

UNIVERSITAS INDONESIA

**PENGARUH PELATIHAN SUPERVISI DAN KOMUNIKASI
PADA KEPALA RUANGAN TERHADAP KINERJA PERAWAT PELAKSANA
DALAM PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN
DI RUMAH SAKIT Dr. SOEDONO MADIUN**

TESIS

Diajukan sebagai persyaratan untuk
memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan

Oleh :

MUNCUL WIYANA

0606027190

**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, 2008**

LEMBAR PERSETUJUAN

*Pengaruh Pelatihan Supervisi dan Komunikasi pada Kepala ruangan
Terhadap Kinerja Perawat Pelaksana dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan
Di RSUD Dr Soedono Madiun*

Telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing serta telah dipertahankan
dihadapan tim penguji Tesis Program Magister Ilmu Keperawatan
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Jakarta, 16 Juli 2008

Pembimbing I

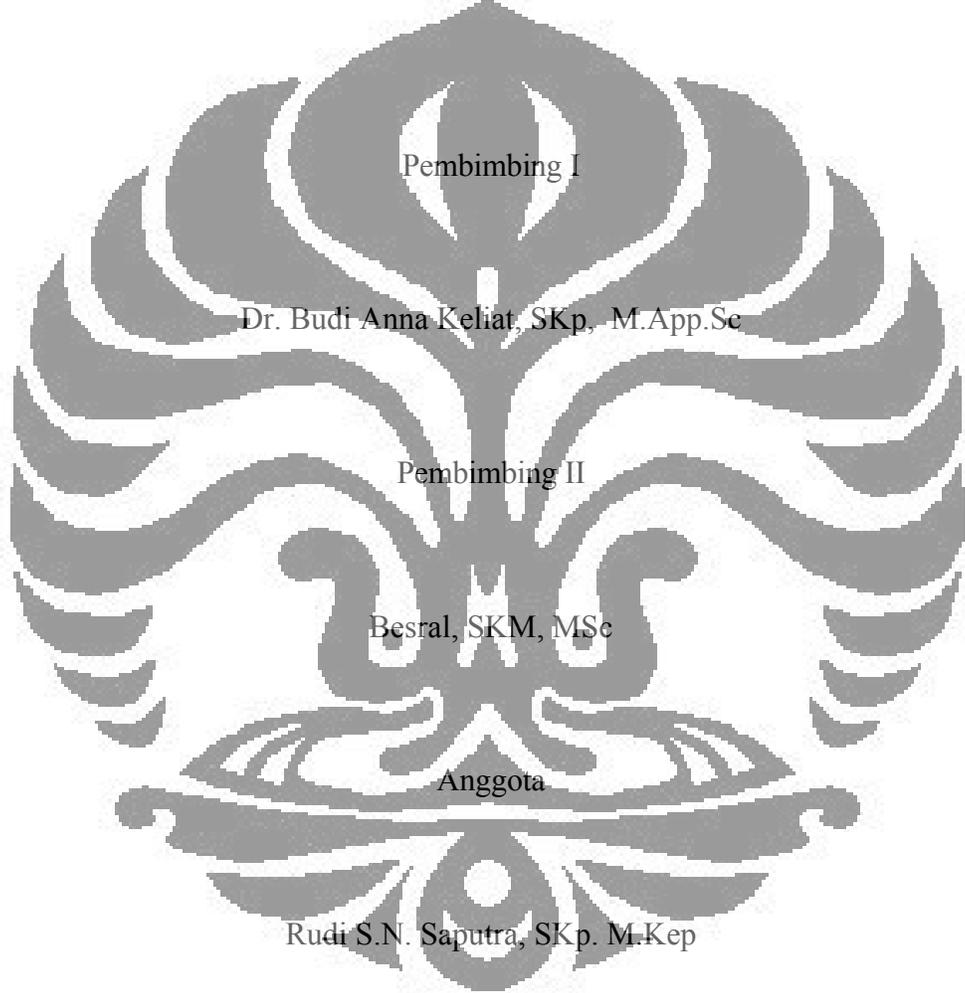
Dr. Budi Anna Keliat, SKp, M.App.Sc

Pembimbing II

Besral, SKM, MSc

LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI TESIS

Jakarta, 16 Juli 2008



Pembimbing I

Dr. Budi Anna Keliat, SKp, M.App.Sc

Pembimbing II

Besral, SKM, MSc

Anggota

Rudi S.N. Saputra, SKp. M.Kep

Anggota

Hanny Handiyani, SKp. M.Kep

PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA

Tesis
Muncul Wiyana

Pengaruh Pelatihan Supervisi dan Komunikasi Kepala Ruang Pada Kinerja Perawat Pelaksana Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di RSUD Dr Soedono Madiun.

ix + 125 hal + 18 tabel + 5 gambar + 8 lampiran

Abstrak

Kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah Sakit Umum Dr Soedono Madiun belum konsisten. Kepala ruangan belum melakukan supervisi terhadap pendokumentasian secara terencana. Untuk itu dilakukan penelitian dengan judul “Pengaruh Pelatihan Supervisi dan Komunikasi Kepala Ruang Pada Kinerja Perawat Pelaksana Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di RSUD Dr Soedono Madiun” dengan tujuan untuk mengidentifikasi pengaruh pelatihan supervisi dan komunikasi pada manajer ruangan terhadap kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian di RSUD Dr Soedono Madiun. Desain penelitian adalah kuasi eksperimen *pretest – posttest without control dengan dose respon*. Intervensi pelatihan supervisi dan komunikasi diberikan pada semua kepala ruangan diikuti dengan bimbingan yang berbeda (6 kali, 3 kali dan tanpa dibimbing). Populasi adalah 168 perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Dr Soedono Madiun dengan 91 sampel diambil secara proporsional. Kinerja diukur sebelum dan sesudah disupervisi kepala ruangan dengan melakukan penilaian pada dokumen asuhan keperawatan. Data dianalisis dengan uji statistic *t-test dependent, one way anova* dan regresi linear berganda. Hasil analisis menunjukkan ada perbedaan yang bermakna antara kinerja perawat pelaksana sebelum dan sesudah intervensi ($p = 0,0005$). Ada perbedaan yang bermakna antara kinerja yang disupervisi kepala ruangan yang dilatih dan dibimbing 6 kali dan 3 kali dengan yang disupervisi kepala ruangan yang dilatih tanpa bimbingan ($p = 0,016$). Hasil analisis regresi linear berganda didapatkan kinerja yang disupervisi kepala ruangan yang dilatih dan dibimbing 6 kali dan 3 kali memiliki pengaruh yang tidak berbeda ($B = 3,201$ dan $3,105$). Karakteristik perawat yang berpengaruh adalah jenis kelamin perempuan ($B = 3,884$). Direkomendasikan penggunaan paket pelatihan dengan bimbingan 3 kali. Disarankan tidak melakukan pelatihan tanpa bimbingan.

Kata Kunci: Kinerja, komunikasi, pelatihan, pendokumentasian, supervisi.
Daftar Pustaka 55(1960 – 2008)

*STUDY PROGRAM: MASTER OF NURSING
SPECIALITY LEADERSHIP AND MANAGEMENT OF NURSING
FACULTY OF NURSING
UNIVERSITY OF INDONESIA*

*Thesis
Muncul Wiyana*

The Effect of Supervision and Communication Training of Nurse Manager on Nurse Performance of Nursing Care Documentation at RSUD Dr Soedono in Madiun District

ix + 125 pages + 18 tables + 5 figures + 8 appendices

Abstract

Nurses performance of the nursing care documentation at Dr Soedono Madiun Hospital is not consistent yet. Nurse Manager does not give supervision to the documentation by planning yet. Purpose of this research to identify the effect of supervision and communication training to the nurse manager on Nurse Performance of the Nursing Care Documentation at Dr Soedono Madiun Hospital. This research used a Quasi experiment three group pretest - post test design without control with dose response. There are three group of nurse manager that given the same training. They were given guidance with different doses (6 times, 3 times without guidance). Populations were 168 nurses and 91 samples were taken by proportionally. Performance was measured before and after nurse manager supervised and by doing assessment of nursing care document. Data was analyzed by statistic t-test dependent, one way anova and multiple linear regressions. Analysis result, there is meaning difference between associate nurse performance before and after intervention ($p = 0,0005$). Analysis result there is meaning difference between performance which is supervised by nurse manager and getting guidance and training 6 times and 3 times which is supervised by room head who is trained without guidance ($p = 0,016$). Analysis result of multiple linear regression indicated that performance which is supervised by room head who is trained and guidance 6 times and 3 times have no different effect ($B = 3.201$ and $3,105$) and more better than no guidance. Nurse characteristic that effect to increase nurse performance is

women($B = 3,884$). This research recommended to used training model with 3 times guidance and Inadvisable training without guidance

Keywords: communication, documentation, performance, supervision, training

References: 55 (1960 – 2008)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT, karena berkat Rahmat-Nya, kegiatan penyusunan penelitian dengan judul **“Pengaruh Pelatihan Supervisi Dan Komunikasi Pada Kepala Ruangan Terhadap Kinerja Perawat Pelaksana Dalam Pendokumentasian Di Rumah Sakit Dr. Soedono Madiun”** dapat diselesaikan. Penulis menyadari tersusunnya tesis ini berkat dukungan dari berbagai pihak, untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada:

Dewi Irawaty, MA, Ph.D, selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Krisna Yetti, SKp, M.App.Sc, selaku Ketua Program Pascasarjana.

Dra. Junaiti Sahar, SKp, M.App.Sc.PhD selaku koordinator Mata Ajar Thesis

Dr. Budi Anna Keliat, SKp, M.App.Sc selaku pembimbing I yang dengan penuh perhatian dalam memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan tesis ini.

Besral, SKM, M.Sc selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan dan arahan dalam penyusunan tesis ini.

Isteri dan anak-anakku tercinta yang selalu setia memberikan dukungan saat penyusunan tesis ini.

Kepala ruang dan perawat pelaksana RSUD Dr Soedono Madiun yang berperan besar dalam penelitian ini.

Seluruh staf Akper Dr Soedono Madiun dan teman-teman mahasiswa yang telah memberikan dukungan secara moril terselesaikannya tesis ini

Seluruh staf Perpustakaan, laboratorium komputer yang memberikan akses untuk mendapatkan sumber dalam penulisan.

Penulis menyadari bahwa tesis ini belum sempurna, untuk itu kritik dan saran demi sempurnanya tesis ini sangat kami harapkan. Demikian, semoga tesis ini bermanfaat bagi penulis dan pembaca.

Depok, Juni 2008

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
LEMBAR JUDUL	i
LEMBAR PERSETUJUAN.....	ii
LEMBAR PENGESAHAN UJIAN TESIS	iii
ABSTRAK	iv
KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	x
DAFTAR GAMBAR	xi
DAFTAR LAMPIRAN	xii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar belakang	1
B. Rumusan masalah	8
C. Tujuan penelitian	9
D. Manfaat penelitian	10
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	11

	A. Kinerja	11
	B. Kinerja Perawat Pelaksana	21
	C. Supervisi Dalam Keperawatan	28
	D. Komunikasi	39
	E. Pelatihan	49
BAB III	KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	
	A. Kerangka teori	54
	B. Kerangka konsep.....	56
	C. Hipotesis	56
	D. Definisi operasional	57
BAB IV	METODOLOGI PENELITIAN	
	A. Desain penelitian	59
	B. Populasi dan sampel.....	61
	C. Waktu dan tempat penelitian	63
	D. Etika penelitian	63
	E. Alat pengumpulan data	64
	F. Prosedur pengumpulan data	65
	G. Pengolahan Data	68
	H. Analisa data	69
BAB V	HASIL PENELITIAN	
	A. Karakteristik Perawat Pelaksana	72
	1. Karakteristik umur dan masa kerja.....	72
	2. Karakteristik Jenis kelamin dan status perkawinan kerja..	74
	3. Kesetaraan umur dan masa kerja.....	74
	4. Kesetaraan Jenis kelamin dan status perkawinan kerja....	75
	B. Kinerja Perawat Pelaksana dalam pendokumentasian	
	1. Kinerja sebelum disupervisi.....	75
	2. Kesetaraan Kinerja sebelum disupervisi.....	79

3. Kinerja setelah disupervisi.....	80
4. Perbedaan Kinerja sebelum dan sesudah disupervisi	84
5. perbedaan kinerja setelah disupervisi	91
C. Pengaruh karakteristik responden	93

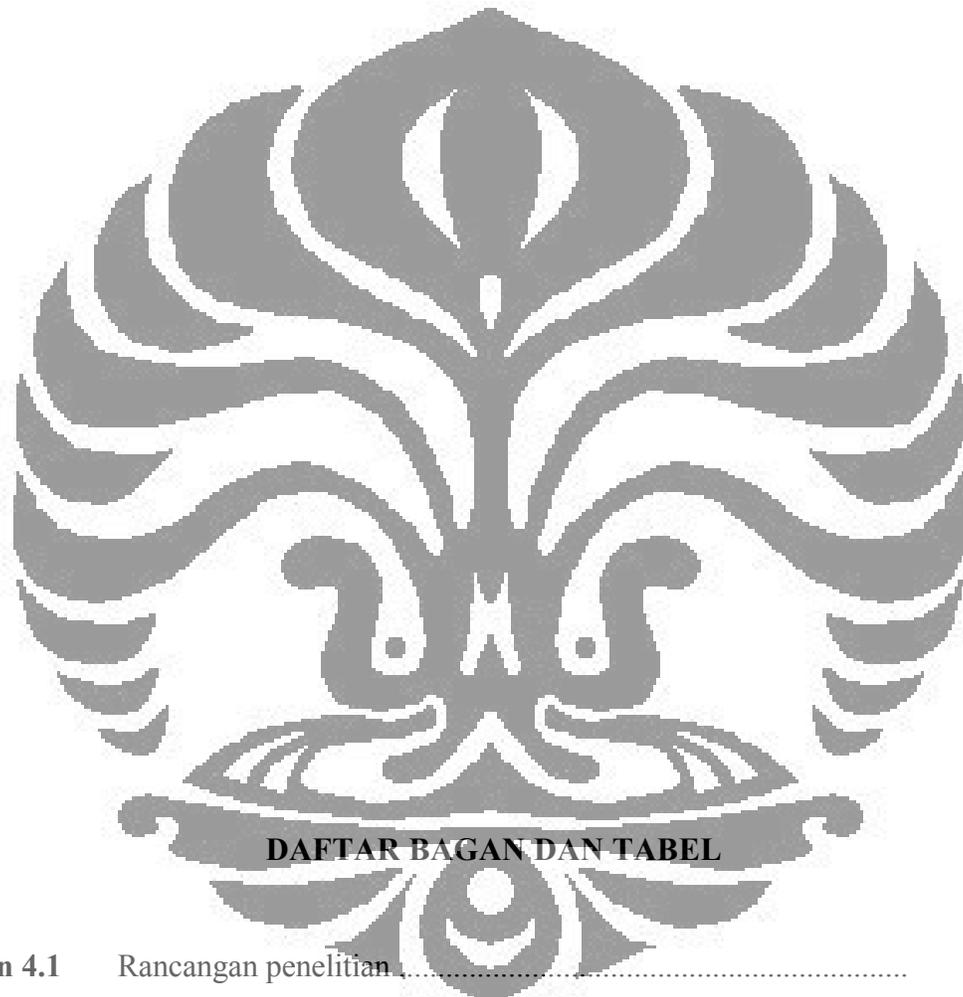
BAB VI PEMBAHASAN

A. Perbedaan Kinerja perawat dalam pendokumentasian sebelum dan sesudah disupervisi	96
1. Perbedaan kinerja sebelum dan sesudah disupervisi kepala ruangan yang dilatih dengan bimbingan 6 kali, 3 kali dan tanpa dibimbing.	96
2. Perbedaan Kinerja Sub variabel Pendokumentasian Sebelum dan Sesudah Disupervisi Kepala Ruangan Yang Dilatih.....	99
B. Perbedaan Kinerja perawat dalam pendokumentasian sesudah disupervisi.....	106
C. Pengaruh karakteristik terhadap peningkatan Kinerja Pendokumentasian.....	111
D. Keterbatasan Penelitian.....	120
E. Implikasi Hasil Penelitian	120

