian tugas kepala ruangan sesuai uraian tugas dari Depkes (1999) dan pengadaan tenaga administrasi keuangan di ruangan. Adanya *job description* yang jelas maka kepala ruangan akan lebih *concern* dan memiliki landasan yang kuat untuk peningkatan kualitas dokumentasi proses keperawatan sesuai kompetensi dan kewenangannya. Bennet dan Franco (1999) mengemukakan hal yang sama bahwa standar/ petunjuk ataupun *standar operational procedure* yang jelas akan memotivasi seseorang untuk melaksanakan pekerjaannya sesuai dengan uraian tugasnya. Berdasarkan hasil wawancara juga diketahui bahwa waktu yang terbatas menjadi penghambat pelaksanaan supervisi kepala ruangan, adanya beban kerja ganda kepala ruangan membuat waktu dan kesempatan untuk melakukan supervisi menjadi berkurang. Saran yang diajukan oleh kepala ruangan tersebut adalah bahwa mereka memerlukan tenaga administrasi diruangan sehingga mereka akan lebih terfokus pada upaya peningkatan pelayanan keperawatan termasuk didalamnya dokumentasi proses keperawatan.

- c. Pengembangan program dan sistem supervisi berikut *tool* evaluasi supervisi kepala ruangan terhadap dokumentasi proses keperawatan sehingga hasil supervisi kepala ruangan termonitor dan dijadikan dapat dijadikan bahan evaluasi serta perbaikan dan modifikasi rencana dan program supervisi berikutnya. Azwar (1996) dan WHO (1999 dalam Nursalam, 2007) mengemukakan pendapatnya bahwa pelaksanaan supervisi yang baik harus dilakukan tepat waktu, sederhana, minimal dan luwes. Oleh karena itu seorang supervisor harus dapat menentukan waktu yang tepat untuk secara berkala dan periodik melakukan supervisi berdasarkan petunjuk, peraturan atau kebijakan, uraian tugas dan standar yang berlaku dengan tujuan utama untuk memberi rasa aman, hasil guna dan daya guna bagi pelayanan keperawatan. Salah satu program yang dapat ditempuh adalah lebih *pre* dan *post conference*, ronde keperawatan, presentasi kasus dan *bed side teaching*.
- d. Pendelegasian tugas supervisor kepada perawat yang dianggap kompeten dan secara struktural memiliki posisi yang lebih tinggi dari perawat pelaksana misalnya adalah wakil kepala ruangan menjalankan tugas supervisi selama kepala ruangan tidak ada. Hal itu berarti bahwa wakil kepala ruanganpun harus memiliki persaratan kemampuan dan ketrampilan sebagai supervisor.

- e. Agar tanggung jawab terhadap dokumentasi proses keperawatan lebih meningkat bidang perawatan perlu meninjau kembali tentang pemberian wewenang, tanggung jawab, kebijakan organisasi dan tugas yang sesuai dengan latar belakang pendidikan dan kualifikasi pengalaman yang dimiliki perawat pelaksana dalam hal ini peran *clinical instructor* dan ketua tim.

3. Pengaruh Karakteristik Perawat pelaksana Terhadap Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan

Gambaran karakteristik perawat pelaksana diduga memberikan pengaruh pada kualitas dokumentasi proses keperawatan yang meliputi tingkat pendidikan, Masa kerja, pengetahuan dan pelatihan (Gibson, 1999). Keempat variabel ini akan dijelaskan dan dihubungkan dengan kualitas dokumentasi di RSMC Jakarta sebagai berikut:

a. Pendidikan

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa pendidikan tertinggi DIII Keperawatan/Kebidanan berjumlah 62 orang atau 53,9 % dan SPK berjumlah 53 orang atau 46,1 %. Berdasarkan data tersebut dapat diketahui bahwa pendidikan perawat masih belum memadai karena 46,1% perawat masih berpendidikan SPK. Hasil uji regresi linier ganda diketahui bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan dan kualitas dokumentasi akan meningkat sebesar 5,84 pada perawat yang

berpendidikan Akper daripada perawat yang berpendidikan SPK setelah dikontrol oleh variabel motivasi kebutuhan berkuasa, afiliasi, kebutuhan berprestasi, variabel supervisi, pelatihan, masa kerja dan pengetahuan

Menurut As'ad (1991), Champ dan Iyer (2005) dan Notoatmodjo (1998) bahwa karyawan dengan tingkat pendidikan yang tinggi akan mampu meningkatkan ketrampilan dan profesionalisme dalam pekerjaannya, karena ia akan semakin kritis, mampu berfikir logis dan sistematis serta mampu mengeluarkan ide-ide yang kreatif yang sangat bermanfaat dalam melaksanakan pekerjaannya termasuk pendokumentasian proses keperawatan. Selain itu untuk melakukan dokumentasi proses keperawatan sebagai kerangka berpikir ilmiah penyelesaian masalah pasien diperlukan keilmuan yang baik.

Latar belakang pendidikan perawat merupakan hal yang mendasari kemampuan perawat dalam melaksanakan dokumentasi proses keperawatan seperti yang dikemukakan Doengoes (2000) bahwa untuk melakukan dokumentasi proses keperawatan yang baik diperlukan kemampuan intelektual, tehnikal dan interpersonal yang didasari oleh pendidikan formal keperawatan.

Berdasarkan hasil tersebut jelas tergambar bahwa perawat dengan latar belakang pendidikan D III keperawatan memiliki kualitas dokumentasi yang lebih baik daripada perawat dengan latar belakang pendidikan SPK.

Hasil penelitian ini juga didukung oleh penelitian-penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh antara lain Rugaya (2006) yang menyimpulkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan kinerja perawat.

Upaya yang perlu ditempuh dari pihak manajemen untuk meningkatkan tingkat pendidikan perawat antara lain adalah dengan melakukan kerjasama dengan institusi pendidikan yang menggunakan RSMC sebagai lahan praktek untuk program pendidikan berkelanjutan (dikjut) bagi perawat dalam bentuk akper kelas khusus atau mengirimkan perawat untuk tugas belajar di instansi angkatan laut yang menyelenggarakan pendidikan D III keperawatan atau memberikan kelonggaran ijin belajar bagi perawat yang akan membiayai pendidikannya sendiri.

b. Masa Kerja

Hasil dari penelitian ini diketahui bahwa rata-rata masa kerja perawat pelaksana adalah 5,96 tahun. Masa kerja yang terendah adalah 1 tahun dan yang paling lama bekerja adalah 20 tahun. Hasil analisis multivariat diketahui bahwa setiap penambahan masa kerja 1 tahun maka kualitas dokumentasi proses keperawatan akan meningkat sebesar 0,91 setelah dikontrol oleh variabel motivasi kebutuhan kekuasaan, kebutuhan afiliasi, kebutuhan berprestasi, supervisi, pendidikan, pengetahuan, dan pelatihan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Swansburg (1999) bahwa semakin lama seseorang bekerja maka semakin bertambah pengalaman dan ketrampilan dalam melakukan pekerjaannya termasuk dokumentasi proses keperawatan sehingga dengan bertambahnya pengalaman kerja yang dimiliki akan membantu karyawan dalam menghadapi kendala kerja dengan cepat dan tanggap .

c. Pelatihan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar perawat yakni 85,2% belum pernah mengikuti pelatihan dokumentasi proses keperawatan.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa kualitas dokumentasi proses keperawatan akan meningkat sebesar 1,60 pada perawat yang pernah mengikuti pelatihan daripada yang tidak mengikuti pelatihan setelah dikontrol oleh variabel motivasi kebutuhan berkuasa, afiliasi, berprestasi, variabel supervisi, pendidikan, masa kerja dan pengetahuan

Hasil wawancara dengan enam orang kepala ruangan juga diketahui bahwa pelatihan dokumentasi proses keperawatan belum pernah mereka ikuti. Kepala ruangan sebagai *first line manager* yang menjadi supervisor dokumentasi proses keperawatan tidak dapat menjalankan perannya dengan baik karena keterbatasan ilmu yang mereka miliki. Hal ini memberikan interpretasi bahwa pengembangan sumber daya manusia terutama perawat belum dilaksanakan dengan optimal. Menurut Samsudin (2006) pelatihan perlu segera dilakukan karena berkontribusi

terhadap peningkatan pengetahuan dan ketrampilan dalam melaksanakan pekerjaannya. Bernardin dan Rusell (dalam Gomes, 2000) juga mengemukakan bahwa pemberian pelatihan merupakan upaya dan tanggung jawab dari pihak manajemen untuk memperbaiki performan pekerja pada bidang tertentu sesuai dengan tanggung jawab pekerja yang bersangkutan. Meskipun demikian perawat juga berkewajiban mengembangkan dirinya sesuai dengan kompetensi yang diharapkan.

Perawat yang telah mengikuti pelatihan sebanyak 1,7 % memerlukan *follow up* dari pihak manajemen, sebagaimana yang dikemukakan oleh Heaven & Maguire (1996) bahwa dampak positif dari pelatihan tidak dapat bertahan lama oleh karena itu menurut Björvell et al (2002) bahwa perlu dilakukan kombinasi pengembangan dan pelatihan dokumentasi proses keperawatan secara periodik.

d. Pengetahuan Proses Keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa 97,4% perawat memiliki skor pengetahuan proses keperawatan kurang baik dan hanya 2,6% perawat memiliki skor pengetahuan baik. Hasil uji regresi linier ganda diketahui bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan setelah dikontrol oleh variabel lain. Berdasarkan analisis multivariat juga diketahui bahwa setiap peningkatan skor pengetahuan, maka kualitas dokumentasi akan meningkat sebesar 0,331 setelah dikontrol oleh variabel lain

Hasil penelitian ini berkorelasi positif dengan pendapat yang dikemukakan oleh Notoatmodjo (1998) bahwa salah satu faktor yang berpengaruh terhadap kinerja karyawan adalah pengetahuan yang dimiliki terhadap pekerjaannya dan perilaku kerja yang ditampilkan oleh seorang karyawan akan lebih langgeng apabila didasari oleh pengetahuan.