BAB VII SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan	123
B. Saran	124

DAFTAR PUSTAKA



DAFTAR BAGAN DAN TABEL

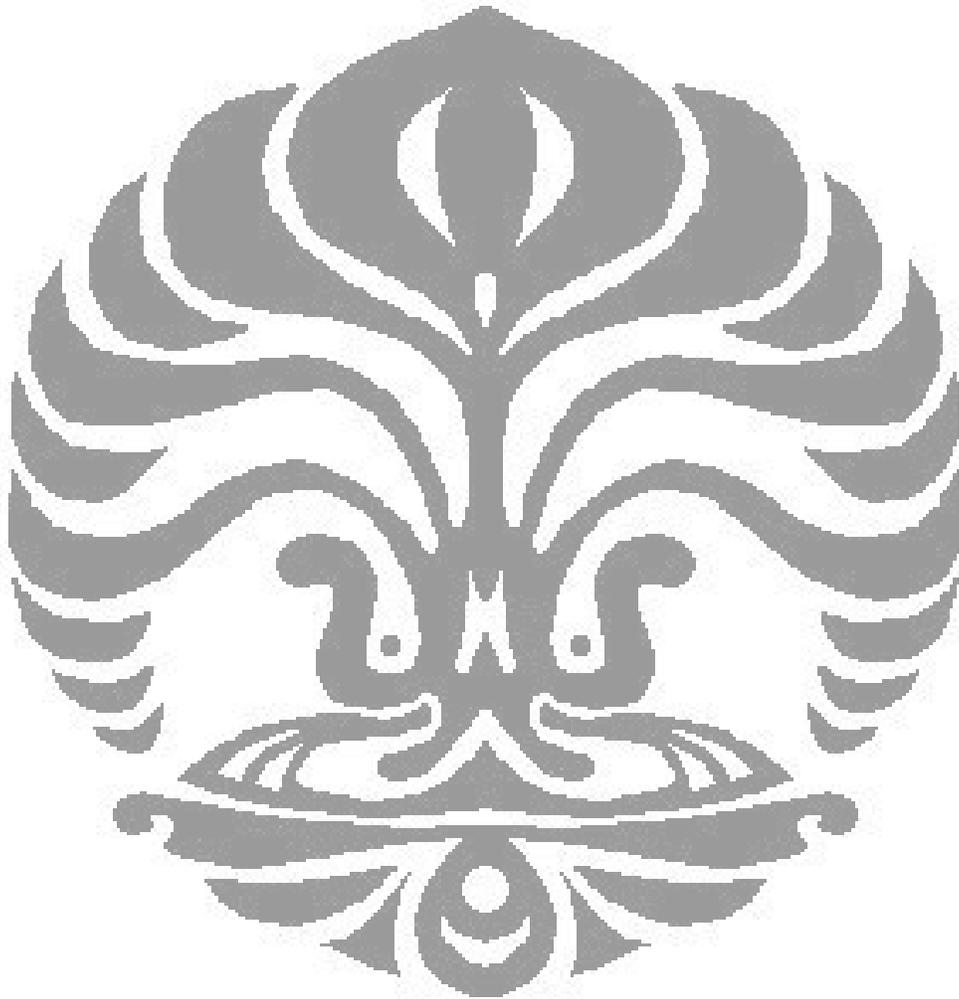
Bagan 4.1	Rancangan penelitian.....	60
Tabel 3.1	Definisi Operasional.....	57
Tabel 4.1	Distribusi sampel dan kelompok perawat pelaksana.....	62
Tabel 4.2	Jadwal Pelatihan dan pendampingan Supervi dan Komunikasi pada kepala ruangan	66
Tabel 4.3.	Jumlah Perawat yang disupervisi kepala ruangan	67
Tabel 4.4	Uji statistik bivariat pengaruh pelatihan terhadap kinerja	70
Tabel 5.1	Rata – rata umur dan masa kerja perawat pelaksana	72

Tabel 5.2	Distribusi perawat pelaksana menurut Jenis Kelamin dan status pernikahan	74
Tabel 5.3	Analisis Kesetaraan umur dan masa kerja perawat	74
Tabel 5.4	Analisis Kesetaraan jenis kelamin dan status pernikahan.....	75
Tabel 5.5	Rata-rata kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian Sebelum disupervisi	76
Tabel 5.6	Analisis Kesetaraan kinerja sebelum disupervisi	79
Tabel 5.7	Rata-rata kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian Setelah disupervisi	80
Tabel 5.8	Analisis rata – rata perbedaan kinerja sub variabel pendokumentasian sebelum dan sesudah Disupervisi	84
Tabel 5.9	Analisis perbedaan kinerja perawat pelaksana sebelum dan sesudah disupervisi	89
Tabel 5.10	Analisis perbedaan selisih kinerja perawat pelaksana sebelum dan sesudah disupervisi	90
Tabel 5.11	Analisis perbedaan rata-rata sub variabel pendokumentasian antar kelompok setelah disupervisi.....	91
Tabel 5.12	Hasil analisis uji regresi linear berganda faktor yang berhubungan Dengan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian	95

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Model Kinerja Gibson (1987).....	12
Gambar 2.1	Conceptual frame work of determinan of Productivity organisational	59

Gambar 2.3	Skema Komunikasi Shanon dan Weaver (1949).....	61
Gambar 3.1	Kerangka Teori.....	55
Gambar 3.2	Kerangka Konsep.....	56



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1

Permintaan menjadi responden

Lampiran 2

Informed consent

Lampiran 3

Kisi-

kisi kuisisioner

Lampiran 4

Kuisisioner Karakteristik Responden (perawat Pelaksana)

Lampiran 5

Format penilaian Kinerja Pendokumentasian

Lampiran 6

Petunjuk Penilaian Kinerja Pendokumentasian

Lampiran 7

Modul, jadwal supervisi, hasil dan daftar hadir pelatihan

Lampiran 8

Surat

- surat

1. keterangan lolos kaji etik dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
2. Surat permohonan ijin penelitian dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Surat ijin penelitian dari direktur rumah sakit Dr. Soedono Madiun

Lampiran 9

Daftar

Riwayat Hidup

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Rumah sakit sebagai salah satu tempat pelayanan kesehatan bertanggung jawab memberikan pelayanan yang bermutu sesuai dengan standar dan untuk memenuhi kebutuhan serta tuntutan masyarakat. Pelayanan kesehatan di rumah sakit diberikan oleh tim multidisiplin termasuk didalamnya tim keperawatan. Pemberian pelayanan keperawatan di rumah sakit merupakan bagian integral dari upaya pelayanan kesehatan. Kualitas layanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh pelayanan keperawatan. Oleh karena itu kualitas pelayanan kesehatan banyak ditentukan dari kinerja tim pelayanan keperawatan. Sebaliknya kinerja tim keperawatan dapat dipengaruhi oleh kemampuan seorang pemimpin keperawatan dalam menggerakkan, memotivasi dan mensupervisi bawahannya (La Monica, 1998). Hal ini menggambarkan pentingnya melakukan supervisi pada bawahan. Seorang kepala ruangan atau supervisor mempunyai peranan penting dalam meningkatkan Kinerja staf keperawatan dengan melakukan supervisi kegiatan keperawatan baik pada pasien langsung maupun tidak langsung.

Kinerja merupakan penampilan hasil kerja personal baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi. Kinerja dapat merupakan penampilan individu maupun kelompok kerja personal, penampilan kerja personal, penampilan kerja tidak terbatas

kepada personal yang memangku jabatan fungsional maupun struktural, tetapi meliputi keseluruhan jajaran personel dalam organisasi (Ilyas, 1999; Mangkunegara, 2001; Mangkuprawiro; 2002). Evaluasi terhadap kinerja perawat dapat dilakukan dengan menilai berbagai hal yang berkaitan dengan pekerjaan yang dilakukan perawat, yaitu kualitas pekerjaan yang diselesaikan, kuantitas pekerjaan , tanggung jawab dalam melaksanakan pekerjaan dan inisiatif dan ketepatan dalam bekerja. Faktor lain yang dapat dinilai adalah kecepatan, kemandirian, perilaku, kehadiran, hubungan interpersonal dan keterampilan (Arwani, 2006).

Standar Praktek Keperawatan (PPNI, 2000) menyebutkan bahwa penilaian kinerja perawat didasarkan pada Standar Praktik Keperawatan dan ketentuan lain yang terkait. Standar praktik keperawatan telah dijabarkan (PPNI, 2000) mengacu dalam tahapan proses keperawatan, yang meliputi: (1) Pengkajian, (2) Diagnosa keperawatan, (3) Perencanaan, (4) Implementasi, (5) Evaluasi.

Kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan dinilai dari kesesuaian dengan standar dokumentasi asuhan keperawatan. Lebih rinci adalah bagaimana menuliskan secara adekuat dan tepat, lengkap, terorganisir, berdasarkan fakta dan rahasia serta kemudahan dibaca tentang asuhan keperawatan yang diberikan dengan pada setiap tahap mulai dari kegiatan pengkajian sampai evaluasi.

Kinerja personil dipengaruhi oleh variabel individu, variabel organisasi, dan variabel

psikologis (Gibson, 1987). Variabel individu dikelompokkan pada sub variabel kemampuan dan keterampilan, latar belakang dan demografis. Variabel organisasi dikelompokkan dalam sub variabel sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan desain pekerjaan. Variabel psikologi terdiri dari sub variabel persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. Variabel demografi dan organisasi berefek tidak langsung pada perilaku dan kinerja individu. Sub variabel kemampuan dan keterampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu (Robbins, 1996). Ilyas (2003) menambahkan sub variabel supervisi dan kontrol pada variabel organisasi.

Beberapa penelitian menyebutkan variabel-variabel diatas memang mempengaruhi kinerja perawat pelaksana. Penelitian Rusdi (2001) di RSUD Ciawi Bogor dan Saljan (2005) di Rumah Sakit Jakarta Timur menyatakan ada hubungan yang signifikan antara supervisi dengan kinerja perawat pelaksana. Hal ini diperkuat penelitian Siagian (2006) yang menyatakan bahwa ada pengaruh yang bermakna antara supervisi kepala ruangan dan kinerja perawat pelaksana di RSUD Sidoarjo (<http://adln.lib.unair.ac.id/go.php?l3>, diperoleh, 5 Januari 2008).

Manajemen keperawatan merupakan kunci penentu keberhasilan pelayanan keperawatan. Manajemen keperawatan yang menghasilkan pelayanan yang bermutu tinggi diperlukan seorang manajer keperawatan. Kepala ruangan sebagai salah satu manajer keperawatan bertanggung jawab atas keberhasilan pelayanan keperawatan

(Swansburg, 2000). Manajemen sering dipandang sebagai sebuah proses merencanakan, mengkoordinasikan, melaksanakan dan mengawasi kegiatan dalam usaha mencapai tujuan. Manajer harus melaksanakan berbagai fungsi manajemen antara lain perencanaan, koordinasi, pengorganisasian, pengawasan yang didalamnya terkandung fungsi komunikasi, motivasi, kepemimpinan, pengambilan keputusan, penanggung jawaban resiko dan sebagainya (Gitosudarmo,1990).

Kepala ruangan harus memiliki keterampilan konseptual, keterampilan kemanusiaan dan keterampilan teknis dalam menjalankan tugasnya untuk mencapai keberhasilan pelayanan keperawatan. Kepala ruangan sebagai manajer tingkat bawah lebih ditekankan untuk memiliki kemampuan kemanusiaan (komunikasi) dan keterampilan teknis. Komunikasi adalah keterampilan yang sangat penting dalam kepemimpinan dan manajemen. Komunikasi terjadi pada setiap tahap proses manajemen. Semua yang dilakukan pimpinan perawatan akan melibatkan komunikasi baik dengan bawahan, atasan maupun dengan rekan seajar posisinya. Kepler (1980) menyatakan bahwa komunikasi merupakan kemampuan yang paling penting harus dikuasai pemimpin (Gitosudarmo,1990; La Monica, 1980). Dalam penerapannya komunikasi berperan penting dalam setiap fungsi manajemen termasuk dalam salah satu fungsi pengarahan yaitu supervisi. Kemampuan komunikasi yang baik dalam pelaksanaan supervisi kepala ruangan memberikan dampak positif dalam memberikan pengarahan kepada bawahannya.

Supervisi merupakan bagian dari fungsi pengarahan dalam fungsi manajemen, sebagai

satu cara efektif untuk mencapai tujuan pelayanan di suatu tatanan rumah sakit termasuk tatanan pelayanan keperawatan. Supervisi keperawatan merupakan proses pemberian sumber yang dibutuhkan perawat dalam menyelesaikan tugas. Supervisi yang dilaksanakan seorang manajer keperawatan dapat menemukan berbagai kendala dalam melaksanakan asuhan keperawatan dan dapat menghargai potensi setiap aggotanya (Arwani, 2006). Kepala ruangan sebagai manajer tingkat bawah sebaiknya mempunyai kemampuan keterampilan berkomunikasi dengan bawahan dan keterampilan teknik lebih besar dibandingkan dengan keterampilan konseptual agar mampu mempengaruhi kinerja perawat pelaksana. Kemampuan komunikasi dan kemampuan teknik (supervisi) dapat ditingkatkan melalui kegiatan pengembangan SDM yang berupa pelatihan.

Pelatihan di bidang keperawatan merupakan salah satu kegiatan pengembangan staf (Gillies, 1996) yang bertujuan untuk meningkatkan mutu sumber daya manusia (perawat). Pelatihan menurut Notoatmodjo (2003) merupakan salah satu bentuk proses pendidikan orang dewasa yang dimaksudkan untuk memperoleh pengalaman yang akhirnya akan menyebabkan terjadinya perubahan perilaku. Tujuan Pelatihan menurut As'ad (2003) yaitu untuk meningkatkan produktifitas kerja, meningkatkan mutu kerja, meningkatkan ketepatan dalam perencanaan sumber daya manusia khususnya tenaga perawat, meningkatkan moral kerja, menjaga keselamatan dan menunjang pengembangan seorang untuk meningkatkan kematangan kepribadian, meningkatkan kemampuan intelektual dan keterampilan. Scot (1962) menyatakan bahwa tujuan

pelatihan adalah mengembangkan pemimpin untuk memperoleh efektifitas perseorangan yang lebih besar, hubungan antar manusia dalam organisasi yang lebih baik dan meningkatnya kemampuan pemimpin dalam menyesuaikan diri dengan lingkungan(Moekijat, 1991).