Selain itu pengetahuan tentang proses keperawatan perlu dimiliki sebagai prasarat dalam melakukan dokumentasi proses keperawatan yang baik dan benar karena dokumentasi proses keperawatan sebagai metodologi penyelesaian masalah yang berdasarkan keilmuan, sehingga mutlak diperlukan pengetahuan yang memadai tentang dokumentasi proses keperawatan itu sendiri serta ilmu lain yang mendasari pemberian asuhan keperawatan. Hasil penelitian serupa juga dikemukakan oleh Hariyati (1999) bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan aspek hukum yang tinggi dengan kualitas dokumentasi perawat. Semakin tinggi pengetahuannya maka semakin baik kualitas dokumentasi proses keperawatannya.

4. Faktor Dominan Yang Menentukan Kualitas Dokumentasi Proses Keperawatan.

Berdasarkan hasil analisis regresi ganda terhadap sejumlah variabel yang berhubungan dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan dengan melihat nilai koefisien B, didapatkan bahwa variabel yang memberikan efek terbesar

pada kualitas dokumentasi proses keperawatan adalah supervisi kepala ruangan selanjutnya pendidikan, pelatihan, masa kerja, pengetahuan, motivasi afiliasi dan motivasi berprestasi. Model kinerja menghasilkan $R\ Square = 0,682$ artinya ketujuh variabel dapat menjelaskan kualitas dokumentasi proses keperawatan secara bersama-sama sebesar 68,2% dan sisanya oleh faktor lain. Model kualitas dokumentasi proses keperawatan dapat digambarkan sebagai berikut:

$$\begin{aligned} \text{Kualitas Dokumentasi} = & - 81,338 - 0,78 \text{ motivasi berprestasi} - 0,05 \\ & \text{motivasi kebutuhan berkuasa} + 0,34 \text{ motivasi kebutuhan afiliasi} + \\ & 62,64 \text{ supervisi (log)} + 5,835 \text{ pendidikan} + 1,60 \text{ pelatihan} + 0,91 \text{ masa} \\ & \text{kerja (log)} + 0,33 \text{ pengetahuan} \end{aligned}$$

Hasil analisis ini menunjukkan bahwa faktor supervisi kepala ruangan merupakan faktor determinan utama yang mempengaruhi kualitas dokumentasi proses keperawatan. Hal ini bersesuaian dengan pendapat Marquis dan Houston (2000) yang menyatakan bahwa supervisi keperawatan berpengaruh positif pada kedisiplinan dan kualitas kerja karyawan yang akhirnya akan meningkatkan kinerja yang ditampilkan. Hal ini perlu mendapat perhatian karena variabel ini dapat diintervensi antara lain dengan penataan ulang program supervisi yang sesuai dengan kondisi rumah sakit.

B. Keterbatasan Penelitian

Kegiatan penelitian yang dilakukan di RSMC Jakarta yang melihat hubungan antara hubungan motivasi dan supervisi dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan memiliki beberapa keterbatasan penelitian sebagai berikut:

1. Penelitian yang dilaksanakan merupakan penelitian deskriptif korelatif dengan rancangan *cross sectional* yang artinya pengukuran variabel penelitian baik independen, *confounding* dan dependen dilaksanakan secara bersamaan dalam suatu waktu penelitian sehingga hasil penelitian ini dapat menunjukkan hasil yang berbeda untuk pelaksanaan penelitian di waktu yang lain.
2. Cara ukur penelitian ini dilaksanakan pada rekam medis yang masih terdapat diruangan sehingga dapat menunjukkan hasil yang berbeda bila dilakukan pada rekam medis yang telah dikembalikan ke medikal record.
3. Variabel independen dalam penelitian ini terbatas pada variabel motivasi dan supervisi sehingga tidak menggambarkan variabel lain seperti variabel organisasi yang dapat mempengaruhi kualitas dokumentasi proses keperawatan.
4. Instrumen variabel pengetahuan, motivasi dan supervisi yang dijadikan alat dalam pengumpulan data dalam penelitian ini dibuat dan dikembangkan berdasarkan kebutuhan peneliti. Hasil analisis melalui uji validitas dan reliabilitas terdapat sejumlah pernyataan yang menunjukkan hasil tidak valid dan terhadap hasil tersebut sebagian dihilangkan dan sebagian diperbaiki redaksional pernyataannya tanpa dilaksanakan uji coba kembali.

C. Implikasi Penelitian

Hasil penelitian ini menunjukkan adanya hubungan yang positif antara supervisi dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan dan hasil analisis menunjukkan bahwa variabel supervisi merupakan variabel determinan utama yang berhubungan dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan yang diikuti oleh variabel pendidikan, pelatihan, masa kerja, pengetahuan, motivasi afiliasi dan motivasi berprestasi.

1. Implikasi penelitian bagi institusi pelayanan.

Hasil penelitian menunjukkan pentingnya supervisi kepala ruangan terhadap kualitas dokumentasi proses keperawatan di RSMC Jakarta. Untuk itu rumah sakit perlu mengembangkan upaya-upaya yang dapat meningkatkan supervisi kepala ruangan melalui peningkatan kompetensi kepala ruangan tentang dokumentasi proses keperawatan, pengaturan ulang uraian tugas kepala ruangan menurut pedoman uraian tugas kepala ruangan (Depkes 1999) dan perumusan program supervisi kepala ruangan dengan lebih baik. Selain itu perlu juga upaya pengembangan SDM perawat yang baik dan berkesinambungan melalui program pendidikan dan pelatihan, penurunan beban kerja perawat melalui pengadaan tenaga perawat yang sesuai kebutuhan dan berkualitas, pengadaan format dokumentasi yang memudahkan perawat disertai dengan pengadaan serta sosialisasi SOP asuhan keperawatan secara bertahap.

2. Implikasi bagi penelitian

Penelitian ini menggambarkan hubungan motivasi dan supervisi dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan. Hasil penelitian ini dapat dijadikan dasar bagi penelitian berikutnya yang menggali tentang faktor – faktor lain terkait dokumentasi proses keperawatan seperti efektifitas model *check list* terhadap peningkatan kualitas dokumentasi atau penelitian lainnya yang terkait dengan upaya peningkatan kualitas dokumentasi proses keperawatan secara khusus dan peningkatan pelayanan keperawatan pada umumnya.



BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

A. SIMPULAN

Hasil penelitian hubungan antara motivasi dan supervisi dengan kualitas dokumentasi dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Sebagian besar perawat pelaksana di RSMC belum pernah mengikuti pelatihan (85,2%) dan 53,9% perawat berpendidikan D III Keperawatan/kebidanan, rata-rata lama kerja perawat perawat adalah 5,96 tahun dan 97,4% perawat memiliki skor pengetahuan proses keperawatan kurang baik.
2. Sebagian besar kualitas dokumentasi proses keperawatan di instalasi rawat inap RSMC kurang baik (98,3%).
3. Sebagian besar perawat pelaksana memiliki skor motivasi kebutuhan berafiliasi baik (54,8%). 79,1% perawat pelaksana memiliki skor motivasi kebutuhan kekuasaan kurang baik dan 75,7% perawat pelaksana memiliki skor motivasi kebutuhan berprestasi kurang baik.
4. Sebagian besar persepsi responden terhadap supervisi kepala ruangan kurang baik (81,7%).
5. Terdapat hubungan yang signifikan antara motivasi kebutuhan berprestasi dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan. Tidak terdapat hubungan antara motivasi kebutuhan kekuasaan dan motivasi kebutuhan afiliasi dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan.

6. Terdapat hubungan yang signifikan antara supervisi kepala ruangan dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan dan faktor yang dominan berhubungan dengan kinerja perawat pelaksana adalah supervisi kepala ruangan. Semakin baik supervisi kepala ruangan maka akan semakin baik kualitas dokumentasi proses keperawatan.

7. Hasil penelitian kualitatif diperoleh data bahwa dalam pelaksanaan supervisi kepala ruangan terdapat beberapa hambatan yang ditemui yaitu kurangnya kompetensi tentang dokumentasi proses keperawatan pada kepala ruangan dan perawat, beban kerja kepala ruangan, jadwal dan waktu yang belum jelas sehingga supervisi kepala ruangan belum optimal, beban kerja perawat tinggi, motivasi menulis perawat masih rendah, pemberian reward masih kurang dan keterbatasan tenaga perawat

B. SARAN

1. Bagi RSMC Jakarta

a. Menata kembali program supervisi keperawatan baik yang dilakukan oleh kepala ruangan ataupun bidang keperawatan antara lain dengan:

- 1) Penyusunan materi, jadwal dan frekuensi yang teratur disertai dengan instrumen supervisi sehingga dapat terpantau dan terevaluasi secara periodik.
- 2) Menghidupkan budaya *pre* dan *post conference* sehingga dapat menjadi media pemberian supervisi yang efektif oleh kepala ruangan.

- 3) Mengadakan ronde keperawatan, presentasi kasus dan bedside teaching oleh bidang perawatan dan staf
- 4) Mengoptimalkan pendelegasian tugas melalui pemberdayaan wakil kepala ruangan, *clinical instructor* dan ketua tim yang memiliki kompetensi dokumentasi proses keperawatan yang baik untuk memberikan supervisi dokumentasi proses keperawatan kepada anggotanya.
- 5) Penataan ulang uraian tugas (*job description*) kewenangan dan tanggung jawab pada kepala ruangan, perawat dan team penunjang rumah harus jelas sehingga pemberian supervisi dan pemberian asuhan keperawatan dapat lebih terarah.

b. Peningkatan kualitas sumber daya manusia perawat di RSMC dapat dilakukan melalui berbagai upaya antara lain adalah dengan:

- 1) Upaya pengembangan sumber daya manusia (SDM) perawat masuk kedalam rencana strategis rumah sakit sehingga upaya peningkatan SDM perawat menjadi lebih fokus dan teralokasi dari segi pendanaan
- 2) Meningkatkan kerjasama dengan institusi pendidikan yang menjadikan RSMC sebagai lahan praktek untuk pemberian kesempatan bagi perawat dalam melakukan pendidikan yang berkelanjutan melalui program khusus atau tugas belajar

- 3) Menyusun dan mengadakan paket pelatihan dokumentasi proses keperawatan secara reguler dan bertahap di lingkungan internal RS dengan bekerjasama dengan institusi pendidikan atau sponsor.
 - 4) Berkolaborasi dengan RS dibawah angkatan laut dalam pengembangan dan pengadaan pelatihan dalam skala yang lebih luas.
- c. Mengembangkan program pembinaan (*Coaching*) oleh departemen keperawatan serta pendampingan (*mentor*) internal yang disahkan oleh pimpinan rumah sakit. Pendampingan internal ini dilakukan oleh perawat yang memiliki kompetensi dokumentasi baik kepada perawat diruangannya yang memiliki kemampuan dokumentasi proses keperawatan kurang.
- d. Penyediaan format dokumentasi dalam bentuk *check list* untuk memudahkan perawat dalam melakukan dokumentasi perawat dengan keterbatasan waktu yang dimiliki namun tetap sesuai standar asuhan sehingga perawat lebih banyak memiliki waktu untuk pemberian asuhan keperawatan. Selain itu perlu juga penyediaan dan sosialisasi SOP asuhan keperawatan disetiap ruangan sehingga perawat dapat menggunakan pedoman SOP dan mengaksessnya dengan mudah.
- e. Pemberlakuan jabatan fungsional perawat sehingga perawat memiliki target untuk mencapai angka kredit dan penataan sistem jenjang karir perawat melalui pengaturan jenjang karier profesional yang didasarkan atas uji kompetensi yang mengacu pada sistem jenjang karir perawat oleh PPNI.

f. Menata *sistem reward* dan *punishment* yang bersifat konstruktif dan konsisten dijalankan. Sistem reward ini tidak selalu bersifat finansial, melainkan juga dalam bentuk lain, seperti promosi, kesempatan pendidikan, dan sebagainya. *Reward dan punishment* diberikan setelah melihat hasil pekerjaan perawat.

g. Peninjauan ulang jumlah kebutuhan tenaga perawat dengan memperhatikan beban kerja perawat melalui kegiatan penelitian di RSMC Jakarta.

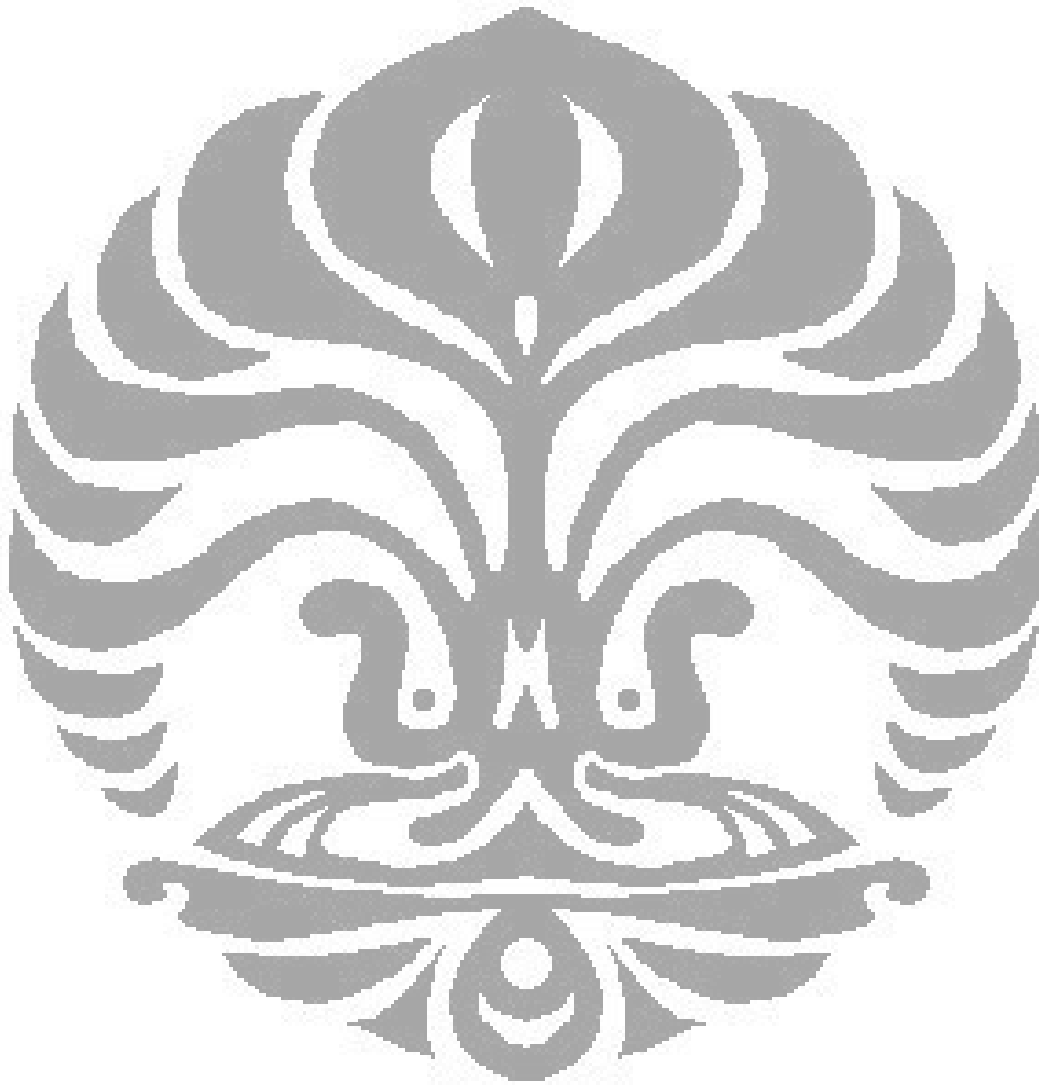
h. Mengadakan pelatihan dokumentasi proses keperawatan terkait aspek legal dokumentasi proses keperawatan bekerjasama dengan PPNI.

2. Bagi Penelitian Berikutnya

Penelitian ini hanya membahas dua variabel *independen* yaitu motivasi dan supervisi. Berdasarkan studi literatur dan penelitian masih terdapat banyak faktor lainnya yang mempengaruhi kualitas dokumentasi proses keperawatan, oleh karena itu disarankan:

- a. Melaksanakan penelitian lanjutan tentang faktor lain yang berhubungan dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan baik dari aspek individu, kelompok atau organisasi.
- b. Melakukan penelitian mengenai efektifitas model *check list* terhadap kualitas dokumentasi proses keperawatan dan meneliti kebutuhan jumlah tenaga perawat berdasarkan beban kerja sehingga diperoleh rasio perawat dan pasien yang

seimbang dengan menggunakan formulasi perhitungan ketenagaan menurut PPNI atau Gillies (dalam Ilyas, 2004).



DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, (1993) *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. Rineka Cipta. Jakarta.
- Asman, Suwarni (2001). *Factor-faktor yang berhubungan dengan kinerja perawat dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan di ruang rawat RSpusat AD Gatot Subroto Jakarta*. Tesis Master. Tidak dipublikasikan
- Aziz, A (1991). *Hubungan motivasi, gaya kepemimpinan dengan penampilan kerja perawat di RS Abdoel Moeloek Lampung*. PSIKM FKM UI. Tesis master. Tidak dipublikasikan
- Azwar, Azrul (1996). *Pengantar administrasi kesehatan*. Binarupa Aksara. Edisi Pertama. Jakarta: Binarupa aksara.
- Aziz, Alimul. (2002). *Pengantar dokumentasi proses keperawatan*. Cetakan pertama. Jakarta: Penerbit EGC.
- Adamsen, L., & Tewes, M. (2000). *Discrepancy between patients' perspectives, staffs documentations and reflections on basic nursing care*. Scandinavian Journal of caring Sciencenews. 14 (12). 120-9
- Alfaro, R., (1990). *Applying nursing diagnosis and nursing process: a step by step guide* (2nd ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott Company
- As'ad, Moch (1991). *Psikologi kesehatan*. Edisi keempat. Cetakan pertama, Yogyakarta: Liberty
- Burn, N, & Groove, S.K. (1993). *The practise of nursing research: conduct, critique an utilization*. Second edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company
- Björvell, C, Thorell-Ekstrand, L, & Wredling, R. (1999). *Development of an audit instrument for nursing care plans in the patient record*. Quality in Health Care, 9(1), 6-13.
- Craven, R.F. & Himle, C.J. (2000). *Fundamentals of nursing: human health and function*. (3rd ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott Company
- Carpenito, L.J. (1997). *Nursing diagnosis: Application to clinical practice*. (7th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott Company
- Carnevali, D. & Thomas, M.D. (1993). *Diagnostic reasoning and treatment decision making in nursing*. Philadelphia, PA: Lippincott.