Efek pendidikan dan pelatihan bukanlah semata-mata bermanfaat bagi individu tetapi juga keuntungan bagi organisasi. Bagi organisasi, pelatihan dapat dipandang sebagai salah satu bentuk investasi, oleh karena itu setiap instansi yang ingin berkembang maka pendidikan dan pelatihan bagi karyawannya harus menjadi perhatian besar (Noto Atmodjo, 1998). Henri Fayol (1940) berpendapat bahwa efisiensi organisasi dapat ditingkatkan apabila diadakan pendidikan terhadap manajer tentang proses manajemen. Pengetahuan yang dimiliki manajer tentang proses manajemen akan membantu manajer dalam rangka mendorong para pekerja/karyawan ataupun bawahan untuk bekerja lebih giat dan efektif.

Rumah Sakit Umum Dr. Soedono Madiun adalah Rumah Sakit Umum Pemerintah tipe B Non Pendidikan milik Pemerintah Daerah Propinsi Jawa Timur. Rumah Sakit Umum Dr Soedono adalah unit swadana diatur dalam Perda no 6 tahun 1996, namun baru efektif menjadi swadana pada april 1997. Sejak tahun 1998 sudah terakreditasi penuh untuk lima jenis pelayanan, pada tahun 2003 menjadi 16 jenis pelayanan. Bahkan terakhir tahun 2006 sudah terakreditasi ISO 9000 2 unit pelayanan. RSUD Dr. Soedono Madiun menjadi rujukan rumah sakit sekaresidenan Madiun. Kapasitas 301

tempat tidur dengan *Bed Occupation Rate (BOR)* 77.41%, *Length of Stay (LOS)* 4,73 hari, *Bed turn Over (BTO)* 61.93 kali dan *Turn Over Internal (TOI)* 1,33 hari. Jumlah perawat 346 saat ini dengan kualifikasi pendidikan S1 Keperawatan 2 %, DIII Keperawatan 82 % dan sisanya SPK yang sedang menjalani pendidikan kelas khusus DIII Keperawatan (data mutu RSUD Dr. Soedono Madiun.2007).

Hasil wawancara dengan supervisor menyatakan bahwa Kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan selalu dilakukan audit tiap bulan dengan instrumen audit dokumentasi dari depkes (form A). Supervisor menyatakan bahwa pendokumentasian sudah baik (rata-rata 85%) tetapi tidak konsisten, setiap mendekati akreditasi nilainya membaik dan setelah akreditasi nilainya turun lagi. Perawat belum melaksanakan standar praktek keperawatan dengan baik. Pengamatan peneliti pada 20 lembar dokumentasi keperawatan didapatkan 30% menuliskan pengkajian tidak lengkap, 25% tidak menyusun diagnosa dengan benar, 40 % perencanaan tidak melibatkan keluarga pasien, 40% tindakan tidak sesuai perencanaan, 45% evaluasi tidak sesuai dengan tujuan. Wawancara dengan kepala ruangan menyatakan belum melakukan supervisi secara terstruktur terhadap pendokumentasian. Ketua komite keperawatan menyatakan bahwa saat ini sedang ada perencanaan pengembangan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan. Berdasarkan wawancara bagian diklat menyebutkan bahwa rumah sakit juga belum pernah memberikan pelatihan komunikasi dan supervisi bagi para manajer ruangan.

Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa untuk meningkatkan kinerja perawat pelaksana dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan diperlukan bimbingan dalam penerapan standar praktek keperawatan. Depkes (1994) menyebutkan bahwa dalam kegiatan teknis pelayanan keperawatan diperlukan supervisi oleh perawat yang lebih senior, lebih mampu, lebih terampil terhadap tenaga kerja perawat junior dengan didukung oleh kode etik keperawatan secara konsekuen. Penerapan komunikasi berperan penting dalam supervisi. Kemampuan komunikasi yang baik menjamin pelaksanaan supervisi kepala ruangan akan lebih baik dalam memberikan pengarahannya kepada bawahannya. Untuk itu pelatihan manajemen khususnya supervisi dan komunikasi menjadi hal yang penting segera dilakukan rumah sakit.

B. Rumusan Masalah

Hasil wawancara dengan supervisor menyatakan bahwa Kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan selalu dilakukan audit tiap bulan dengan instrumen audit dokumentasi dari depkes (form A). Supervisor menyatakan bahwa pendokumentasian sudah baik (rata-rata 85%) tetapi tidak konsisten, setiap mendekati akreditasi nilainya membaik sedangkan bila sudah selesai akreditasi nilainya menurun. Berdasarkan wawancara bagian diklat menyebutkan bahwa rumah sakit juga belum pernah memberikan pelatihan komunikasi dan supervisi bagi para manajer

ruangan. Kepala ruangan belum melakukan supervisi secara terencana dan belum menggunakan dengan format supervisi dan belum dikomunikasikan pada perawat yang akan disupervisi.

Dari pernyataan diatas rumusan masalah penelitiannya adalah:

1. Supervisi kepala ruangan terhadap dokumentasi keperawatan belum terencana
2. Kepala ruangan sebagai supervisor belum berkomunikasi dengan baik
3. Kinerja pendokumentasian asuhan keperawatan tidak konsisten

Pertanyaan penelitian yang akan dijawab dalam penelitian ini adalah :

1. Apakah dengan pelatihan komunikasi dan supervisi kepala ruangan dapat meningkatkan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan
2. Seberapa besar peningkatan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan jika disupervisi oleh kepala ruangan yang diberikan pelatihan supervisi dan komunikasi

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengidentifikasi peningkatan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan setelah kepala ruangan mendapatkan pelatihan komunikasi dan supervisi di ruang rawat inap RSUD Dr. Soedono Madiun.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan sebelum dan sesudah disupervisi kepala ruangan yang dilatih supervisi dan komunikasi di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Soedono Madiun
- b. Mengidentifikasi perbedaan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di RSUD Dr Soedono Madiun setelah disupervisi oleh kepala ruangan yang dilatih dengan bimbingan 6 kali, 3 kali dan tanpa bimbingan.
- c. Mengidentifikasi pengaruh karakteristik perawat (Umur, pendidikan, Jenis Kelamin, Status perkawinan, Lama kerja) terhadap kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Soedono Madiun

D. Manfaat Penelitian

Diharapkan hasil penelitian dapat dimanfaatkan untuk:

1. Manfaat aplikasi
 - a. Meningkatnya kemampuan kepala ruangan dalam pelaksanaan supervisi pendokumentasian asuhan keperawatan.
 - b. Meningkatnya kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan yang disebabkan oleh meningkatnya kemampuan kepala ruangan dalam melaksanakan supervisi
2. Manfaat keilmuan

- a. Sebagai data dasar untuk pengembangan sumber daya manusia keperawatan khususnya kepala ruangan yang berdampak langsung pada kemampuan kepala ruangan dan secara tidak langsung pada kinerja perawat pelaksana
 - b. Diharapkan dapat memperkuat teori-teori manajemen keperawatan dan menjadi bahan rujukan khususnya yang berhubungan dengan kemampuan supervisi dan komunikasi kepala ruangan dalam meningkatkan kinerja perawat.
3. Pengembangan Penelitian
- a. Dapat digunakan sebagai sumber data penelitian keperawatan dengan menggunakan pendekatan *kuasi eksperimental* yang bertujuan untuk peningkatan kinerja perawat pelaksana.
 - b. Sebagai data untuk penelitian yang lebih luas dalam mengeksplorasi variabel yang berperan dalam meningkatkan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini diuraikan tinjauan pustaka dari variabel-variabel yang terdapat dalam penelitian yaitu tentang kinerja, supervisi dan komunikasi dalam keperawatan

A. Kinerja

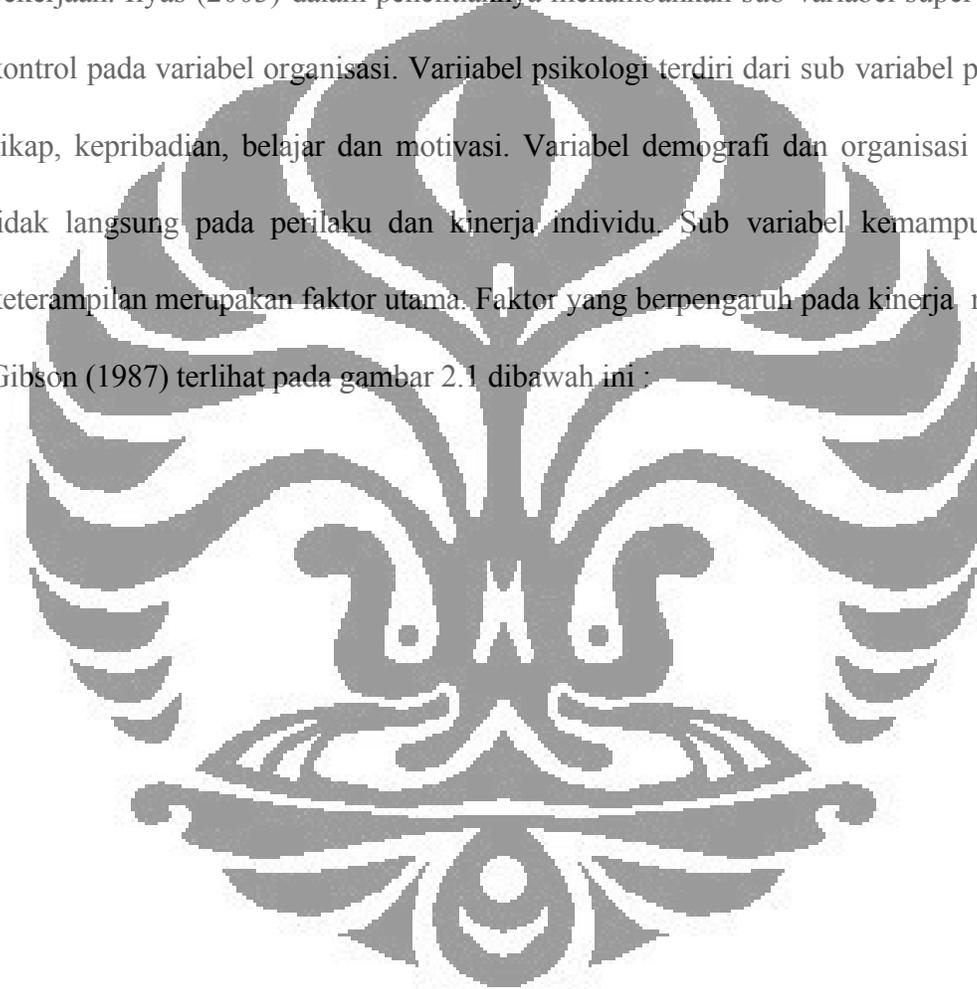
1. Pengertian kinerja

Kinerja adalah hasil kerja personel secara kualitas dan kuantitas dalam suatu organisasi. Kinerja dapat merupakan penampilan individu maupun kelompok kerja personil, penampilan hasil kerja tidak terbatas kepada personil yang memangku jabatan fungsional maupun struktural, tetapi meliputi keseluruhan jajaran personil dalam organisasi (Ilyas, 1999). Mangkunegara (200) dan Mangkuprawiro (2002) kinerja merupakan penampilan kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh pegawai dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya. Menurut As'ad (2003) kinerja (*job performance*) adalah hasil yang dicapai oleh seorang menurut ukuran yang berlaku untuk pekerjaan yang bersangkutan. Dari definisi diatas disimpulkan bahwa kinerja adalah hasil yang dicapai seseorang menurut ukuran yang berlaku untuk pekerjaan yang bersangkutan berdasarkan kualitas dan kuantitas sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan.

2. Faktor –faktor yang mempengaruhi kinerja

Gibson (1987) menyampaikan faktor yang mempengaruhi kinerja personil secara

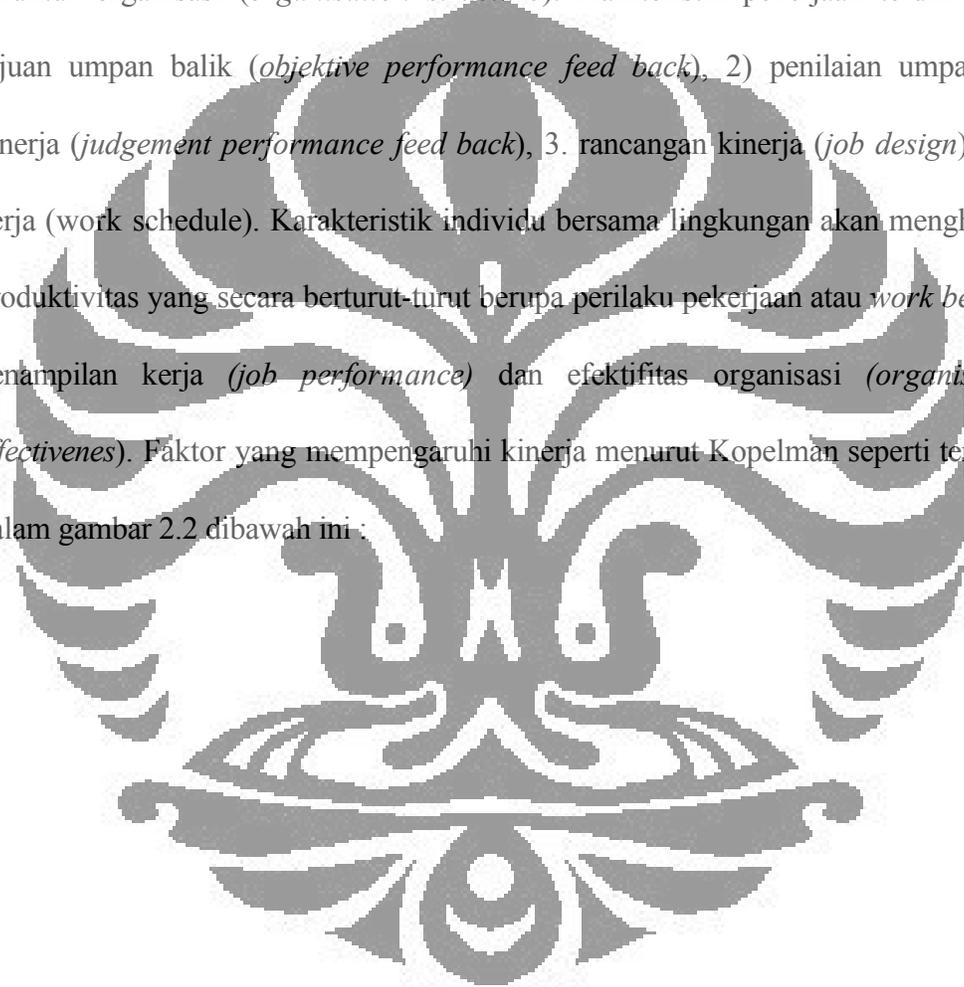
teoritis ada tiga kelompok variabel yaitu variabel individu, variabel organisasi, dan variabel psikologis. Variabel individu dikelompokkan pada sub variabel kemampuan dan keterampilan, latar belakang dan demografis. Variabel organisasi dikelompokkan dalam sub variabel sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan desain pekerjaan. Ilyas (2003) dalam penelitiannya menambahkan sub variabel supervisi dan kontrol pada variabel organisasi. Variabel psikologi terdiri dari sub variabel persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi. Variabel demografi dan organisasi berefek tidak langsung pada perilaku dan kinerja individu. Sub variabel kemampuan dan keterampilan merupakan faktor utama. Faktor yang berpengaruh pada kinerja menurut Gibson (1987) terlihat pada gambar 2.1 dibawah ini :



Gambar 2.1 : Model Teori Kinerja Gibson (1987) dikutip oleh Ilyas (2002)

Kopelman (1988) menyebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi kinerja adalah karakteristik individu, karakteristik organisasi dan karakteristik pekerjaan. Menurut Kopelman karakteristik individu terdiri dari 1) pengetahuan(*knowledge*), 2)

Keterampilan(*Skills*), 3) Kemampuan(*abilities*) 4) Motivasi(*Motivation*) 5) norma dan nilai (*beliefs and values*), 6) sikap (*attitude*). Karakteristik organisasi terdiri dari 1) imbalan (*reward system*), 2) tujuan (*Goal setting*) 3) Seleksi (*selection*), 4) pelatihan dan pengembangan (*training and development*) 5) Kepemimpinan (*leadership*), 6) Struktur organisasi (*organisation structure*). Karakteristik pekerjaan terdiri dari 1) tujuan umpan balik (*objektive performance feed back*), 2) penilaian umpan balik kinerja (*judgement performance feed back*), 3. rancangan kinerja (*job design*) jadwal kerja (*work schedule*). Karakteristik individu bersama lingkungan akan menghasilkan produktivitas yang secara berturut-turut berupa perilaku pekerjaan atau *work behavior*, penampilan kerja (*job performance*) dan efektifitas organisasi (*organisational effectiveness*). Faktor yang mempengaruhi kinerja menurut Kopelman seperti tercantum dalam gambar 2.2 dibawah ini :



Gambar 2.2 : *Conceptual frame work of the determinants of productivity in organisational – a behaviors science approach (Kopelman, 1998)*

Ilyas (2002) menyebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi kinerja adalah faktor internal individu yang terdiri dari: 1) karakteristik individu seperti umur, pendapatan, status perkawinan, pengalaman kerja dan masa kerja. 2) sikap terhadap tugas yang terdiri dari persepsi, pengetahuan, motivasi, tanggung jawab dan kebutuhan terhadap imbalan, sedangkan faktor eksternal meliputi sosial ekonomi, demografi, geografi, lingkungan kerja, aseptabilitas, aksesabilitas, beban kerja dan organisasi yang terdiri dari pembinaan, pengawasan, koordinasi dan fasilitas. Penelitian yang dilakukan Taufiq (1987) menunjukkan hubungan yang positif dan signifikansi antara variabel komunikasi terhadap semangat kerja pegawai.

Berdasarkan uraian atas tentang faktor –faktor yang mempengaruhi kinerja seseorang, maka penulis menjelaskan secara singkat faktor–faktor yang berhubungan dengan kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan yang akan diteliti yaitu : karakteristik individu yang terdiri umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, status perkawinan dan lama kerja serta faktor organisasi yang terdiri pelaksanaan supervisi dan komunikasi manajer ruangan

a. Umur

Menurut Robbins (1998) ada 3 alasan yang selama dasa warsa mendatang

berkembang antara kinerja dan umur yaitu: 1) ada keyakinan meluas bahwa kinerja meningkat dengan semakin meningkatnya umur, 2) realitas bahwa angkatan kerja menua dan 3) pandangan Amerika yang baru menyebutkan bahwa pensiun yang bersifat perintah dianggap sebagai bentuk pelanggaran hukum.

Usia berkaitan erat dengan tingkat kedewasaan seseorang. Bertambahnya usia seseorang menunjukkan peningkatan kematangan seseorang. Seseorang akan lebih bijaksana, lebih rasional, lebih mampu dalam pengendalian diri dan semakin terbuka terhadap pandangan orang lain

b. Jenis Kelamin

Studi-studi psikologis telah menyampaikan bahwa wanita lebih mematuhi otoritas (Robbins, 1998). Wanita lebih disiplin dalam mengikuti tata tertib dalam suatu pekerjaan. Kedisiplinan, dan kinerja secara keseluruhan akan berbeda dengan kaum pria. Pada kondisi wanita berumah tangga, wanita mempunyai tugas tambahan sehingga perannya dalam social budaya meningkat. Siagian (1999) menjelaskan bahwa wanita yang sudah berumah tangga (menikah), secara sosial budaya akan memiliki tugas tambahan. Hal ini dapat menyebabkan kemangkiran yang lebih sering dibanding pegawai pria.

c. Status perkawinan

Robbins (1998) menyebutkan karyawan yang menikah mengalami lebih sedikit absensi, pergantian lebih rendah dan lebih puas terhadap hasil pekerjaannya daripada tenaga kerja yang belum menikah. Perkawinan memaksa tanggung jawab yang dapat membuat suatu pekerjaan menjadi lebih penting dan berharga.

d. Lama Kerja

Robbins (1998) dan Siagian (1999) mengemukakan bahwa lama kerja dan kepuasan berkaitan secara positif. Semakin lama seseorang bekerja makin terampil dan makin pengalaman dalam melaksanakan pekerjaannya. Mitchel (1982) dan Granto (1988) dan Arichman (1999) mengemukakan bahwa pengalaman kerja ikut menentukan bagaimana perawat menjalankan fungsinya sehari-hari. Semakin lama perawat bekerja semakin terampil dan pengalaman dalam menghadapi masalah pada pekerjaannya

e. Supervisi

Swansburg (1990) melihat dimensi supervisi sebagai suatu proses kemudahan sumber-sumber yang diperlukan untuk penyelesaian suatu tugas. Kron & Gray (1987) mengartikan supervisi sebagai kegiatan yang merencanakan, mengarahkan, membimbing, mengajar, mengobservasi, mendorong, memperbaiki, mempercayai dan mengevaluasi secara berkesinambungan anggota secara menyeluruh sesuai dengan kemampuan dan keterbatasan yang dimiliki anggota. Mc Farland, Leonard & Morris (1984) mengaitkan supervisi dalam konteks keperawatan sebagai suatu proses kegiatan pemberian dukungan sumber-sumber (*resources*) yang dibutuhkan perawat dalam rangka menyelesaikan tugas untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

f. Komunikasi

Pincus (1986) dalam penelitiannya mengemukakan bahwa komunikasi para perawat dengan pengawas tingkat menengah dan dengan eksekutif tingkat atas

memiliki pengaruh yang kuat dalam meningkatkan kepuasan kerja perawat dan pengaruh yang lemah pada produktivitas kerja. Pincus mengatakan dalam Gillies (2000) bahwa perawat eksekutif tingkat atas mengembangkan program komunikasi formal dan berlanjut bersama dengan staf perawatan untuk mencakup media tertulis dan lisan. Manajer perawat tingkat pertama menerima pelatihan sebelumnya dalam kelompok yang kecil dan menerima strategi komunikasi antar perseorangan untuk mendukung hubungan dengan para staf perawatan.

3. Penilaian kinerja

Mulyadi dan Setyawan (2001) mengatakan penilaian kinerja adalah penentuan secara periodik efektifitas operasional suatu organisasi, bagian organisasi dan personilnya, berdasarkan standart dan kriteria yang telah ditetapkan sebelumnya. Menurut Hall (1986) penilaian kinerja merupakan proses berkelanjutan untuk menilai kualitas kerja personel dan usaha untuk memperbaiki kerja personel dalam organisasi. Menurut Certo (1984) penilaian kinerja adalah penelusuran kegiatan pribadi personel pada masa tertentu dan menilai hasil karya yang ditampilkan terhadap pencapaian sasaran system manajemen.

Penilaian kinerja meliputi dimensi kerja karyawan dan akuntabilitas (mangkuprawira, 2003). Informasi yang dikumpulkan melalui penilaian kinerja untuk mengevaluasi keberhasilan kegiatan rekrutment, seleksi, orientasi, penempatan, pelatihan dan

pengembangan dan kegiatan lainnya. Lebih lanjut Marquis dan Huston (2000) bahwa penilaian kinerja (*performance appraisal*) adalah proses pengawasan dimana kinerja staf dinilai dan dibandingkan dengan standar yang ada pada organisasi.

Dessler (1998) menyebutkan bahwa dalam penilaian kinerja ada 5(lima) pilihan dalam menentukan yang sebaiknya melakukan penilaian kinerja yaitu penyelia terdekat, rekan kerja, komite penilaian, penilaian sendiri dan umpan balik 360 derajat. Arwani (2006) menyebutkan bahwa penilaian kinerja perawat pada umumnya disesuaikan dengan kebutuhan penilaian. Untuk mencapai hasil penilaian kinerja yang obyektif dapat dilakukan oleh berbagai unsur, yaitu penyelia atau atasan langsung, perawat sendiri (*self evaluation*), perawat lain (*peers group*), konsultan penilaian kinerja, dapat juga dilakukan oleh pasien atau keluarga pasien.

a. Penilaian Atasan

Ilyas (2002) menjelaskan bahwa penilaian atasan dilakukan oleh manajer di atasnya atau atasan langsung yang kepadanya laporan personel disampaikan. Penilaian ini dapat juga dilakukan oleh manajer unit lain. Dalam penerapannya di ruang rawat inap seorang perawat akan di nilai oleh atasan langsungnya yaitu kepala ruangan.

b. Penilaian Sendiri

Penilaian sendiri biasanya digunakan bila personel mampu melakukan penilaian terhadap proses dan hasil karya yang mereka laksanakan sebagai bagian dari tugas organisasi. Penilaian sendiri ditentukan oleh sejumlah faktor kepribadian, pengalaman, pengetahuan serta sosial-demografi seperti suku dan pendidikan.

Dengan demikian tingkat kematangan personel dalam menilai hasil karya sendiri menjadi hal yang patut dipertimbangkan.

Keuntungan dari penilaian sendiri dapat disebutkan sebagai berikut :

- 1) Dapat digunakan untuk pengembangan dan umpan balik kinerja serta masukan penyelesaian masalah ketenagaan.
- 2) Dapat digunakan pada personel dalam jumlah besar dan lokasi terpencar.
- 3) Biaya murah dan cepat.

Ada sejumlah kelemahan yang disampaikan beberapa ahli seperti kecenderungan memberikan penilaian tinggi (*Inflated*), reliabilitas dan validitas kurang, kemungkinan bias, kurang akurat (Yammarino&Atwater, 1993).

c. Penilaian mitra kerja

Penilaian mitra kerja dilakukan oleh seluruh anggota kerja dan umpan balik untuk personel yang dinilai dilakukan oleh komite. Penilaian mitra biasanya digunakan untuk pengembangan dan bukan evaluasi. Penilaian mitra dapat dipercaya untuk menentukan imbalan. Hal yang perlu diperhatikan pada penilaian mitra adalah kerahasiaan penilaian untuk mencegah reaksi negatif dari personel yang dinilai (Miner&Crane, 1995).

d. Penilaian Bawahan

Penilaian bawahan terhadap kinerja personel terutama dilakukan dengan tujuan untuk pengembangan dan umpan balik personel. Manajer diharapkan mengubah perilaku manajemen sesuai yang diharapkan bawahan. Sistem kontrol seimbang

ini menolong manajer untuk meningkatkan kinerja manajemen berdasarkan umpan balik bawahan (Miner&Crane, 1995).

e. Penilaian 360 Derajat

Penilaian kinerja ini menggunakan penilaian silang oleh bawahan, mitra dan atasan personel (Beatty, 1993). Data penilaian merupakan gabungan dari ketiga penilai yang diharapkan dapat mengurangi kerancuan bila penilaian hanya dilakukan oleh penilai sendiri (*self assessment*)

4. Manfaat dan Tujuan penilaian Kinerja

Dessler dan Soeroso (2003) mengemukakan beberapa alasan dan pertimbangan pentingnya melakukan penilaian kinerja, yaitu :

- a. Penilaian kinerja memberikan informasi bagi pertimbangan pemberian promosi dan penentuan gaji
- b. Penilaian kinerja memberikan umpan balik bagi para manajer maupun karyawan untuk melakukan introspeksi dan meninjau kembali perilaku selama ini baik yang positif dan negatif untuk kemudian dirumuskan kembali sebagai perilaku yang mendukung tumbuh dan berkembangnya budaya organisasi secara keseluruhan.
- c. Penilaian kinerja diperlukan untuk pertimbangan pelatihan dan pelatihan kembali (*retraining*) serta pengembangan.

Penilaian kinerja tenaga keperawatan merupakan bagian dari pengembangan sumber daya yang ada di rumah sakit dalam rangka terselenggaranya asuhan keperawatan yang

bermutu (Depkes, 2002). Tujuan penilaian kinerja perawat menurut Murray (1997) adalah mempertahankan perawatan dengan tingkat kompetensi yang aman, memenuhi tujuan organisasi, membantu pengembangan ke arah profesional, dan mengembangkan ide-ide untuk riset keperawatan klinik

B. Kinerja Perawat Pelaksana

1. Kinerja Perawat

Menurut Kron dan Gray (1987) kegiatan perawat pelaksana meliputi: 1) menetapkan penggunaan proses keperawatan; 2) melaksanakan intervensi keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan; 3) menerima akontabilitas kegiatan keperawatan yang dilaksanakan; 4) menerima akontabilitas hasil-hasil keperawatan, dan 5) mengendalikan lingkungan praktik keperawatan.

Swansburg dan Depkes (1999) menyebutkan bahwa standar penampilan klinik perawat, adalah : 1) menerima klien baru sesuai dengan prosedur; 2) melaksanakan pengkajian klien baru yang menjadi tanggung jawabnya; 3) mengkaji ulang riwayat perawatan pada klien baru pindah dari ruang perawatan lain; 4) menggunakan riwayat keperawatan untuk mendiagnosa sesuai kebutuhan klien; 5) menyusun rencana keperawatan untuk masing-masing klien yang menjadi tanggungjawabnya, 6) Menulis pesan/perintah keperawatan untuk masing-masing klien; 7) melaksanakan tindakan keperawatan sesuai rencana; 8) melaksanakan evaluasi tindakan keperawatan; 9) Melakukan tindakan kolaborasi; 10) melakukan

pemantauan keadaan klien dan selanjutnya melakukan tindakan yang tepat sesuai dengan hasil pantauan; 11) melakukan konsultasi dengan tim kesehatan lain; 12) melakukan dokumentasi sesuai dengan standar asuhan keperawatan; 13) melaksanakan timbangterima dengan shift berikutnya dan 14) memberikan pendidikan kesehatan.

2. Penilaian Kinerja Perawat pelaksana

Evaluasi terhadap kinerja perawat dapat dilakukan dengan menilai berbagai hal yang berkaitan dengan pekerjaan yang dilakukan perawat, yaitu kualitas pekerjaan yang diselesaikan, kuantitas pekerjaan, tanggung jawab dalam melaksanakan pekerjaan dan inisiatif dan ketepatan dalam bekerja. Faktor lain yang dapat dinilai adalah kecepatan, kemandirian, perilaku, kehadiran, hubungan interpersonal dan keterampilan (Arwani, 2006).

Standar Praktek Keperawatan (PPNI, 2000) menyebutkan bahwa penilaian kinerja perawat didasarkan pada Standar Praktik Keperawatan dan ketentuan lain yang terkait. Standar praktik keperawatan telah dijabarkan (PPNI, 2000) mengacu dalam tahapan proses keperawatan, yang meliputi: (1) Pengkajian, (2) Diagnosa keperawatan, (3) Perencanaan, (4) Implementasi, (5) Evaluasi.

Standar I: pengkajian keperawatan. Perawat mengumpulkan data tentang status

kesehatan klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat, dan berkesinambungan. Kriteria pengkajian keperawatan, meliputi: Pengumpulan data dilakukan dengan cara anamnesis, observasi, pemeriksaan fisik serta dan pemeriksaan penunjang. Sumber data adalah klien, keluarga, atau orang yang terkait, tim kesehatan, rekam medis, dan catatan lain. Data yang dikumpulkan, difokuskan untuk mengidentifikasi: Status kesehatan klien masa lalu. Status kesehatan klien saat ini. Status biologis-psikologis-sosial-spiritual. Respon terhadap terapi. Harapan terhadap tingkat kesehatan yang optimal. Resiko-resiko tinggi masalah.