- Darma, A (2004). *Manajemen supervisi, petunjuk praktis bagi para supervisor*. Edisi VI, Jakarta: PT Preshallindo
- Damayanti (1998). “*Karakteristik perawat, tingkat pemahaman terhadap proses keperawatan, fungsi supervise dan dokumentasi penerapan proses keperawatan di instalasi rawat inap RSUD Tangerang*” . Jakarta FKM UI. Tesis Master. Tidak dipublikasikan
- Depkes RI (2004). *Modul analisis data menggunakan SPSS*. Pusat Data dan Informasi Departemen Kesehatan RI. Jakarta
- Dessler, G. (1997). *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: P.T. Prehallindo
- Dirjen Yan Medik Depkes RI, (1999). *Pedoman uraian tugas tenaga keperawatan di rumahsakit*. Cetakan - II, Jakarta.
- Djajoeman (1996). *Faktor-faktor yang berhubungan dengan motivasi kerja perawat di Pavilliun Khusus Swasta Rumah Sakit Cipto Mangunkususmo*. Jakarta: FKM UI. tesis tidak di terbitkan.
- Doenges, E & Burley. T.J. (1995). *Aplication of nursing process and nursing diagnosis*. Pennsylvania: Mosby. Co
- Depkes RI. (2001). *Instrumen evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan di rumah sakit*. Jakarta: Dirjen Pelayanan Medik, Direktorat Rumah Sakit Umum dan Pendidikan Depkes RI
- , (1993). Surat keputusan direktur jenderal pelayanan medik nomor YM.00.03.2.67637 tanggal 18 Agustus 1993 tentang berlakunya standar asuhan keperawatan di rumah sakit. Jakarta: PPNI
- Ehnfors & Smedby (1993). *Effects of introducing a nursing documentation model on content and comprehensiveness of nursing records*. Acta Universitatis Upsaliensis, Uppsala.
- Fisbach, F.T. (1991). *Documenting care, communiccation, the nursing process and documentation standard*. Philadelphia: Davis Company
- Fisbach, F.T. (1991). *Documenting care, communiccation, the nursing process and documentation standard*. Philadelphia: Davis Company
- Farida, Bertha (2001). *Analisa faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan proses keperawatan di ruang rawat inap Rumah Sakit Jantung Harapan Kita*. Tesis Master. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Tidak dipublikasikan

- Gillies, D.A. (1999). *Manajemen keperawatan: suatu pendekatan sistem*. Edisi ketiga. Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Gordon, M. (1994). *Nursing diagnosis: process and application (3rd ed.)*. St. Louis, MO: Mosby.
- Gomes, F.C. (2000), *Manajemen sumber daya manusia*. Andi Offset Yogyakarta 1997
- Green, L.W.,(1980). *Health education planning:a diagnostic approach*. (edisi I) California: Mayfield Publishing company.
- Hapsara, H.R. (2006). *Perencanaan sumber daya manusia kesehatan secara nasional dalam kaitannya dengan pengembangan tenaga keperawatan*. Makalah kuliah Magister Manajemen FIK-UI. Tidak diterbitkan
- Hariyati, T.S. (1999). *Hubungan antara pengetahuan aspek hukum dari perawat dan karakteristik perawat dengan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah Sakit Bhakti Yudha 1999*. Tesis Program Pasca Sarjana Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat. Jakarta: Universitas Indonesia. (tidak diterbitkan)
- Heaven, C.M., & Maguire, P. (1996). *Training hospice nurses to elicit patient concerns*. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 280-286.
- Huber, D. (1996). *Leadership and nursing care management*. (1st Ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company
- Hasnita, Evy (2006). *Ciri-ciri, iklim organisasi, dan kinerja tenaga perawat di instalasi rawat inap RS Dr Achmad Moechtar Bukit Tinggi*. Program magister Kebijakan dan Manajemen Pelayanan Kesehatan UGM. Tesis Master. Tidak dipublikasikan
- Hamid, AY (2007). *Buku ajar riset keperawatan: konsep, etika, & instrumentasi*. Edisi II. Jakarta: EGC
- Hasibuan, Melayu S.P. (1996). *Organisasi dan Motivasi*. Cetakan pertama. Jakarta: Bumi Aksara
- Iyer, Patricia W., & Camp, Nancy H.(2005). *Dokumentasi keperawatan: suatu pendekatan proses keperawatan*. Edisi III. Penerbit EGC. Jakarta
- Ilyas, (2004). *Perencanaan SDM rumah sakit: teori, metoda dan formula*. Cetakan Kedua). Depok: Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat-Universitas Indonesia.
- Iin Inayah (2005). *Hubungan motivasi kerja dan manajemen waktu pada perawat pelaksana rawat inap di RS PMI Bogor*. Program Pasca sarjana FIK UI. Tesis Master. Tidak dipublikasikan

-----, Kamus besar bahasa Indonesia. Jakarta. Balai Pustaka.2000

Kenney, J.W.G.,& Christensen, P.J. (1986). *Nursing process: applications of theories, framework and models*. (2nd edition). St Louis: The C.V. Mosby Company

Kron, T. & Gray, A. (1987). *The management of patient care putting leadership skills to work*. (6 th ed.). Philadelphia: W.B. Saunders Company

Kozier, Barbara., Erg, Glenora., & Blais, Kathleen., (1997). *Professional nursing practice: concepts and perspectives*. Third Edition. Addison Wesley Longman,Inc: California.

Kurniadi, A (2006). *Laporan kegiatan residensi manajemen keperawatan di Rumkital Marinir Cilandak Jakarta Selatan*. Tidak dipublikasikan. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Kusumawaty, Ira (2001). *Hubungan antara pemahaman tentang proses keperawatan dan fungsi supervisi dengan kompetensi mendokumentasikan proses keperawatan di RS Karya Bhakti Bogor*, Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan UI. Tesis Master. Tidak dipublikasikan

Kurniati, T. (2001). *Hubungan peran supervisi kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di Ruang rawat inap Rumah sakit Islam Jakarta*. Tesis Master tidak diterbitkan. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Loveridge, C. E. & Cummings, S. H. (1996). *Nursing management in the new paradigm*. Maryland: Aspen Publisher Inc.

La Monica, L. Elaine (1998). *Kepemimpinan dan manajemen keperawatan, pendekatan berdasarkan pengalaman*. Jakarta: EGC

Mukhlas, M (1999), *Perilaku organisasi*. Jilid I. PT Karipta, Yogya

Mangkunegara, A.P. (2005). *Perilaku dan budaya organisasi*. Bandung: Refieka Aditama

Marquis, BL and Huston, CJ.(2000). *Management decision making for nurses: 124 case studies*. 3rd Ed. Philadelphia: Lippincott. 470 pp.

Mahlmeister L. (1999). *Professional accountability and legal liability for the team leader and charge nurse*. Journal Obstet Gynecol Neonatal Nurs. May-Jun; 28(3):300-9.

Muhidin, Sambas Ali & Abdurahman, Maman (2007). *Analisis korelasi, regresi dan jalur dalam penelitian*. Cetakan I. Bandung: C.V. Pustaka Setia

- Naude, M. Meyer, S and Van Niekerk, S. (2000). *The nursing unit manager: a comprehensive engine*. Sandton: Heinemann
- Nursalam. (2007). *Manajemen Keperawatan: aplikasi dalam praktik keperawatan profesional*. Edisi II. Salemba Medika. Jakarta.
- Nursalam (2002). *Proses dan Dokumentasi Keperawatan konsep dan praktik*. Salemba Medika. Jakarta
- Nursasi, AY (1996). *Pengarahan dan supervisi dalam keperawatan*. Disampaikan dalam “kursus manajemen Keperawatan 9-13 september 1996 di Fakultas Ilmu Keperawatan UF. Tidak dipublikasikan
- Nurachmah, Ely. (2001). *Seminar keperawatan asuhan keperawatan bermutu di rumah sakit*. Disajikan Kamis, 21 Jun 2001 RS ISLAM Cempaka Putih Jakarta. Tidak dipublikasikan
- Notoadmodjo, S, (2005). *Metodologi penelitian kesehatan*. Edisi III. Jakarta:PT Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (1998). *Pengembangan sumber daya manusia*. Jakarta: Rhineka Cipta
- Noe, R.A., Hollenbeck, J.R., Gerhart, B., Wright, P.M. (1994). *Human resource management: gaining a competitive advantage*. Illinois: Austen Press
- NANDA (2005). *Nursing diagnoses: definitions & classification*. Philadelphia, PA: Author.
- Prihardjo, Robert (1995). *Praktek keperawatan profesional: konsep dasar dan hukum*. Cetakan I. Penerbit EGC: Jakarta.
- Panjaitan, R. (2002). *Hubungan efektifitas kepemimpinan kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSPAD Gatot Soebroto Jakarta*. Tesis Master tidak diterbitkan. Jakarta: Fakultas Ilmu keperawatan Universitas Indonesia.
- Pandawa, Rugaya (2006). *Determinan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD DR. H. Hasan Boesoirie Ternate*. Tesis Master. Tidak dipublikasikan. FIK UI
- Rivera, J. C., & Paris, K. M. (2002). *Use of nursing diagnoses and interventions in public health nursing practice*. *Nursing Diagnosis*, 13(1), 15–23.
- Rusmiati (2006). *Hubungan lingkungan organisasi dan karakteristik perawat dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUP Persahabatan Jakarta*. Tesis Master. Fakultas Ilmu Keperawatan UI. Tidak dipublikasikan

- Rahmat (2004). *Tehnik supervisi yang meningkatkan produktivitas*. Makalah Seminar Nasional VI. PERSI. Jakarta. Indonesia. Makalah tidak dipublikasikan
- Rothrock, Jane C.(1999). *Perencanaan asuhan keperawatan perioperatif*. Cetakan I. Penerbit EGC: Jakarta
- Robbins, Stephen P. (1996). *Organization theory: structure, design and applications*. New Jersey: Prentice Hall.
- Samsudin, Sadili (2006). *Manajemen sumber daya manusia*. Cetakan Pertama. Penerbit CV Pustaka Setia: Bandung
- Siagian, S. P. (2002). *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: Bumi Aksara Indonesia.
- Siagian, Hotmaida, 2003, Pengaruh supervisi kepala ruang rawat inap, kemampuan, motivasi dan imbalan tenaga perawat pelaksana terhadap kinerja tenaga perawat pelaksana diruang rawat inap RSUD Sidoarjo, ¶ 7, <http://adln.lib.unair.ac.id/go.php?id=ijptumair-gdl-s2-2003-siagian2c-740-supervisi&q=motivasi+perawat>, diunduh 11 maret 2008).
- Sugiyono. 2004. *Statistik nonparametris untuk penelitian*. Bandung: Alfabeta
- Singarimbun, M (1993). *Metode penelitian survey, LP3ES*. Jakarta
- Sigit, S, (1999). *Pengantar metodologi penelitian sosial bisnis manajemen*. Cetakan pertama. Jogyakarta: FE Universitas Sarjana Wiyata Taman Siswa.
- Sugijono (2000). *Statistika penelitian*. Cetakan I Bandung: Alfabeta
- Stoner, J.A.F. (1996). *Management*. New Jersey: Prentice Hall. Inc.
- Sudrajat, Achmad (2008). Tujuh teori motivasi. <http://id.shvoong.com/books/management-literature/1658520-tujuh-teori-motivasi/>, diunduh tanggal 11 maret 2008).
- Sumarni, E (2001). *Hubungan antara efektifitas kepemimpinan kepala ruang dan motivasi dengan produktivitas kerja perawat pelaksana di RSUD Kabupaten Tasikmalaya, Jawa barat*. Tesis Master. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Jakarta
- Swansburg, R.C. & Swansburg, R.J. (1999). *Introductory management and leadership for nurses: an interactive text*. (second Edition). Sudbury Massachusetts: Jone and Bartlett Publishers
- Syahmasa. (2002). *Analisis hubungan faktor demografi dan motivasi dengan kinerja kader dalam berperan serta meningkatkan pelayanan keperawatan di pos yandu wilayah puskesmas kecamatan Cipayung Jakarta Timur*. Tesis Master. Tidak diterbitkan. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

- Thoroddsen, A. & Thorsteinsson, H. (2002). *Nursing diagnosis taxonomy accross the atlantic ocean: congruence between nurses' charting and the NANDA taxonomy*. *Journal of advanced nursing*, 37 (4), 372-381
- Timpe, A.Dale. (1992). *Kinerja : seri manajemen sumber daya manusia 6*. Jakarta. PT Elex Media Komputindo.
- Timby, B.K. & Lewis, L.W. (1992). *Fundamental skills & concepts in patient care*. (5th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott Company
- Trisnawati, Hanna (2007). Upaya peningkatan kualitas pelayanan keperawatan berdasarkan analisis format dokumentasi asuhan keperawatan: studi di ruang instalasi rawat inap RSUD. Dr. Soetomo Surabaya. <http://adln.lib.unair.ac.id/go.php?id=jiptunair-gdl-s2-2007-trisnawati-5867&q=dokumentasi+keperawatan>
- Winardi, J. (2004). *Motivasi dan pemotivasián dalam manajemen*. Jakarta: P.T. Raja Grafindo Persada
- Yusuf, AH (2004). Pengaruh pemberian motivasi. <http://adln.lib.unair.ac.id/go.php?id=jiptunair-gdl-s2-2004-ahyusufs-257&q=motivasi+perawat>, diunduh 11 Maret 2008).
- Yalla, Brince.(2001). Pengaruh penerapan proses keperawatan terhadap kesembuhan penderita pnemonia di Puskesmas Rawat Inap Kabupaten Timor Tengah Selatan,¶ 4, [http:// lisa.ira@litbang.depkes.go.id / jkpkbppk-gdl-res-2001-yalla2c-2443-kesembuhan](http://lisa.ira@litbang.depkes.go.id/jkpkbppk-gdl-res-2001-yalla2c-2443-kesembuhan), diunduh 10 Januari 2007)
- Zainun, B. (1994). *Manajemen dan motivasi*. Edisi keenam. Jakarta: Balai Aksara

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Lusianah

Tempat, tanggal Lahir : Jakarta, 28 Desember 1975

Jenis Kelamin : Perempuan

Pekerjaan : Staf Dosen Akper Keris Husada Jakarta

Alamat Institusi : Jl. Yos Sudarso Kompleks Marinir Cilandak

Riwayat Pendidikan : 1. Sarjana Keperawatan pada Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia lulus tahun 1999
2. SMA Negeri 97 Jakarta lulus tahun 1993
3. SMP Negeri 131 Jakarta lulus tahun 1990
4. SD Negeri 02 petang Ciganjur lulus tahun 1986

Riwayat Pekerjaan : 1. Dosen PNS dpt Kopertis Wilayah III pada Akper Keris
Husada Jakarta tahun 2004 - sekarang
2. Akper Keris Husada Jakarta 2002 sampai 2004
3. Akper Bina Insan Jakarta dari 1999 sampai 2002

KUESIONER

**HUBUNGAN MOTIVASI DAN SUPERVISI DENGAN KUALITAS
DOKUMENTASI PROSES KEPERAWATAN DI INSTALASI RAWAT INAP
RUMAH SAKIT MARINIR CILANDAK JAKARTA SELATAN**



**OLEH:
LUSIANAH
0606027114**

**PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2008**

PENJELASAN PENELITIAN

Saya, Lusianah mahasiswa program pasca sarjana kekhususan kepemimpinan dan manajemen keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, bermaksud mengadakan penelitian tentang ” Hubungan motivasi dan supervisi dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Marinir Cilandak. Data yang saya peroleh akan saya jadikan bahan masukan bagi rumah sakit, khususnya untuk meningkatkan kualitas dokumentasi proses keperawatan dan pelayanan kesehatan pada umumnya.

Penelitian ini tidak berisiko apapun terhadap penilaian kerja bagi perawat maupun institusi pelayanan. Peneliti sangat menghargai hak-hak responden dengan menjamin kerahasiaan responden dan informasi yang diberikan. Semua informasi yang diperoleh nantinya akan dikonversi dalam bentuk koding data. Informasi yang diperoleh hanya akan digunakan untuk kepentingan penelitian ini dan respondenpun dapat mengundurkan diri sewaktu-waktu dari penelitian.

Peneliti sangat berharap partisipasi Bapak/ibu/saudara/i dalam penelitian ini dan atas kesediaannya saya haturkan banyak terima kasih.

Jakarta, April 2008

Peneliti,

Lusianah

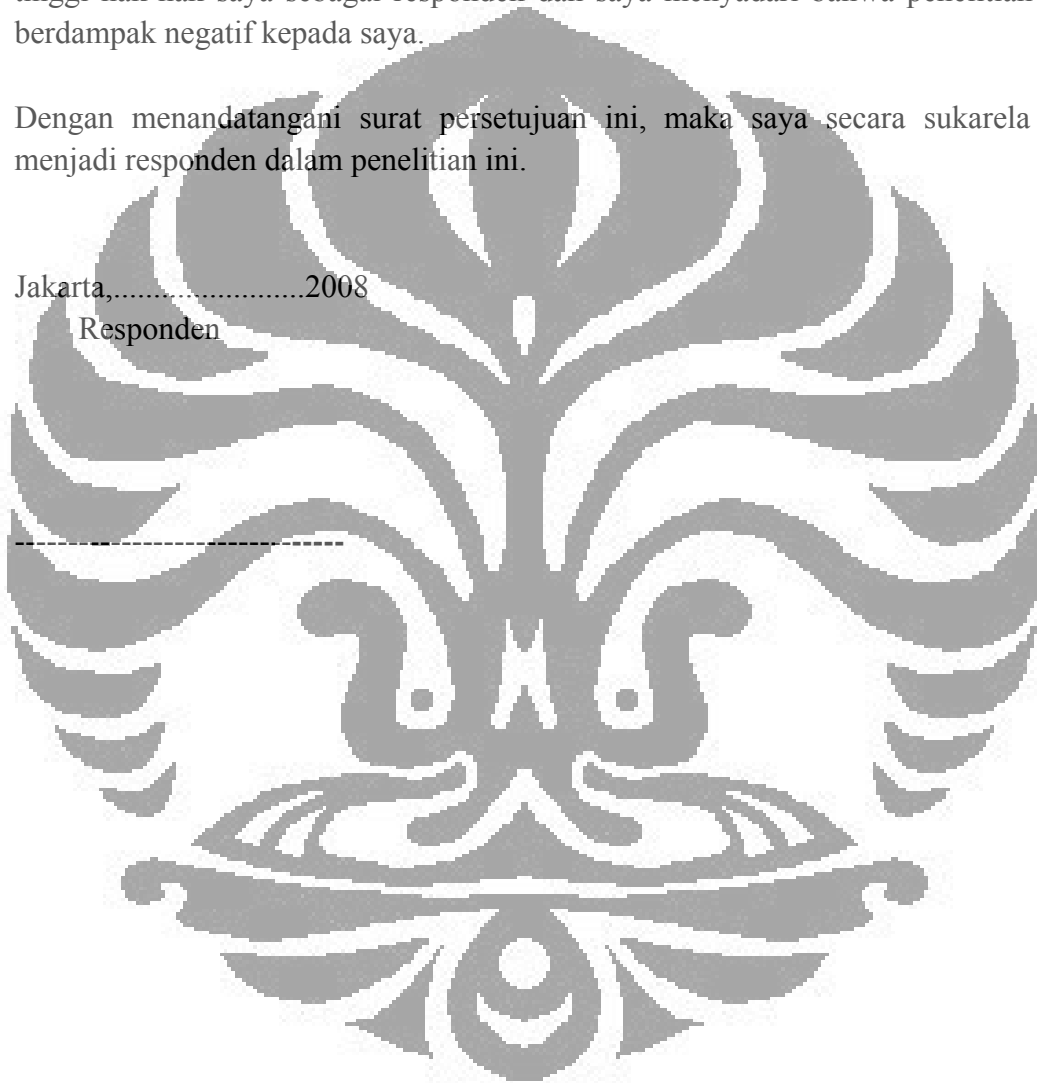
LEMBAR PERSETUJUAN

Setelah membaca penjelasan tentang penelitian ini, saya memahami bahwa keikutsertaan saya sebagai perawat pelaksana dalam penelitian dimaksudkan untuk meningkatkan kualitas proses keperawatan dan pelayanan keperawatan di Rumah Sakit Marinir Cilandak, Jakarta. Saya mengerti bahwa peneliti akan menghargai dan menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai responden dan saya menyadari bahwa penelitian ini tidak berdampak negatif kepada saya.

Dengan menandatangani surat persetujuan ini, maka saya secara sukarela bersedia menjadi responden dalam penelitian ini.

Jakarta,.....2008

Responden



KUESIONER A

KARAKTERISTIK PERAWAT

NO RESPONDEN : (*DIISI PENELITI)

Nama ruangan :

Petunjuk pengisian:

Jawablah pernyataan identitas responden berikut ini dengan memberikan tanda silang (X) pada kolom jawaban yang menurut anda sesuai.