Standar II: diagnosa keperawatan. Perawat menganalisis data pengkajian untuk merumuskan diagnosa keperawatan. Kriteria proses meliputi: Proses diagnosis terdiri dari analisis, interpretasi data, identifikasi masalah klien, dan perumusan diagnosa keperawatan. Diagnosa keperawatan terdiri dari: masalah (P), Penyebab (E), dan tanda atau gejala (S), atau terdiri dari masalah dan penyebab (PE). Bekerjasama dengan klien, dan petugas kesehatan lain untuk memvalidasi diagnosa keperawatan. Melakukan pengkajian ulang dan merevisi diagnosa berdasarkan data terbaru.

Standar III: Perencanaan keperawatan. Perawat membuat rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan klien. Perencanaan terdiri dari : 1) penetapan prioritas masalah, 2) tujuan, dan 3) rencana tindakan keperawatan. Bekerjasama dengan klien dalam menyusun rencana tindakan

keperawatan. Perencanaan bersifat individual sesuai dengan kondisi atau kebutuhan klien. Mendokumentasikan rencana keperawatan.

Standar IV: Implementasi. Perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan. Kriteria proses, meliputi: Bekerjasama dengan klien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan. Kolaborasi dengan tim kesehatan lain. Melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi kesehatan klien. Memberikan pendidikan pada klien dan keluarga mengenai konsep, keterampilan asuhan diri serta membantu klien memodifikasi lingkungan yang digunakan. Mengkaji ulang dan merevisi pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan respon klien.

Standar V: evaluasi keperawatan. Perawat mengevaluasi kemajuan klien terhadap tindakan keperawatan dalam pencapaian tujuan dan merevisi data dasar dan perencanaan. Adapun kriteria prosesnya adalah: 1) Menyusun perencanaan evaluasi hasil dan intervensi secara komprehensif, tepat waktu dan terus menerus, 2) Menggunakan data dasar dan respon klien dalam mengukur perkembangan kearah pencapaian tujuan, 3) Memvalidasi dan menganalisis data baru dengan teman sejawat, 4) Bekerjasama dengan klien keluarga untuk memodifikasi rencana asuhan keperawatan, 5) Mendokumentasi hasil evaluasi dan memodifikasi perencanaan.

Penilaian kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan diatas

dengan melakukan audit dokumentasi berdasarkan standar praktik keperawatan yang telah dijabarkan PPNI(2000). Kinerja pendokumentasian meliputi pendokumentasian pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi asuhan keperawatan yang dilakukan.

3. Dokumentasi Asuhan Keperawatan

a. Pengertian

Pencatatan atau dokumentasi proses keperawatan merupakan metode yang tepat untuk pengambilan keputusan yang sistematis, *problem solving*, dan riset lebih lanjut (Fischbach, 1991; Mc Cann, 2003). *The Nurses Legal Handbook* (1987) dalam Ramesh(2001) mendefinisikan dokumentasi sebagai menyiapkan dan mengumpulkan bukti arsip asli dalam perawatan yang telah diberikan pada pasien. Dokumentasi keperawatan adalah sekumpulan informasi yang mencerminkan bukan hanya identitas klien tetapi juga merupakan data yang menjelaskan pengalaman klien sebagai dampak masalah kesehatan yang sedang dialaminya (Kolin & Kolin, dalam Nurachmah, 1999).

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa pendokumentasian proses keperawatan adalah menyiapkan dan mengumpulkan bukti arsip asli tentang identitas klien dan serta perawatan yang telah diberikan selama menjalani perawatan di rumah sakit yang dapat digunakan untuk mengambil keputusan secara sistematis, memecahkan masalah dan sebagai bahan riset keperawatan.

b. Tujuan Pendokumentasian

Tujuan pendokumentasian adalah sebagai alat komunikasi antara sesama perawat dan anggota tim kesehatan, pengkajian lanjutan, bahan pendidikan bagi perawat dan mahasiswa keperawatan, sumber data dalam membuat rencana keperawatan dan sumber data penelitian, monitoring kualitas asuhan keperawatan, sebagai dokumen legal, merupakan informasi statistik, keperluan membayar rekening dan keperluan akreditasi dan lisensi (Kozier&Erb,1990; Potter&perry,1997; Craven&Hirnle,2000). Fischbach, (1991) juga mengemukakan tujuan utama dari pelaksanaan dokumentasi adalah :

- 1) Mengidentifikasi status kesehatan klien, merencanakan, melaksanakan tindakan keperawatan dan mengevaluasi tindakan
- 2) Dokumentasi untuk penelitian, keuangan, hukum, dan etika. Hal ini juga menyediakan bukti kualitas asuhan keperawatan, bukti legal dokumentasi sebagai pertanggungjawaban kepada klien, dan bukti aplikasi standar praktik keperawatan serta informasi terhadap perlindungan individu. Selanjutnya dapat juga sebagai sumber informasi statistik untuk standar dan riset keperawatan, pengurangan biaya informasi, sumber informasi untuk data yang harus dimasukkan, komunikasi konsep resiko tindakan keperawatan, informasi untuk murid. Dokumentasi untuk tenaga profesional dan tanggung jawab etik dan mempertahankan kerahasiaan informasi klien, persepsi hak klien, untuk data keuangann yang sesuai dan data perencanaan pelayanan kesehatan dimasa yang akan datang.

c. Standar dan Mutu Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Standar dokumentasi adalah suatu pernyataan untuk dapat memenuhi tentang kualitas dan kuantitas dokumentasi yang dipertimbangkan dalam situasi tertentu (Carpenito, 2003; Fischbach ,1991) Seperti dijelaskan pada penilaian kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian didasarkan pada standar praktik keperawatan yang ditetapkan oleh POKJA PPNI (2000). Sehingga standar dokumentasi asuhan keperawatan adalah bagaimana menuliskan secara adekuat dan tepat, lengkap, terorganisir, berdasarkan fakta dan rahasia serta kemudahan dibaca tentang asuhan keperawatan yang diberikan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan yang meliputi : pengkajian, Diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

Potter dan Perry (1997) menjelaskan bahwa terdapat beberapa hal dalam menetapkan mutu dokumentasi keperawatan yaitu berdasarkan fakta, keakuratan dan ketepatan, kelengkapan, kemutakhiran, terorganisir, kerahasiaan serta mudah dibaca. Keakuratan dimulai dalam hal penggunaan ukuran, ketepatan penulisan kata-kata, ketepatan waktu pendokumentasian, tanda tangan dan nama jelas.

4. Upaya Meningkatkan Kinerja Perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan

Pembinaan dan pengembangan terhadap karyawan adalah salah satu kegiatan yang

harus dilakukan oleh kepala ruangan untuk mendukung kinerja perawat pelaksana. Kepala ruangan bertanggung jawab mengerakkan perawat pelaksana dalam melaksanakan asuhan keperawatan berdasarkan standar yang ada. Supervisi keperawatan merupakan suatu proses pemberian sumber-sumber yang dibutuhkan perawat untuk menyelesaikan tugas dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Dengan supervisi memungkinkan seorang manajer keperawatan dapat menemukan berbagai kendala dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang yang bersangkutan melalui analisis komprehensif bersama-sama dengan anggotanya perawat secara efektif dan efisien. Dengan supervisi pula seorang manajer keperawatan akan mampu menghargai potensi setiap anggota dan mampu menerima perbedaan untuk menciptakan kepuasan diantara mereka yang terlibat dalam supervisi (Arwani, 2006).

Supervisi merupakan kegiatan membimbing, mengarahkan, mengajarkan dan mengevaluasi karyawan dalam bekerja. Supervisi mengandung kegiatan penyampaian informasi, pesan dari supervisor kepada staf yang disupervisi. Untuk itu supervisi dapat berjalan dengan baik bila dilakukan oleh orang yang mempunyai kemampuan komunikasi yang baik. Komunikasi merupakan keterampilan yang sangat penting yang harus dikuasai oleh manajer keperawatan. Supervisi perawat pelaksana pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan peran dan tugas kepala ruangan sebagai supervisor.

C. Supervisi Dalam Keperawatan

1. Pengertian supervisi

Menurut Azwar (1996) supervisi adalah melakukan pengamatan secara langsung dan berkala oleh atasan terhadap pekerjaan yang dilaksanakan oleh bawahan untuk kemudian apabila ditemukan masalah, segera diberikan petunjuk, atau bantuan atau bantuan yang bersifat langsung guna mengatasinya. Admosudiro (1982) dalam Cahyati (2000) mendefinisikan supervisi sebagai suatu pengamatan atau pengawasan secara langsung terhadap pelaksanaan pekerjaan yang bersifat rutin.

Swansburg (1990) melihat dimensi supervisi sebagai suatu proses kemudahan sumber-sumber yang diperlukan untuk penyelesaian suatu tugas. Kron dan Gray (1987) mengartikan supervisi sebagai kegiatan yang merencanakan, mengarahkan, membimbing, mengajar, mengobservasi, mendorong, memperbaiki, mempercayai dan mengevaluasi secara berkesinambungan anggota secara menyeluruh sesuai dengan kemampuan dan keterbatasan yang dimiliki anggota. Mc Farland, Leonard dan Morris (1984) mengaitkan supervisi dalam konteks keperawatan sebagai suatu proses kegiatan pemberian dukungan sumber-sumber (*resources*) yang dibutuhkan perawat dalam rangka menyelesaikan tugas untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Dapat disimpulkan bahwa supervisi adalah kegiatan kegiatan yang terencana seorang manajer melalui aktifitas bimbingan, pengarahan, observasi, motivasi dan evaluasi pada stafnya dalam meaksanakan kegiatan atau tugas sehari-hari. Supervisi terhadap kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan dapat

dilakukan dengan memberikan bimbingan, pengarahan, observasi dan pemberian motivasi serta evaluasi terhadap pendokumentasian tiap-tiap tahap proses keperawatan. Kelengkapan dan kesesuaian dengan standar merupakan variable yang harus disupervisi.

2. Tujuan Supervisi

Kegiatan supervisi mengusahakan seoptimal mungkin kondisi kerja yang kondusif dan nyaman yang mencakup lingkungan fisik, atmosfir kerja, dan jumlah sumber sumber yang dibutuhkan untuk memudahkan pelaksanaan tugas. Tujuan supervisi diarahkan pada kegiatan mengorientasikan, melatih, memberikan arahan dalam pelaksanaan kegiatan perawatan. Supervisi sebagai upaya untuk menimbulkan kesadaran dan mengerti peran dan fungsinya sebagai staf dan difokuskan kepada pemberian pelayanan kemampuan staf dan pelaksana keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan (Arwani, 2004). Tujuan dalam supervisi kinerja perawat dalam pendokumentasian adalah meningkatkan keterampilan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. Hasil akhir yang dicapai adalah meningkatnya kepuasan kerja perawat dan kualitas layanan.

3. Fungsi Supervisi

Supervisi berfungsi untuk mengatur dan mengorganisasi proses atau mekanisme pelaksanaan kebijakan dan standar kerja (Ilyas, 1995). Supervisi juga berfungsi untuk membimbing, memberikan contoh, mengarahkan dan menilai atau mengevaluasi.

Menurut Marquis dan Houston (2000) agar fungsi supervisi dapat dicapai optimal, maka seorang supervisor seharusnya:

- a. Menumbuhkan dan meningkatkan motivasi staf dalam bekerja
- b. Melakukan supervisi tanpa menimbulkan kecemasan pada staf
- c. Melibatkan staf dalam pelaksanaan supervisi
- d. Menghindari penilaian bias dan prasangka
- e. Mengembangkan rasa percaya dan keterbukaan staf
- f. Meningkatkan "peer view" di antara sesama profesi
- g. Menggunakan teknik wawancara agar terjalin komunikasi dua arah
- h. Melibatkan teknik pelatihan guna mengembangkan kinerja staf
- i. Melibatkan sistem pendukung guna memperbaiki penampilan kerja staf
- j. Mengumpulkan data secara terbuka dan obyektif
- k. Menilai berdasarkan standar yang berlaku
- l. Menilai secara obyektif
- m. Mendokumentasikan proses dan hasil supervisi
- n. Mengidentifikasi aspek yang harus diperbaiki melalui bimbingan
- o. Menekankan bahwa supervisi dilakukan untuk meningkatkan kinerja

4. Sasaran Supervisi

Sasaran supervisi meliputi: pelaksanaan tugas sesuai dengan pola yang disepakati, disepakatinya struktur dan hierarki tugas, terbentuknya staf yang berkualitas yang dapat dikembangkan secara sistematis dan berkesinambungan, penggunaan alat yang

efektif dan ekonomis, tersedianya sistem dan prosedur yang tidak menyimpang, adanya pembagian tugas dan wewenang yang proporsional, dan tidak terjadinya penyelewengan kekuasaan, kedudukan dan keuangan (Arwani, 2004)

5. Prinsip Supervisi

Prinsip supervisi adalah harus bersifat hubungan profesional dan bukan hubungan pribadi, kegiatan harus direncanakan secara matang, bersifat edukatif, memberikan perasaan aman pada perawat pelaksana dan harus mampu menciptakan suasana kerja yang demokratis. Supervisi harus mampu memacu terjadinya penilaian diri (*self evaluation*), bersifat progresif, inovatif, fleksibel dapat mengembangkan potensi diri yang terlibat, bersifat konstruktif dan kreatif dalam pengembangan diri. Prinsip-prinsip supervisi di atas memberikan konsekuensi logis pada manajer atau supervisor untuk mengetahui dasar-dasar supervisi dan memiliki kemampuan komunikasi yang baik (Arwani, 2004)

6. Teknik Supervisi

a. Secara Langsung

Supervisi yang dilakukan langsung pada kegiatan yang sedang dilaksanakan. Pada waktu supervisi diharapkan supervisor terlibat dalam kegiatan agar pengarahan dan pemberian petunjuk tidak dirasakan sebagai perintah. (Bittel, 1987). Cara memberikan supervisi efektif adalah :1) pengarahan harus lengkap dan mudah dipahami; 2) menggunakan kata-kata yang tepat; 3) berbicara dengan jelas dan

lambat; 4) berikan arahan yang logis; 5) Hindari banyak memberikan arahan pada satu waktu; 7) pastikan arahan yang diberikan dapat dipahami; 8) pastikan bahwa arahan yang diberikan dilaksanakan atau perlu tindak lanjut

Supervisi langsung dilakukan pada saat perawat sedang melaksanakan pengisian formulir dokumentasi asuhan keperawatan. Supervisi dilakukan pada kinerja pendokumentasian dengan mendampingi perawat dalam pengisian setiap komponen dalam proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi.

b. Secara Tidak Langsung

Supervisi tidak langsung adalah supervisi yang dilakukan melalui laporan baik tertulis maupun lisan. Perawat supervisor tidak melihat langsung apa yang terjadi di lapangan sehingga memungkinkan terjadinya kesenjangan fakta. Umpan balik dapat diberikan secara tertulis (Bittel, 1987).