1. Pendidikan terakhir SPK, D III Kep, S1 Kep

2. Lama Kerja sebagai perawat : tahun

3. Apakah anda pernah mengikuti pelatihan tentang dokumentasi proses keperawatan dalam satu tahun terakhir?

Ya

Tidak

Jika Ya, maka jumlah pelatihan yang pernah diikuti adalah.....kali

KUESIONER B PENGETAHUAN PERAWAT

PETUNJUK PENGISIAN:

A. Pernyataan berikut ini mengenai proses keperawatan dan dokumentasi proses keperawatan

B. Berilah tanda X pada salah satu alternatif jawaban yang anda anggap paling tepat

1. Berikut ini yang **bukan** merupakan pengertian proses keperawatan adalah...
 - a. Kegiatan yang dilakukan secara sistematis, rasional dan ilmiah
 - b. Kerangka berpikir ilmiah sebagai jalan pemecahan masalah pasien
 - c. Proses yang terdiri dari pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.
 - d. Metoda pendekatan yang digunakan untuk menyelesaikan tugas perawat

2. Karakteristik proses keperawatan yaitu...
 - a. Logis dan teratur
 - b. Kolektif
 - c. Tertutup
 - d. Berdasarkan pada kepercayaan

3. Adapun tujuan penerapan proses keperawatan adalah...
 - a. Mempersingkat masa rawat pasien
 - b. Mempermudah proses administrasi
 - c. Meningkatkan komunikasi antar perawat
 - d. Meningkatkan pendapatan rumah sakit

4. Dampak yang akan muncul jika seorang perawat tidak menerapkan proses keperawatan yaitu...
 - a. Perawat tidak disibukkan melakukan dokumentasi
 - b. Masalah keperawatan pada pasien tidak terlalu banyak
 - c. Pemecahan masalah klien menjadi tidak terarah
 - d. Pasien akan merasa lebih puas

5. Bagi seorang perawat dokumentasi proses keperawatan berfungsi untuk ...
 - a. sarana informasi tentang perkembangan pasien
 - b. merupakan alat komunikasi bagi profesi keperawatan
 - c. meningkatkan kontinuitas dalam memberikan pelayanan keperawatan
 - d. meningkatkan kemampuan perawat dalam menulis

6. Pernyataan berikut ini yang tidak termasuk ke dalam manfaat dokumentasi proses keperawatan adalah...
 - a. mekanisme pertanggung gugatan perawat
 - b. bermanfaat dalam pengumpulan data
 - c. meningkatkan penghasilan yang akan diperoleh perawat
 - d. meningkatkan kerjasama antar tim kesehatan

7. Dalam melakukan pengkajian pada pasien yang **tidak** termasuk dalam hal yang perlu diperhatikan perawat adalah...
 - a. riwayat kesehatan masa lalu
 - b. melakukan pengkajian secara komprehensif
 - c. faktor fisik, emosi, psikologis, budaya dan nilai-nilai kepercayaan pasien
 - d. pengeluaran biaya perawatan yang dikeluarkan pasien

 8. Berikut ini merupakan tahap-tahap proses keperawatan secara berurutan yaitu...
 - a. perencanaan, pengkajian, implementasi, evaluasi, dan diagnosa keperawatan
 - b. pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi
 - c. diagnosa keperawatan, implementasi dan evaluasi, perencanaan dan pengkajian
 - d. perencanaan, pengkajian, implementasi, evaluasi, dan diagnosa keperawatan

 9. Dalam merumuskan tujuan dan kriteria hasil, yang harus diperhatikan adalah...
 - a. tujuan harus dapat dicapai dan realistis
 - b. target pencapaian waktu tidak diperlukan
 - c. berisi garis besar tujuan keperawatan
 - d. kondisi keuangan pasien

 10. Dalam membuat rencana tindakan keperawatan yang perlu diperhatikan oleh perawat adalah...
 - a. penetapan prioritas masalah, tujuan dan rencana tindakan keperawatan
 - b. tidak perlu melibatkan pasien dan keluarga dalam menyusun perencanaan
 - c. perencanaan tindakan tidak perlu banyak, sesuaikan dengan terapi medis
 - e. perencanaan tidak perlu terlalu detail
- Di ruang penyakit dalam, hasil pengkajian terhadap Tn R, 40 tahun didapatkan panas tinggi 39 C, mual dan muntah, diare 10 kali, bibir kering, tidak ada nafsu makan. Pasien mengatakan Diare tidak berampas, berbau busuk dan berlendir dan terdapat darah . Hasil pemeriksaan diketahui Lekosit meningkat, hematokrit meningkat. Tn R mengeluh badannya lemas, kepala pusing, perut terasa dan nyeri. Diagnosa medis Disenti Amuba
11. Berdasarkan kasus diatas, yang bukan termasuk dalam data objektif adalah
 - a. suhu 39 c, lekosit meningkat
 - b. keluhan badan lemas dan kepala pusing
 - c. bibir kering
 - d. diare berlendir dan bercampur darah

 12. Berdasarkan kasus tersebut, masalah keperawatan yang muncul pada kasus tersebut adalah...
 - a. gangguan volume cairan: kurang
 - b. gangguan integritas kulit
 - c. gangguan pola napas
 - d. gangguan integritas kulit

13. Dalam melakukan tugas prosesnya perawat melakukan intervensi mandiri. Intervensi keperawatan mandiri pada kasus tersebut:
- a. memberikan obat anti diare
 - b. memasang infus RL
 - c. memberikan pasien minum lebih dari 8 gelas/hari
 - d. memonitor hasil perkembangan data laboratorium feses pasien
14. Yang **bukan** termasuk kriteria hasil yang direncanakan untuk mengatasi masalah nyeri pada pasien adalah...
- a. Tekanan darah normal 120/70 - 130/90 mmHg
 - b. Nadi Normal 60 -100 x/menit
 - c. *Kapillary refill* normal
 - d. Ekspresi wajah rileks
15. Dokumentasi keperawatan memiliki aspek legal, yang tidak termasuk dalam pengertian aspek legal yaitu...
- a. Dokumentasi merupakan bukti tertulis yang harus dipertanggung jawabkan
 - b. Dalam pembuatannya mengacu kepada standar yang telah ditetapkan
 - c. Dokumentasi melindungi pasien dari tindakan perawat yang tidak kompeten
 - d. Dokumentasi sebagai catatan administrasi
16. Berikut ini adalah prinsip-prinsip dokumentasi keperawatan **kecuali**...
- a. tulis secara obyektif data pasien
 - b. Tulis dengan pena bukan pensil
 - c. Sertakan selalu tanda tangan
 - d. Gunakan singkatan yang populer di masyarakat
17. Dalam merumuskan diagnosa keperawatan, seorang perawat perlu memperhatikan komponen yang terdapat pada diagnosa keperawatan yaitu
- a. problem, etiologi dan simptom
 - b. problem dan etiologi
 - c. etiologi dan simptom saja
 - d. problem saja
18. Dalam merumuskan diagnosa keperawatan, seorang perawat harus merumuskannya, data yang ditemukan pada pasien berdasarkan...
- a. keinginan dokter
 - b. kebutuhan pasien
 - c. keinginan pasien,
 - d. kemampuan perawat
19. Evaluasi keperawatan dilaksanakan segera setelah melakukan tindakan keperawatan. Evaluasi yang dilakukan perawat bersifat...
- a. Obyektif, fleksibel dan efisien
 - b. Subyektif dan fleksibel
 - c. Fleksibel dan efisien
 - d. Efisien dan efektif

20. Penetapan prioritas diagnosa keperawatan perlu mempertimbangkan...
- Nilai dan kepercayaan pasien
 - Sumber yang tersedia
 - Keinginan dokter
 - Keinginan pasien dan keluarga
21. Apabila perawat melakukan kesalahan dalam pendokumentasian maka yang harus dilakukan perawat adalah...
- Mentip ex kesalahan tersebut
 - Menghitamkan seluruh kesalahan tersebut dan membuat data yang benar
 - Tulis kembali atau coret dengan 1 garis saja dengan catatan awal tetap ada dan dilakukan paraf
 - Membuang lembar dokumentasi yang salah dan menulis ulang kembali.
22. Berikut ini yang tidak termasuk manfaat Standar proses keperawatan yang ada adalah...
- Meningkatkan kualitas proses keperawatan
 - Mengurangi biaya dan hari rawat pasien
 - Sebagai dasar penentuan kelalaian perawat
 - Menambah kompleksitas tugas keperawatan
23. Berikut ini beberapa sikap yang tidak tepat dalam melaksanakan dokumentasi proses keperawatan, dan dapat menimbulkan kasus hukum, kecuali...
- Tidak mencantumkan data seperti jumlah cairan, oksigen atau data obyektif lain
 - Membuat perkiraan terhadap data pasien
 - Membuat catatan dokumentasi keperawatan untuk pasien lain
 - Catat waktu dan tanggal serta cantumkan tanda tangan.
24. Ketika melakukan pendelegasian tugas kepada perawat lain, hal-hal yang perlu diperhatikan perawat adalah...
- Pastikan orang yang diberikan delegasi tugas mengetahui apa yang harus dikerjakan
 - Pastikan orang tersebut memiliki pengetahuan dan ketrampilan yang dibutuhkan
 - mengetahui kelemahan dan kelebihan perawat yang menerima delegasi tugas
 - mempercayai sepenuhnya perawat yang menerima pendelegasian tugas kita
25. Berikut yang bukan termasuk cara perawat dapat mengevaluasi kemajuan pasien adalah...
- menganalisis data baru dengan teman sejawat dan pasien,
 - bekerjasama dengan pasien dan keluarga untuk melaporkan perubahan kondisi pasien
 - melakukan pengkajian ulang secara konsisten
 - menginterpretasikan kondisi pasien tanpa pemeriksaan terlebih dahulu

KUISIONER C

MOTIVASI KERJA PERAWAT

Petunjuk Pengisian :

1. Mohon kesediaan Bapak/ Ibu/ saudara (i) untuk menjawab seluruh Pernyataan yang ada
2. Bacalah pernyataan dengan baik sebelum menjawab.
3. Berikan tanda silang (√) pada kotak jawaban sesuai dengan pendapat saudara tentang motivasi kerja saat melakukan pelayanan keperawatan saat ini.

- (1) **Tidak pernah (TP)** : Jika pernyataan tersebut tidak pernah dirasakan sama sekali
- (2) **Kadang-kadang (KD)** : Jika pernyataan tersebut jarang dirasakan (lebih sering tidak dirasakan)
- (3) **Sering (S)** : Jika pernyataan tersebut sering dirasakan (jarang tidak dirasakan)
- (4) **Selalu (SL)** : Jika pernyataan tersebut selalu dirasakan (tidak pernah tidak dirasakan)

NO	PERNYATAAN	Alternatif Jawaban			
		TP	KD	S	SL
		1	2	3	4
1.	saya ingin melakukan dokumentasi proses keperawatan melebihi kualitas rekan sekerja				
2.	saya perlu suasana penuh persahabatan dengan rekan kerja dalam melakukan pendokumentasian proses keperawatan				
3.	Saya memerlukan umpan balik (tanggapan) dari rekan kerja saya terhadap dokumentasi yang saya kerjakan				
4.	saya memerlukan kerja keras agar berhasil dalam pendokumentasian proses keperawatan				
5.	Saya ingin rekan kerja meniru saya dalam melakukan pendokumentasian proses keperawatan				
6.	Saya mempunyai keinginan untuk mengatasi tantangan yang timbul dalam pendokumentasian proses keperawatan				
7.	Saya ingin diberikan kewenangan penuh dalam mendokumentasikan proses keperawatan				
8.	saya tidak sabar apabila mendapat perlakuan yang tidak menyenangkan dari rekan kerja saya				

NO	PERNYATAAN	Alternatif Jawaban			
		TP	KD	S	SL
		1	2	3	4
9.	Saya bangga dalam melakukan pendokumentasian proses keperawatan				
10.	Saya merasa puas setelah menyelesaikan dokumentasi proses keperawatan pada pasien dengan masalah kesehatan yang kompleks				
11.	Saya tidak memerlukan hubungan yang saling menguntungkan dengan rekan kerja dalam mendokumentasikan proses keperawatan				
12.	Saya berusaha mencari jalan keluar jika mendapat kesulitan dalam pendokumentasian keperawatan				
13.	Saya tidak perlu menanggapi rekan kerja yang berbeda pendapat dengan saya saat melakukan dokumentasi proses keperawatan				
14.	Saya perlu bekerja sama dengan rekan kerja saya dalam melakukan dokumentasi proses keperawatan				
15.	Saya suka kegiatan dengan risiko tinggi dalam pendokumentasian proses keperawatan				
16.	Saya perlu mengikuti kegiatan yang diselenggarakan oleh rumah sakit tempat saya bekerja				
17.	Saya tidak ingin melakukan pendokumentasian proses keperawatan melebihi rekan kerja saya				
18.	Saya perlu melakukan pendekatan dengan rekan kerja dalam melakukan pendokumentasian proses keperawatan				
19.	Saya tidak senang apabila saya dibebani suatu tanggung jawab dalam pendokumentasian proses keperawatan				
20.	saya tidak senang apabila rekan kerja membenci saya				

Sumber: Penilaian motivasi kerja menurut Clelland yang dikembangkan oleh Steers dan Braunstein dalam Robins (1996 dimodifikasi dan disesuaikan kepentingan peneliti.

KUESIONER D SUPERVISI KEPALA RUANGAN

Petunjuk Pengisian :

1. Mohon bantuan dan kesediaan Bapak/ Ibu/ saudara (I) untuk menjawab seluruh Pernyataan yang ada
2. Beri tanda (√) pada kolom yang yang saudara pilih sesuai keadaan sebenarnya dengan alternatif jawaban sebagai berikut:

(1) Tidak pernah (TP) : Jika pernyataan tersebut tidak pernah dilakukan sama sekali

- (2) Kadang-kadang (KD)** : Jika pernyataan tersebut jarang dilakukan (lebih sering tidak dilakukan)
- (3) Sering (S)** : Jika pernyataan tersebut sering dilakukan (jarang tidak dilakukan)
- (4) Selalu (SL)** : Jika pernyataan tersebut selalu dilakukan (tidak pernah tidak dilakukan)

NO	PERNYATAAN	Alternatif Jawaban			
		TP	KD	S	SL
		1	2	3	4
1.	Kepala ruangan memberikan penjelasan dengan kalimat yang mudah dimengerti tentang pendokumentasian proses keperawatan				
2.	kepala ruangan tidak memotivasi saya untuk terus meningkatkan kemampuan dalam pendokumentasian proses keperawatan				
3.	kepala ruangan mengevaluasi pendokumentasikan proses keperawatan yang saya kerjakan				
4.	Kepala ruangan memberikan semangat kepada saya untuk melakukan pendokumentasian proses keperawatan				
5.	Kepala ruangan tidak menyediakan waktu secara rutin guna membahas masalah yang dihadapi dalam pendokumentasian proses keperawatan				
6.	kepala ruangan tidak memberikan contoh secara tertulis cara mendokumentasikan proses keperawatan				
7.	Kepala ruangan langsung menuliskan pada format pendokumentasian saat memberikan penjelasan tentang pendokumentasian proses keperawatan				
8.	Kepala ruangan dapat menjawab kesulitan saya dalam mendokumentasikan proses keperawatan				

NO	PERNYATAAN	Alternatif Jawaban			
		TP	KD	S	SL
		1	2	3	4
9.	Kepala ruangan memberikan contoh yang mudah dimengerti oleh saya tentang cara mendokumentasikan proses keperawatan				
10.	Kepala ruangan mendorong saya untuk membuat pendokumentasian sesuai contoh yang telah diberikan				
11.	Kepala ruangan memberikan umpan balik kepada saya atas dokumentasi yang saya kerjakan				

12.	kepala ruangan tidak mendengarkan pendapat saya dengan penuh perhatian tentang cara pendokumentasian proses keperawatan				
13.	Kepala ruangan menerima masukan dari saya dalam memberikan contoh pendokumentasian proses keperawatan agar lebih mudah dimengerti				
14.	Kepala ruangan tidak menegur saya saat melakukan kesalahan dalam mendokumentasikan proses keperawatan				
15.	Kepala ruangan mendorong diskusi kelompok untuk membahas dokumentasi proses keperawatan dengan baik				
16.	Kepala ruangan meyakinkan saya bahwa saya mampu mendokumentasikan proses keperawatan dengan baik				
17.	Kepala ruangan tidak memberikan kesempatan kepada saya untuk menyampaikan kesulitan yang saya hadapi dalam mendokumentasikan proses keperawatan				
18.	Kepala ruangan memberikan suasana yang menyenangkan setiap menjelaskan dokumentasi proses keperawatan				
19.	Kepala ruangan memeriksa dokumentasi proses keperawatan yang telah saya kerjakan setiap minggu				
20.	Kepala ruangan memberitahukan kepada saya atas penilaian dokumentasi yang telah saya kerjakan				
21.	kepala ruangan memberikan kesempatan kepada saya untuk mendiskusikan hasil penilaian yang telah diberikannya terhadap dokumentasi yang saya lakukan				
22.	Kepala ruangan memberitahukan kepada saya tentang aspek-aspek yang dinilai dalam pendokumentasian proses keperawatan				
23.	Kepala ruangan tidak memberikan penilaian yang objektif atas hasil kerja saya dalam mendokumentasikan proses keperawatan				
24.	Kepala ruangan tidak memberikan pujian saat perawat mampu mendokumentasikan proses keperawatan dengan baik.				

**PEDOMAN PENGISIAN INSTRUMEN OBSERVASI
PENERAPAN STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN
(INSTRUMENT A-DEPKES 2001)**

1. Bentuk instrumen A terdiri dari 4 (empat) terdiri dari:

- Kolom 1 : No. Urut yang dinilai
- Kolom 2 : Aspek yang dinilai

- Kolom 3 : No. Kode rekam medik yang dinilai
- Kolom 4 : Keterangan

2. Observer mengisi kolom 3 dan 4

3. Kolom 3 terdiri dari 2 (dua) sub kolom yang diisi dengan kode berkas pasien (1, 2) sesuai dengan urutan waktu pulang ketika dievaluasi. Tiap sub kolom hanya digunakan untuk penilaian terhadap satu berkas rekam medik pasien. Rekam medik yang telah digunakan untuk penilaian harus diberi tanda dengan kode berkas agar tidak dinilai ulang

4. Pada tiap sub kolom diisi dengan tanda “1” bila aspek yang dinilai ditemukan dan tanda “0” bila aspek yang dinilai tidak ditemukan pada rekam medik pasien yang bersangkutan.

5. Kolom keterangan diisi bila penilai menganggap perlu mencantumkan penjelasan atau bila ada keraguan penilaian

6. Total nilai diperoleh dari penjumlahan subtotal yang berjumlah 6 buah yaitu aspek pengkajian (bagian A), aspek diagnosa (bagian B), aspek perencanaan (bagian C), aspek tindakan (bagian D), aspek evaluasi (bagian E) dan aspek catatan asuhan keperawatan (bagian F)

7. Nilai akhir yang diperoleh dihitung dengan cara sebagai berikut:

$$\text{Prosentase} = \frac{\text{Total penjumlahan seluruh aspek}}{\text{Jumlah berkas x jumlah aspek yang dinilai (24 item)}} \times 100\%$$

**INSTRUMENT STUDI DOKUMENTASI
PENERAPAN STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN
(INSTRUMENT A-DEPKES 2001)**

Nama Perawat :

Unit Kerja :

Tanggal/Hari :

Petunjuk: Beri tanda “1” , bila kegiatan dilakukan
Beri tanda “O”, bila kegiatan tidak dilakukan

No	STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN	KODE DOKUMEN				KET
		01		02		
		Ya	Tdk	Ya	Tdk	
	Pengkajian					
1	Data hasil pengkajian dicatat sesuai dengan pedoman pengkajian yang ada di ruangan					
2	Data dikelompokkan bio-psiko-sosio-spiritual ke dalam format dokumentasi yang berlaku					
3	Masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan keadaan normal					
	Diagnosa Keperawatan					
4	Diagnosa keperawatan disusun berdasarkan masalah yang telah dirumuskan					
5	Diagnosa keperawatan mencerminkan PE/PES					
6	Merumuskan diagnosa keperawatan actual/potensial sesuai hasil pengkajian					
	Perencanaan Keperawatan					
7	Perencanaan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan					
8	Disusun menurut urutan prioritas					
9	Rumusan tujuan mengandung komponen pasien/subjek, perubahan perilaku, dapat dicapai, dapat diukur dan terdapat kriteria waktu					
10	Rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas					
11	Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien					

No	STANDAR ASUHAN KEPERAWATAN	KODE DOKUMEN				Ket
		01		02		
		Ya	Tdk	Ya	Tdk	
	Tindakan Keperawatan					
12	Rencana tindakan menggambarkan kerja sama dengan tim kesehatan lain					
13	Tindakan yang dilaksanakan mengacu pada rencana					

	perawatan yang telah disusun					
14	Perawat mengobservasi respons pasien terhadap tindakan keperawatan					
15	Revisi tindakan berdasarkan hasil evaluasi					
16	Semua tindakan yang telah dilaksanakan dicatat ringkas dan jelas					
	Evaluasi Keperawatan					
17	Evaluasi mengacu pada tujuan					
18	Hasil evaluasi dicatat					
	Catatan Perawat					
19	Menulis catatan pada format yang baku					
20	Pencatatan ditulis dengan jelas, ringkas, istilah yang baku dan benar					
21	Setiap melakukan tindakan/kegiatan perawat mencantumkan paraf/nama jelas, dan tanggal serta jam dilakukannya tindakan.					
22	Berkas catatan keperawatan disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku					
23	Tidak mentip-ex dokumentasi atau menghitamkan kesalahan dalam pendokumentasian					
24	Tidak ada ruang kosong yang tersisa pada dokumentasi proses pendokumentasian yang saya buat					
	TOTAL					

Catatan Khusus:

.....