Supervisi tidak langsung dilakukan dengan melihat hasil dokumentasi asuhan keperawatan tanpa didampingi perawat yang disupervisi. Umpan balik diberikan secara tertulis kepada perawat yang bersangkutan

Teknik supervisi praktek keperawatan meliputi 3 elemen yaitu :

- a) Standart praktek keperawatan sebagai acuan
- b) Fakta pelaksanaan praktek keperawatan sebagai pembanding untuk menetapkan pencapaian tujuan

c) Tindak lanjut baik berupa upaya mempertahankan kualitas maupun upaya memperbaiki

Area yang disupervisi mencakup; 1) pengetahuan dan pengertian tentang tugas yang akan dilaksanakan; 2) Keterampilan yang dilakukan yang disesuaikan dengan standar praktek; 3) sikap dan penghargaan terhadap pekerjaan

7. Peran Supervisor

Menurut Kron (1987) peran supervisor adalah sebagai perencana, pengarah, pelatih, dan penilai. Peran supervisor sebagai perencana adalah seorang supervisor dituntut untuk mampu membuat perencanaan sebelum melaksanakan supervisi. Dalam perencanaan, seorang supervisor merencanakan pemberian arahan untuk memperjelas tugasnya untuk siapa, kapan waktunya, bagaimana, kenapa, dan termasuk memberi instruksi. Cakupan supervisi meliputi siapa yang disupervisi, apa tugasnya, kapan waktunya disupervisi, kenapa dilakukan supervisi dan bagaimana masalah tersebut sering terjadi.

Peran supervisor sebagai pengarah adalah kemampuan seorang supervisor dalam memberikan arahan yang baik yang sangat diperlukan untuk supervisi. Pengarahan harus lengkap sesuai dengan kebutuhannya, dapat dimengerti, pengarahan menunjukkan indikasi yang penting, bicara pelan dan jelas, pesannya logis, hindari pengarahan dalam satu waktu, pastikan arahan dapat dimengerti dan pengarahan harus

dapat ditindaklanjuti. Pengarahan diberikan untuk menjamin agar mutu asuhan keperawatan berkualitas, supervisor mengarahkan perawat pelaksana untuk melaksanakan tugasnya sesuai standar yang ditentukan rumah sakit. Pengarahan bertujuan untuk mencegah karyawan melakukan penyimpangan yang tidak sesuai standar (Gillies, 1994; Azwar, 1996).

Peran supervisor sebagai penilai adalah seorang supervisor dalam melakukan supervisi dapat memberikan penilaian yang baik. Penilaian akan berarti dan dapat dikerjakan apabila tujuannya spesifik dan jelas, terdapat standar penilaian kinerja dan observasinya akurat (Kron, 1987). Dalam melaksanakan supervisi, penilaian hasil kerja perawat pelaksana dilakukan pada saat melaksanakan asuhan keperawatan selama periode tertentu. Hal ini dilakukan secara terus menerus selama supervisi berlangsung dan tidak memerlukan tempat khusus. Penilaian merupakan pengukuran terhadap akibat yang timbul dari dilaksanakan suatu program dalam pencapaian tujuan yang telah ditetapkan (Azwar, 1996).

Peran supervisor dalam supervisi kinerja pendokumentasian asuhan keperawatan adalah merencanakan pelaksanaan supervisi, mengarahkan perawat dalam pendokumentasian, melatih perawat mendokumentasikan asuhan keperawatan, dan menilai secara obyektif kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan

8. Kompetensi Supervisor

Untuk menjadi supervisor yang baik diperlukan kompetensi yang harus dimiliki dalam melaksanakan supervisi (Bittel, 1987, Dharma, 2004).

Kompetensi tersebut meliputi:

- a. *Knowledge Competencies*, adalah kemampuan pengetahuan yang merupakan pintu masuk seseorang untuk bekerja dengan baik. Seorang manager akan lebih sukses apabila dilandasi dengan ilmu pengetahuan yang cukup.
- b. *Entrepreneurial Competencies*, adalah kompetensi yang meliputi 2 bagian yaitu orientasi efisiensi dan produktivitas. Orientasi efisiensi adalah keinginan mendapatkan dan melakukan pekerjaan yang lebih baik dengan menggunakan dan menggabungkan semua sumber daya yang ada. Produktif artinya memiliki inisiatif, menuliskan laporan, menyapa atau menghubungi klien, memulai melakukan sesuatu.
- c. *Intellectual Competencies*, meliputi 3 bagian penting yaitu: berfikir logis dengan mencari penyebab dari suatu kejadian; konseptual yaitu mampu untuk mengumpulkan informasi dan dapat membedakan hal-hal di luar konsep; keterampilan mendiagnosis yaitu mampu untuk mengaplikasikan konsep dan teori ke dalam situasi dan kondisi kehidupan yang nyata.
- d. *Socio-emotional Competencies*. Kompetensi ini meliputi 5 bagian penting yaitu: kepercayaan diri, pengembangan, persepsi objektif, pengkajian diri akurat dan adaptasi stamina.
- e. *Interpersonal Competencies* meliputi delapan bagian yaitu memiliki kepercayaan diri yang kuat, pengembangan, perhatian kepada dampak, kekuasaan satu sisi,

kekuasaan sosial, berpandangan positif dan mengelola proses kelompok.

Kompetensi yang harus dimiliki supervisor dalam melakukan supervisi kinerja perawat dalam pendokumentasian adalah pengetahuan tentang pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan proses keperawatan. Kemampuan lain yang harus dipunyai adalah kemampuan menyampaikan informasi atau pengarahan, penilaian kualitas dokumentasi dan penerapan pendokumentasian.

9. Tugas dan Tanggung jawab Supervisor

Menurut Brown (1994) tugas penting yang harus dilakukan sebelum melakukan supervisi adalah

a. Merencanakan tugas sehari hari

- 1) Pembagian tugas kerja
- 2) Perincian penggunaan waktu dan batas wewenang

b. Menggunakan wewenang dengan tepat

- 1) Bertindak efektif dan efisien dan mampu menganalisis masalah berkaitan dengan kinerja pendokumentasian
- 2) Memimpin kelompok dengan kegiatan dan tujuan tertentu
- 3) Transformasi informasi baik dari atasan ke bawahan maupun dari bawahan ke atasan yang meliputi : melaksanakan petunjuk, menyaring dan menyampaikan informasi bawahan ke atasan, merumuskan informasi atasan, mengusahakan hasil kerja maksimal sehingga kegiatan pendokumentasian asuhan keperawatan meningkat.

c. Kegiatan Supervisi

Menurut Bittel (1987 dalam Saljan, 2005), tugas-tugas rutin yang harus dilakukan oleh supervisor adalah: sebelum pertemuan shift kerja dimulai (15 sampai 30 menit) meliputi mengecek kecukupan fasilitas atau peralatan untuk hari itu dan mengecek jadwal kerja.

Pada waktu mulai shift (15 sampai 30 menit) meliputi mengecek personil yang ada, menganalisis keseimbangan personil dan pekerjaan, mengatur pekerjaan, mengidentifikasi kendala yang muncul, mencari jalan supaya pekerjaan dapat diselesaikan. Sepanjang hari dinas (6-7 jam) meliputi memeriksa pekerjaan setiap personil, mengarahkan, memberikan instruksi, mengoreksi atau memberikan latihan sesuai dengan kebutuhannya, memeriksa kemajuan pekerjaan dari personilnya, mengecek pekerjaan rumah tangga, memeriksa kembali pekerjaan perawat dan kenyamanan kerja terutama untuk perawat baru, berjaga jaga ditempat bila ada pertanyaan atau permintaan bantuan, mengatur jam istirahat perawat, mendeteksi dan mencatat masalah yang muncul pada saat itu dan mencari cara pemecahannya, mencatat fasilitas yang rusak dan melaporkannya.

Sekali dalam sehari (15 sampai 30 menit), meliputi mengobservasi satu perawat atau area kerja secara kontinyu untuk 15 menit. Melihat dengan seksama hal-hal yang mungkin terjadi seperti: keterlambatan pekerjaan, lamanya mengambil barang, kesulitan pekerjaan dan sebagainya. Sebelum pulang ke rumah (15 menit) meliputi membuat daftar masalah yang belum terselesaikan, mengecek hasil pekerjaan sepanjang hari (kecukupan material dan peralatannya, lengkapi laporan harian

sebelum pulang, membuat daftar pekerjaan untuk keesokan hari.

Peran supervisor sangat penting dalam pengarahan, penilaian, bimbingan dan dalam memberi contoh secara langsung. Perawat pelaksana sebagai pihak yang akan disupervisi oleh supervisor adalah seorang tenaga keperawatan yang diberi tanggung jawab dan wewenang untuk melaksanakan pelayanan atau asuhan keperawatan. Perawat pelaksana bertanggung jawab pada organisasi tentang kualitas pelayanan yang diberikan. (Depkes RI, 1994)

Materi supervisi atau pengawasan disesuaikan dengan uraian tugas dari masing-masing staf perawat yang disupervisi. perawat pelaksana disupervisi terkait dengan kemampuan asuhan keperawatan yang dilaksanakan. Agar supervisi dapat menjadi alat pembinaan dan tidak menjadi momok bagi staf maka perlu disusun standar penampilan yang diharapkan dari masing-masing staf yang sudah dipahami oleh staf dan jadwal pasti dalam supervisi (Kelliatt, 2006).

Jika melihat kegiatan supervisi dapat disimpulkan bahwa kegiatan supervisi yang dilakukan manajer ruangan, supervisi bukan suatu kegiatan yang menakutkan. Seorang perawat pelaksana dapat belajar lebih banyak, memperoleh bimbingan serta masukan yang akhirnya diharapkan dapat meningkatkan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan. Untuk dapat melakukan supervisi yang baik, salah satu kemampuan yang diperlukan kepala ruang adalah kemampuan komunikasi. Kepala ruangan dengan kemampuan komunikasi yang baik seorang akan mampu

melaksanakan perannya sebagai supervisor berdasarkan kaidah-kaidah supervisi.

D. Komunikasi

Komunikasi berasal dari kata latin "*communicatio*" yang artinya pemberitahuan atau berasal dari kata "*communicare*" yang berarti menjadikan milik bersama (Wijono, 1997). Dalam percakapan sehari-hari, komunikasi akan terjadi selama ada kesamaan makna mengenai apa yang diperbincangkan. Kesamaan bahasa belum tentu serta merta menimbulkan kesamaan makna, sehingga mengerti bahasa saja belum tentu dapat menangkap makna yang disampaikan. Percakapan dikatakan komunikatif apabila saling mengerti bahasa yang dipergunakan, juga saling mengerti makna dari percakapan (Manurung, 2003).

1. Pengertian

Komunikasi adalah suatu sistem penyampaian pesan dan penerimaan pesan dan berbentuk hubungan diantara sumber pesan dan penerima pesan (Craven & Hirnle, 2000). Rogers mendefinisikan komunikasi sebagai suatu proses dimana yang terlibat, menciptakan dan berbagi informasi satu sama lain untuk mencapai saling pengertian (Wijono, 1997). Sedangkan Taylor (1993 dalam Nurjanah, 2001) menyatakan komunikasi merupakan suatu proses pertukaran informasi atau proses yang menimbulkan dan meneruskan makna atau arti. Tappen(1995) mendefinisikan komunikasi adalah suatu pertukaran pikiran, perasaan dan pendapat dan memberikan nasehat dimana terjadi antara dua orang atau lebih bekerja sama.

Komunikasi juga merupakan suatu seni untuk dapatnya menyusun dan menghantarkan suatu pesan dengan cara gampang sehingga orang lain dapat mengerti dan menerima. Mc Cubin dan Dahl (1985) mendefinisikan komunikasi sebagai suatu proses tukar menukar perasaanm keinginan, kebutuhan dan pendapat. Dari berbagai pendapat tentang komunikasi dapat disimpulkan bahwa komunikasi adalah suatu proses pertukaran pesan yang berupa informasi, pikiran dan perasaan, keinginan, kebutuhan dan pendapat diantara dua orang atau lebih

2. Jenis komunikasi

Komunikasi tidak hanya menyampaikan informasi tetapi juga menunjukkan perasaan dan emosi yang dimiliki oleh penyampai pesan . Menurut Tappen (1998) dan Swansburg (1996), ada 3 jenis komunikasi yaitu komunikasi verbal, tertulis dan non verbal. Sedangkan Stuart dan Sundeen (1998) dan Potter dan Perry (2005) membagi dua jenis komunikasi yaitu komunikasi verbal (termasuk didalamnya komunikasi tertulis) dan komunikasi non verbal.

a. Komuikasi verbal

Komunikasi verbal terdiri dari kata-kata yang diucapkan oleh seseorang kepada satu orang pendengar atau lebih. Penempatan kata-kata (phrase) dan kalimat dapat mempengaruhi pemahaman makna dan simbol (<http://id.wikipedia.org/wiki/Komunikasi>). Menurut Potter dan Perry, 2005, Komunikasi verbal terkait dengan penggunaan kata-kata atau tulisan. Perbedaan bahasa tersebut biasanya

dapat menimbulkan terjadinya kesalahan pemahaman. Komunikasi verbal adalah semua hal yang ditulis atau diucapkan.

Komunikasi verbal dibagi menjadi dua yaitu isi dari komunikasi (*content*) dan hubungan antara kalimat (*context*). *Content* adalah isi dari komunikasi, merupakan kalimat sebenarnya yang digunakan oleh seseorang untuk berbicara. Sedangkan *context* dari komunikasi adalah lingkungan dimana komunikasi terjadi, dipengaruhi oleh waktu dan kondisi fisik dari pembicara, sosial, emosional dan budaya (<http://id.wikipedia.org/wiki/Komunikasi>).

Interaksi verbal antara pimpinan dan bawahan, rekan sejawat, perawat dan klien dan perawat dan anggota tim kesehatan lainnya membentuk dasar komunikasi verbal. Nota tertulis, pengumuman di papan bulletin dan pemberitahuan rapat, berita-berita di surat kabar, permintaan tertulis, tugas tertulis dan sejenisnya termasuk ke dalam komunikasi verbal (Harnita, 2007).

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan komunikasi verbal yang berisi tentang aktifitas asuhan keperawatan yang sudah dikerjakan perawat. Supervisor dapat berkomunikasi dengan perawat maupun pasien atau tim kesehatan lain dari data yang terdokumentasi

b. Komunikasi non verbal

Komunikasi non verbal adalah bahasa tubuh yang tidak diucapkan dan

tidak ditulis tetapi dikomunikasikan dengan kuat melalui gerakan tubuh (Potter & Perry, 2005) . Meskipun kedua jenis komunikasi verbal dan non verbal terjadi bersamaan, 80-90 % komunikasi terjadi menggunakan komunikasi non verbal (Kozier et al, 1994) dimana 55% dari komunikasi menggunakan ekspresi wajah (Swansburg, 2000).

Stuart dan Sundeen (1998) menyatakan ada lima kategori komunikasi non verbal yaitu : 1) Isyarat vocal yaitu isyarat para linguistik, termasuk semua kualitas bicara non verbal, 2) Isyarat tindakan yaitu semua gerakan tubuh, termasuk semua ekspresi wajah dan sikap tubuh, 3) Isyarat objek yaitu objek yang digunakan secara sengaja atau tidak oleh seseorang seperti pakaian dan benda pribadi lainnya, 4) Ruang memberikan isyarat tentang kedekatan hubungan antara dua orang, 5) Sentuhan yaitu kontak fisik antara dua orang dan merupakan komunikasi non verbal paling personal. Komunikasi ini dapat terjadi bersamaan dengan komunikasi verbal pada saat supervisi. Pada saat memberikan penilaian dan pengarahan pendokumentasian asuhan keperawatan selain berbicara, juga menggunakan bahasa tubuh seperti menunjukkan dengan jari letak kekurangan atau menepuk bahu untuk memberi semangat.

Komunikasi merupakan tingkatan tempat informasi disebarluaskan di antara para karyawan (Hall, 1982). Komunikasi dalam suatu organisasi melibatkan atasan dan bawahan. Komunikasi dalam organisasi dibedakan menjadi tiga yaitu berdasarkan

formalitas, tingkatan komunikasi dan sifat.

Berdasarkan formalitas dibedakan menjadi komunikasi formal dan non formal.

Komunikasi formal merupakan penyebaran informasi yang dilakukan secara resmi di sebuah organisasi. Komunikasi non formal lebih mengarah pada komunikasi komunikasi yang tidak berhubungan dengan kantor, umumnya bersifat pribadi.

Berdasarkan tingkatan komunikasi dibedakan menjadi komunikasi horisontal dan vertikal. Komunikasi horisontal merupakan komunikasi antar karyawan pada tingkatan yang sama dalam perusahaan. Komunikasi vertikal menggambarkan penyebaran informasi antar tingkatan karyawan yang berbeda, baik dari atas ke bawah atau dari bawah ke atas.

Berdasarkan sifat komunikasi dibedakan menjadi komunikasi personal dan non personal. Percakapan individu merupakan komunikasi personal dan non personal bisa dilakukan antara perusahaan dengan media masa dll. Penley dan Hawkins (1985) mengusulkan lima dimensi komunikasi yang perlu diteliti 1) komunikasi yang berhubungan dengan tugas; 2) komunikasi yang berhubungan dengan prestasi bawahan; 3) komunikasi yang berhubungan dengan karier; 4) komunikasi yang berhubungan dengan daya tanggap atasan; 5) komunikasi pribadi.

3. Elemen Komunikasi

Komunikasi mengandung konsekuensi logis sebagai kegiatan yang dilakukan dengan urutan tahapan tertentu. David (1960) Mengajukan model Linear dari komunikasi dimana setiap tindakan komunikasi terdiri dari elemen sumber, pesan, aluran dan penerima. Berlo menyatakan bahwa kualitas komunikasi ditentukan oleh karakter dari keempat elemen tersebut.

Model Berlo dari proses komunikasi disebut dalam diagram sebagai proses yang linear, satu arah sebagai berikut :

Pengirim - Pesan - Saluran - Penerima

Shanon dan Weaver (1949) mengembangkan suatu model perputaran dari proses komunikasi yang mencakup keempat elemen ditambah tiga elemen yaitu : tanda (signal), ribut (noise) dan umpan balik. Seperti dalam gambar 2.2 dibawah ini:

Gambar 2.2. Skema komunikasi (Shanon & Weaver, 1949)

Dance (1967) mengajukan model pilin dari komunikasi. Model pilin menjelaskan bahwa komunikasi tidak mengembalikan pada seluruh putaran individu ke point awal. Model pilin menunjukkan proses komunikasi memindahkan kesalahpahaman pada sat penggabungan akibat dari komunikasi sebelumnya. Friedman (1987)

membagi dalam empat elemen yaitu pengirim, saluran, penerima dan umpan balik. Potter and Perry (1987) membagi dalam enam elemen : *referent, sender, message, receiver, channel and feed back*. Gillies(2000) membagi komponen komunikasi dalam tujuh katagori yaitu elemen : pengirim, pesan, tanda, saluran, penerima, noise dan arus balik. Secara subsatansi pada dasarnya elemen komunikasi adalah terdiri atas pengirim, penerima, saluran, berita dan adanya umpan balik.

4. Fungsi Komunikasi

Komunikasi mempunyai empat fungsi utama dalam sebuah organisasi, yaitu : fungsi kendali, motivasi, pernyataan emosi dan informasi. Komunikasi berfungsi untuk mengendalikan perilaku anggotanya. Organisasi mempunyai otoritas dan hierarki yang harus dipatuhi oleh karyawan atau anggotanya. Komunikasi memelihara motivasi dengan meberi penjelasan kepada para karyawan tentang apa yang harus dilakukan, seberapa baik mereka mengerjakan dan apa yang dapat dilakukan untuk dapat meningkatkan kinerja. Komunikasi juga dapat digunakan untuk mengungkapkan atau menyatakan emosi perasaan dan pemenuhan kebutuhan sosial anggotanya dengan mengungkapkan perasaan kecewa dan kepuasan karyawan (Robbin, 2002).

Komunikasi yang terjadi dalam supervisi kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan adalah berfungsi sebagai informasi dan kendali. Supervisor

dapat memberikan informasi kekurangan dan kelengkapan serta mengendalikan kualitas dokumentasi.

5. Arah Komunikasi

Komunikasi dapat berjalan secara vertikal dan horisontal. Dimensi Vertikal dapat dibagi dalam komunikasi ke bawah dan keatas. Komunikasi ke bawah adalah komunikasi yang berlangsung dari tingkatan yang lebih tinggi ke yang lebih rendah. Komunikasi yang terjadi antara atasan atau manajer dengan bawahnya dalam rangka memberikan umpan balik terhadap kinerjanya adalah komunikasi ke bawah. Sedangkan komunikasi yang berlangsung akibat umpan balik yang disampaikan bawahan kepada atasan merupakan komunikasi keatas. Komunikasi horisontal terjadi antar anggota dari kelompok yang sama, misalnya antar staf manajer, antar anggota atau staf dan sebagainya. Supervisi merupakan komunikasi dengan arah vertikal yaitu antara kepala ruangan dengan perawat pelaksana. Masing-masing pihak mempunyai posisi yang berbeda dalam satu struktur organisasi.

6. Komunikasi dalam Keperawatan

Kepler (1980) menyatakan bahwa komunikasi adalah kemampuan yang paling penting harus dikuasai oleh pemimpin. Komunikasi terjadi dalam setiap tahap proses manajemen. Komunikasi merupakan keterampilan yang sangat penting dalam kepemimpinan dan manajemen keperawatan. Semua yang dilakukan

pimpinan perawatan akan melibatkan komunikasi baik itu dengan bawahan, atasan atau dengan rekan sejawat posisinya.

Dalam suatu penelitian oleh Pincus (1986) komunikasi para perawat dengan pengawas tingkat menengah dan dengan eksekutif tingkat atas memiliki pengaruh yang kuat dalam meningkatkan kepuasan kerja perawat dan pengaruh yang lemah pada produktivitas kerja. Pincus mengatakan dalam Gillies(2000) bahwa perawat eksekutif tingkat atas mengembangkan program komunikasi formal dan berlanjut bersama dengan staf perawatan untuk mencakup mediaa tertulis dan lisan. Manajer perawat tingkat pertama menerima pelatihan sebelumnya dalam kelompok yang kecil dan menerima strategi komunikasi antar perseorangan untuk mendukung hubungan dengan para staf perawatan. Komunikasi dengan perawat pelaksana dapat melalui supervisi.

Manajer atau pimpinan berkomunikasi dengan bawahan dalam beberapa cara yaitu dengan menyampaikan, membuat keputusan, berperan serta, mendelegasikan, mendengar, memberikan dan menerima umpan balik.

a. Menyampaikan

Merupakan gaya komunikasi satu arah dimana manajer menetapkan peran-peran yang dimainkan oleh bawahannya dan memerintahkan kepada mereka apa, bagaimana, bilamana dan dimana bawahan harus melaksanakan berbagai jenis tugas. Komunikasi ini dapat dilakukan pada saat seorang perawat

berperan sebagai kepala ruang, Ketua Tim atau sebagai supervisor yang berupa penyampaian tugas peningkatan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan dan memberikan petunjuk pelaksanaannya.

b. Membuat keputusan

Manajer harus membuat keputusan melalui komunikasi dua arah dan dukungan sosio-ekonomi bawahannya. Artinya dalam membuat keputusan harus mempertimbangkan dampak psikologis dan sosio-ekonomi terhadap bawahannya yaitu perawat pelaksana. Pembuatan keputusan akibat adanya permasalahan dalam pengisian dokumentasi asuhan keperawatan harus mempertimbangkan beban kerja perawat.

c. Berperan serta

Manajer dan bawahan bersama-sama membuat keputusan melalui komunikasi dua arah dan lebih difasilitasi oleh manajer apabila bawahan mempunyai kemampuan dan pengetahuan untuk menyelesaikan tugas. Keputusan yang dibuat melibatkan peran serta dan komunikasi dengan perawat pelaksanaan dalam identifikasi masalah serta kemungkinan alternatif pemecahannya.

d. Pendelegasian

Manajer memainkan peran komunikasi melalui pendelegasian tugas dan pengarahan umum kepada bawahannya dengan catatan bawahan memiliki kemampuan yang tinggi serta kedewasaan. Supervisor dapat memberikan penugasan pada staf lain yang sejajar atau lebih rendah dengan kompetensi yang sejajar.

e. Mendengar

Mendengar membutuhkan kemampuan untuk menyesuaikan diri dengan orang lain, lingkungan dan mengartikan pesan yang terkatakan dan tidak terkatakan. Seorang manajer harus mampu mendengarkan umpan balik dari bawahan baik secara verbal maupun non verbal dalam berespon terhadap pesan yang disampaikan oleh atasan. Supervisor harus mampu menjadi pendengar yang baik. Laporan perawat tentang permasalahan yang dihadapi dalam pendokumentasian harus didengarkan dengan seksama sehingga dapat diambil kesimpulan masalah untuk diselesaikan bersama.

f. Memberi dan menerima umpan balik

Umpan balik akan meningkatkan pengertian bersama tentang perilaku, perasaan dan motivasi, memfasilitasi pengembangan hubungan saling percaya dan yang terbuka, dan memberikan informasi tentang efek perilaku kepada orang lain. Umpan balik dapat diberikan secara verbal dan nonverbal. Manajer akan menerima umpan balik dan menyampaikan pesan yang lain kepada bawahan (La Monica, 1979). Umpan balik berupa pengarahan, pemberian informasi yang terintegrasi dalam supervise kinerja pendokumentasian. Dalam supervisi terdapat hubungan timbal balik dalam menjamin pencapaian kualitas dokumentasi yang baik.

E. Pelatihan

Pelatihan (training) adalah proses sistematis pengubahan perilaku para karyawan dalam suatu arah guna meningkatkan tujuan-tujuan organisasional. (Simamora, 2001)

Pelatihan adalah proses dimana orang – orang mencapai kemampuan tertentu untuk membantu mencapai tujuan organisasi. (Mathis, 2002). Pelatihan berfokus pada penyediaan bagi karyawan keahlian khusus atau membantu mereka mereka mengoreksi kelemahan-kelemahan dalam kinerja mereka. Melalui pelatihan dilakukan segenap upaya dalam rangka meningkatkan kinerja karyawan.

1. Jenis pelatihan

Simamora (2001) menyebutkan beberapa jenis pelatihan sebagai berikut :

a. Pelatihan keahlian (*skill training*)

Pelatihan keahlian merupakan pelatihan yang kerap dijumpai dalam organisasi. Program pelatihan relatif sederhana : kebutuhan atau kekurangan diidentifikasi melalui penilaian yang jeli. Kriteria penilaian efektifitas pelatihan didasarkan pada sasaran yang diidentifikasi dalam tahap penilaian

b. Pelatihan ulang (*retraining*)

Pelatihan ulang adalah subset pelatihan keahlian. Pelatihan keahlian berupaya memberikan karyawan keahlian yang mereka butuhkan untuk mengejar tuntutan perubahan dari pekerjaan.

c. Pelatihan Fungsional Silang (*Cross functional training*)

Pelatihan silang merupakan pelatihan yang melibatkan pelatihan karyawan untuk melakukan operasional dalam bidang selain bidang yang dijejaki dalam tugasnya.

d. Pelatihan Tim

Merupakan pelatihan yang melibatkan tim-tim yang terdapat dalam suatu organisasi. Tujuannya untuk meningkatkan kerja sama tim dalam organisasi yang akan menjamin kinerja organisasi.

f. Pelatihan Kreatifitas

Pelatihan ini didasari bahwa kreatifitas dapat dipelajari. Biasanya menggunakan teknik *brainstorming*. Peserta pelatihan diminta mengeluarkan semua ide atau gagasan dalam menyelesaikan suatu masalah. Selanjutnya peserta diminta menilai sendiri ide dan gagasan yang mereka tuangkan berdasarkan biaya dan kelaikan.

2. Komponen pelatihan

Mangkunegara(2000) menyebutkan bahwa komponen pelatihan yang harus diperhatikan adalah sebagai berikut:

- a. Tujuan dan sasaran pelatihan harus jelas dan dapat diukur
- b. Pelatih (*trainers*) harus memiliki kualifikasi yang memadai
- c. Materi pelatihan harus disesuaikan dengan tujuan yang akan dicapai
- d. Metode pelatihan harus disesuaikan dengan kemampuan peserta
- e. Peserta pelatihan harus memenuhi syarat yang ditentukan

3. Tujuan Pelatihan

Tujuan utama pelatihan pada intinya dapat dikelompokkan ke dalam 5 bidang :

- a. Memperbaiki kinerja

Pelatihan sering digunakan untuk mengisi kepincangan kinerja sesungguhnya dan kinerja terprediksi karyawan. Pelatihan untuk meningkatkan keterampilan karyawan sehingga dapat bekerja pada tingkat standar

b. Memutakhirkan keahlian karyawan

Melalui pelatihan memastikan bahwa karyawan dapat secara efektif menggunakan teknologi-teknologi baru. Manajer semua bidang pada dasarnya harus mengetahui perkembangan teknologi yang akan membuat organisasi lebih efektif

c. Mengurangi waktu belajar dan mengorientasikan karyawan baru

Pelatihan akan mempercepat karyawan baru dalam memenuhi kemampuan kerja (*Job Kompetensi*) yang dibutuhkan. Dengan pelatihan karyawan baru dapat langsung bekerja sesuai kompetensi yang dibutuhkan. Selain itu dapat mempercepat masa orientasi karyawan terhadap organisasi dan pekerjaan

d. Membantu permasalahan operasional

Pelatihan membantu manajer menyelesaikan persoalan-persoalan organisasi dan melaksanakan pekerjaan secara efektif

e. Mempersiapkan karyawan untuk promosi

Pelatihan memungkinkan karyawan untuk menguasai keterampilan-keterampilan pada jenjang atas organisasi dan memudahkan transisi dari pekerjaan karyawan saat ini ke posisi/pekerjaan yang melibatkan tanggung jawab lebih besar.

f. Memenuhi kebutuhan pribadi

Pelatihan menyediakan aktifitas yang membutuhkan efektifitas organisasional yang lebih besar dan meningkatkan pertumbuhan pribadi karyawan (Simamora, 2001).

4. Manfaat Pelatihan

Pelatihan mempunyai andil besar dalam menentukan efektifitas dan efisiensi organisasi. Beberapa manfaat dari pelatihan adalah sebagai berikut :

1. Meningkatkan kualitas dan kuantitas produktifitas
2. Mengurangi waktu belajar yang diperlukan karyawan agar mencapai standar kinerja yang dapat diterima
3. Menciptakan sikap, loyalitas dan kerja sama yang lebih menguntungkan
4. Memenuhi kebutuhan perencanaan sumber daya manusia
5. Mengurangi jumlah dan biaya kecelakaan kerja
6. Membantu karyawan dalam peningkatan dan pengembangan pribadi mereka (Simamora , 2001).