Nilai Yang di Peroleh =

$\frac{\text{Total penjumlahan seluruh aspek}}{\text{Jumlah berkas x jumlah aspek yang dinilai (24 item)}} \times 100\%$
--

PEDOMAN WAWANCARA DENGAN KEPALA RUANGAN

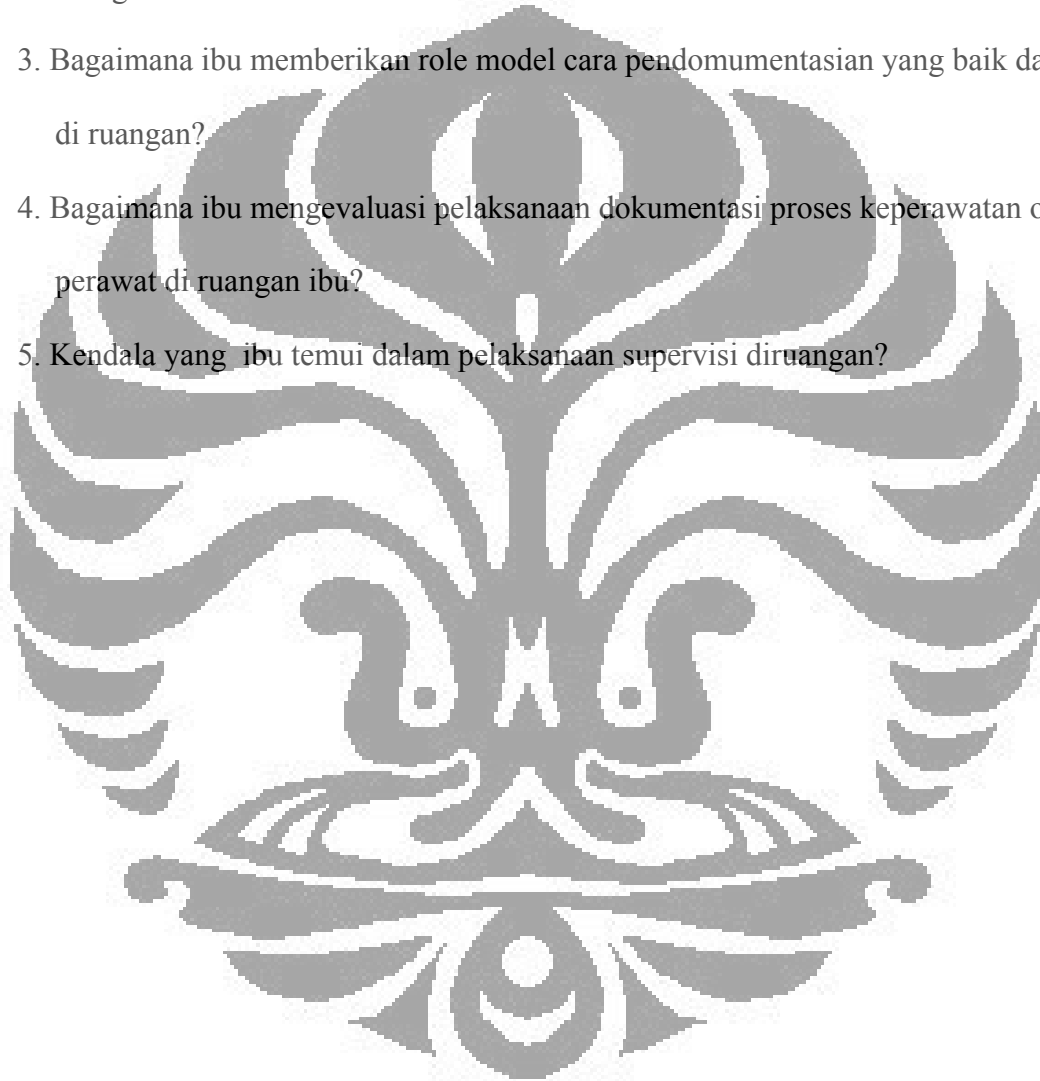
Tanggal/hari :

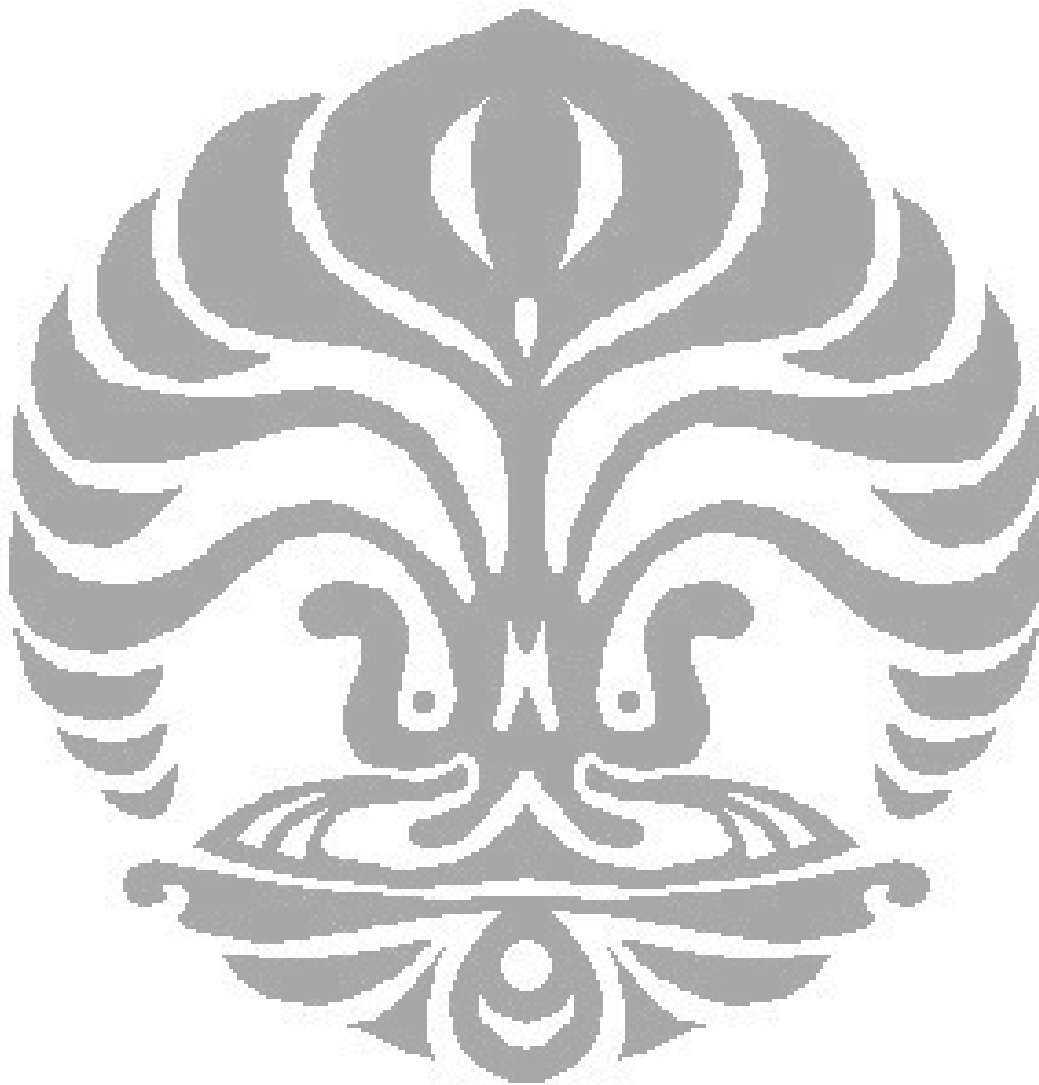
Waktu :

Tempat :

Pertanyaan

1. Bagaimana ibu memberikan pengarahan tentang dokumentasi proses keperawatan kepada perawat diruangan?
2. Bagaimana ibu memberikan bimbingan tentang dokumentasi proses keperawatan di ruangan?
3. Bagaimana ibu memberikan role model cara pendokumentasian yang baik dan benar di ruangan?
4. Bagaimana ibu mengevaluasi pelaksanaan dokumentasi proses keperawatan oleh perawat di ruangan ibu?
5. Kendala yang ibu temui dalam pelaksanaan supervisi diruangan?





**KUNCI JAWABAN
PENGETAHUAN PERAWAT**

NOMER SOAL	KUNCI JAWABAN
1.	D
2.	A
3.	C
4.	C
5.	C
6.	C
7.	D
8.	B
9.	A
10.	A
11.	B
12.	A
13.	C
14.	C
15.	D
16.	D
17.	A
18.	B
19.	A
20.	A
21.	C

22. D
23. D
24. B
25. D