5. Metode Pelatihan

Metode pelathan dalam Notoadmodjo (2003) dibedakan menjadi dua macam, yaitu metode di luar pekerjaan (*off the job site*) dan di dalam pekerjaan (*on job site*)

a. Metode di luar pekerjaan

1) Teknik presentasi informasi

Yang dimaksud adalah menyajikan informasi, yang tujuannya mengintroduksikan pengetahuan, sikap dan keterampilan baru kepada peserta. Termasuk dalam teknik ini adalah dengan metode : ceramah biasa, teknik diskusi, teknik pemodelan dan teknik magang

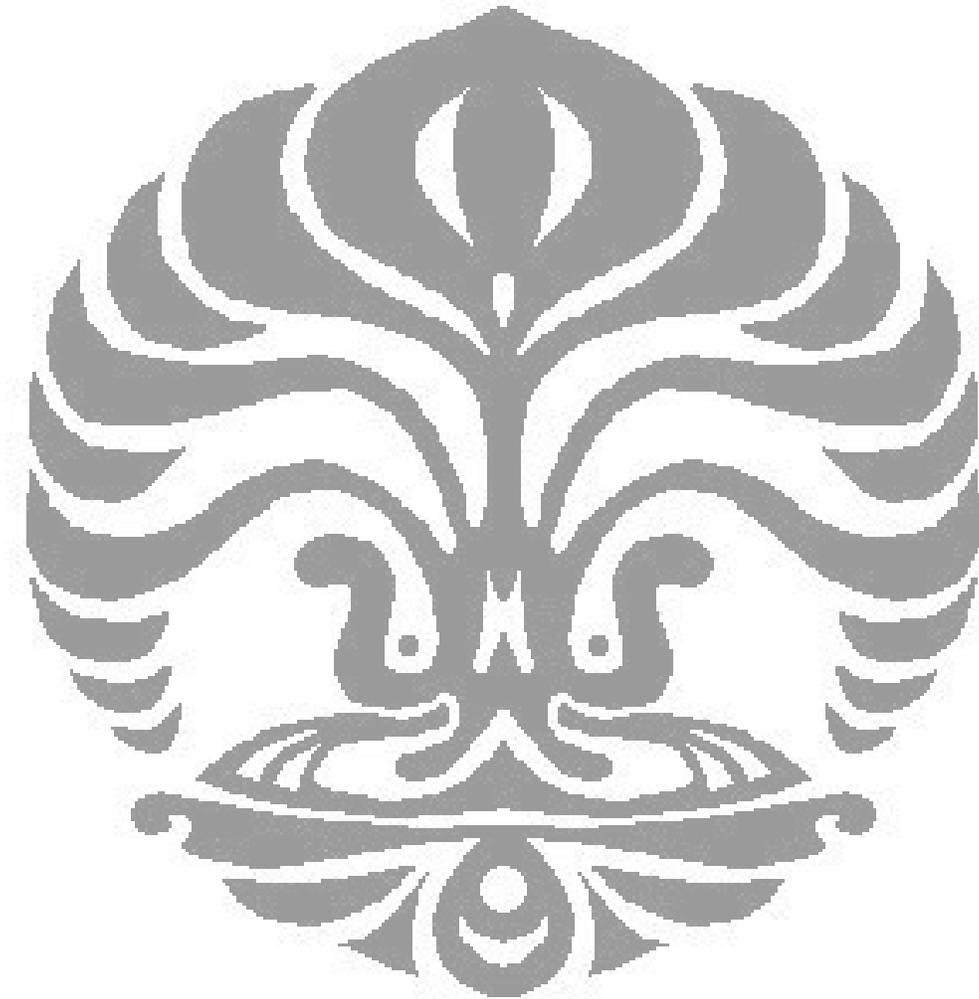
2) Metode Simulasi

Alah penentuan karakteristik atau perilaku tertentu dari dunia riil sedemikian rupa sehingga, para peserta, diklat dapat merealisasikan seperti keadaan sebenarnya. Termasuk dalam metode simulasi adalah : smulasi alat-alat, study kasus, permainan peran dan teknik dalam keranjang

b. Metode dalam Pekerjaan (*on job training*)

Pelatihan ini berbentuk penugasan pegawai-pegawai baru oleh supervisor-supervisor yang telah berpengalaman. Pegawai senior harus membimbing pegawai baru sebagai *trainer* yang diharapkan memperlihatkan contoh-contoh pekerjaan yang baik, dan memperlihatkan suatu penanganan pekerjaan yang kongkrit dan jelas yang akan dikerjakan pegawai baru setelah periode pelatihan berakhir. Metode lain dalam *on job site* adalah metode rotasi, yaitu dengan memindahkan pegawai – pegawai yang sudah lama bekerja pada bidangnya secara *horisontal* maupun *vertikal* guna mendapat pengalaman baru dalam pekerjaan dan jabatannya Simamora (2006) menyebutkan beberapa manfaat metode *on job training* adalah 1) Karyawan melakukan pekerjaan yang sesungguhnya bukan pekerjaan yang disimulasikan, 2) Pelatihan dilaksanakan

dilingkungan kerja yang sesungguhnya dalam kondisi normal. Keunggulan metode ini adalah dapat memberikan motivasi yang kuat kaena pelatihan dilaksanakan dikelas dan di tempat kerja yang sesungguhnya. Pada penelitian ini pelatihan dengan menggunakan presentasi dan pemerian modul serta bimbingan pada manajer ruangan.



BAB III

KERANGKA TEORI, KONSEPTUAL DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini menguraikan tentang kerangka teori, kerangka konseptual, dan definisi operasional dari penelitian ini.

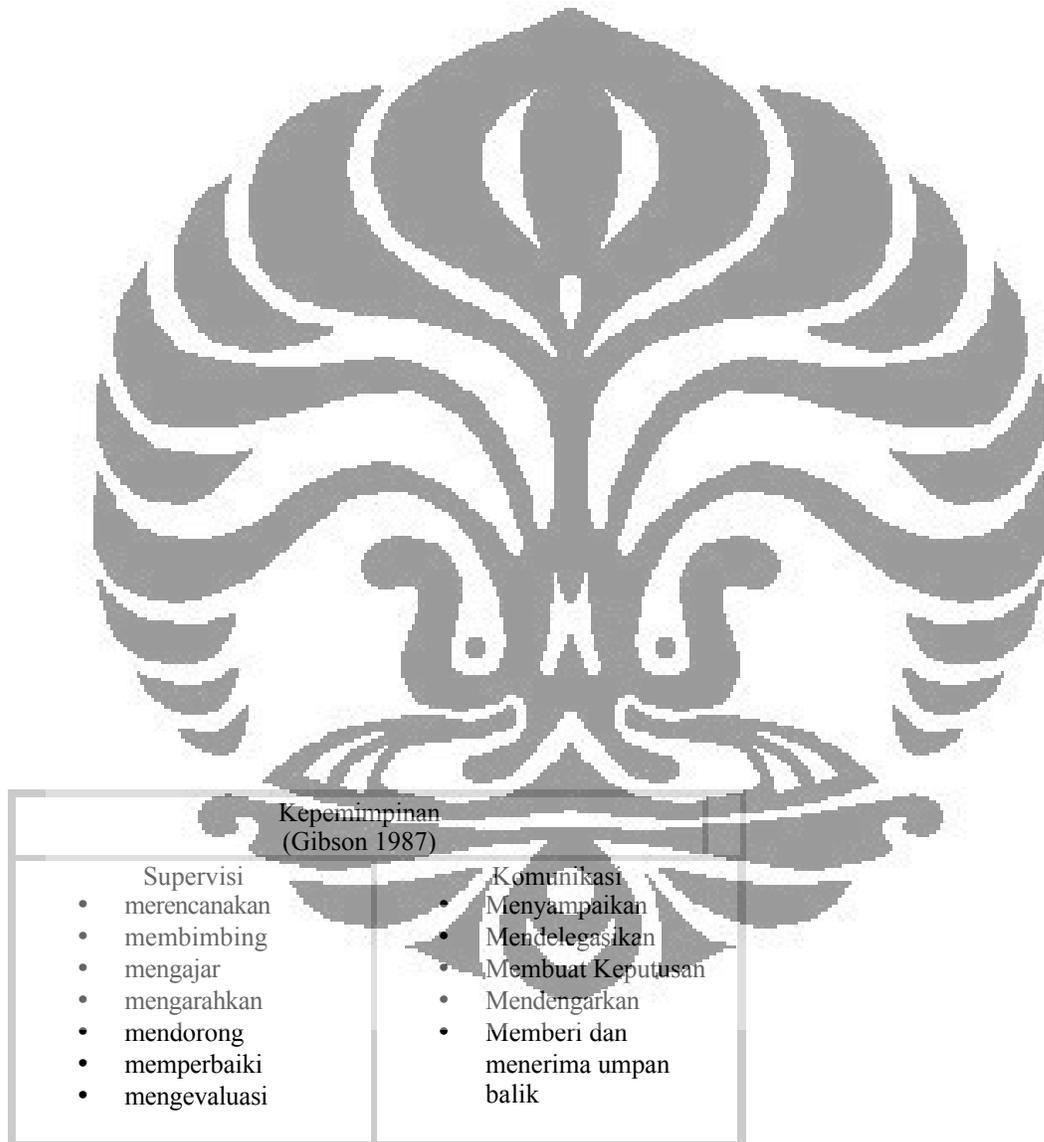
A. Kerangka Teori

Dari teori-teori yang telah diuraikan pada bab II, maka disusunlah kerangka pikir yang digunakan landasan penelitian dengan konsep kinerja (Robins, 1996), konsep manajemen keperawatan dan manajemen asuhan (Gillies, 1994; Swansburg, 1999), konsep pelatihan (Mangkunegara; 2000) dapat disimpulkan bahwa dalam proses manajemen keperawatan, untuk menjamin mutu asuhan keperawatan dapat dilakukan melalui peningkatan kinerja perawat pelaksana dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan sekeperawatan sesuai standar praktek keperawatan.

Peran kepala ruang dalam fungsi pengarahan salah satunya adalah melakukan supervisi pada perawat dibawahnya. Kemampuan supervisi kepala ruang sangat ditentukan oleh kemampuan komunikasi sebagai unsur penting dalam manajemen.

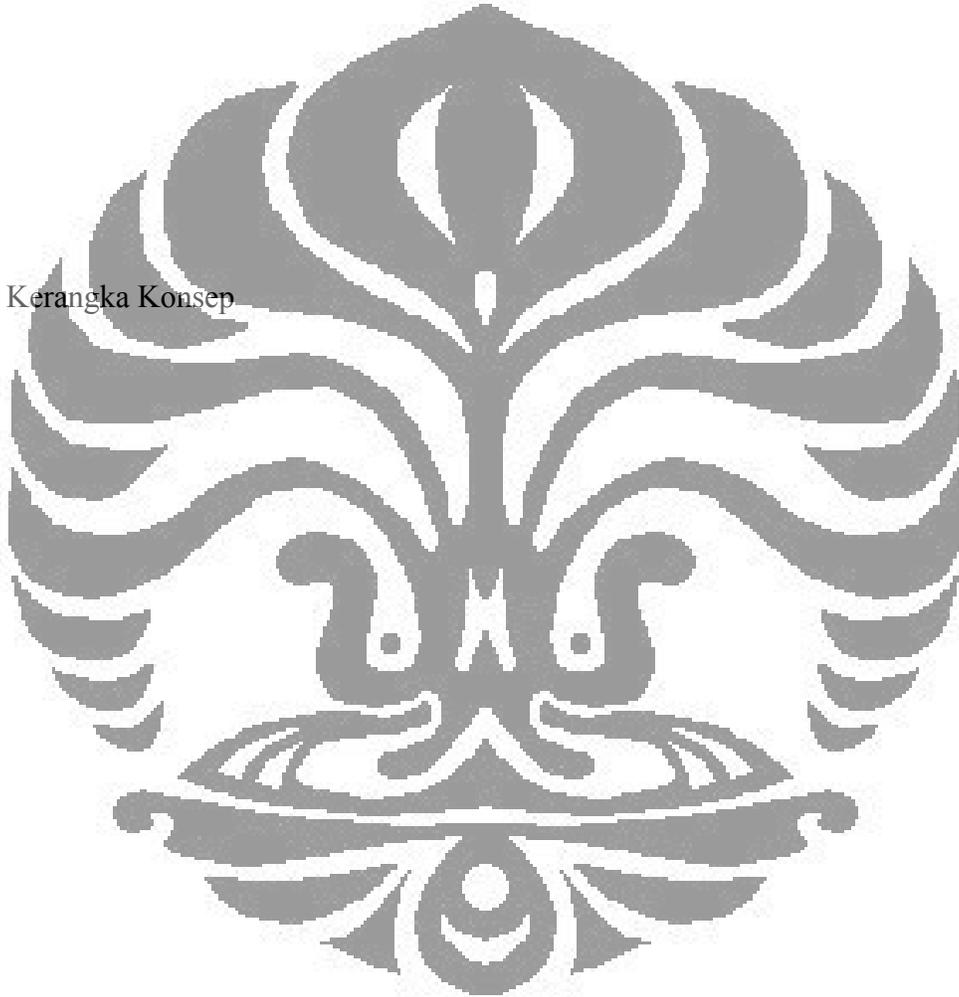
Seorang kepala ruang harus memiliki kemampuan komunikasi yang baik untuk dapat melaksanakan fungsi pengarahan (supervisi) dengan baik. Melalui pelatihan manajemen khususnya komunikasi dan supervisi pada kepala ruang akan meningkatkan kemampuan komunikasi dan supervisi kepala ruang yang akan mempengaruhi kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan

keperawatan berdasarkan standar praktek keperawatan. Gambar 3.1 di bawah ini menjelaskan kerangka teori penelitian:



Gambar 3.1: Kerangka teori kinerja perawat (Gibson, 1987; Ilyas, 1999; Kopelman, 1988; PPNI, 2000; Taufiq, 1987)

B. Kerangka Konsep



Gambar 3.2: Kerangka Konsep penelitian

B. Hypotesis

1. Ada perbedaan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan sebelum dan sesudah kepala ruangan mendapat pelatihan supervisi dan komunikasi
2. Ada perbedaan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan setelah disupervisi oleh kepala ruangan yang dilatih dengan bimbingan 6 (enam) dan 3 (tiga) kali dibanding dengan yang dilatih tanpa bimbingan.
3. Ada pengaruh umur, perkawinan, jenis kelamin dan lama kerja perawat terhadap kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian

C. Definisi Operasional

Definisi operasional mengidentifikasi variabel-variabel yang akan diukur dengan menjelaskan cara pengukuran dan hasil ukur serta skala pengukuran.

Tabel 3.1

Definisi Operasional karakteristik dan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian Asuhan keperawatan di RSUD Dr Soedono Madiun

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara pengukuran	Hasil Ukur	Skala
A. Variabel Pengganggu					
1	Karakteristik Responden				
a.	Umur	Umur perawat dalam tahun berdasarkan tanggal lahir/ulang tahun terakhir	Item pertanyaan dalam kuesioner tentang umur	Mean, median, SD, min-max, CI 95%	Ratio

b.	Jenis Kelamin	Penggolongan perawat pelaksana berdasarkan jenis kelamin laki-laki dan perempuan	Item pertanyaan dalam kuesioner tentang jenis kelamin	Distribusi frekuensi menurut jenis kelamin: 1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
c.	Status perkawinan	Jawaban perawat yang menyatakan dirinya sudah menikah atau belum	Item pertanyaan dalam kuesioner tentang status perkawinan	Distribusi frekuensi Pengelompokan 1 = Kawin 0 = Belum kawin	Nominal
d.	Lama kerja	Lama perawat bekerja diruangan tersebut	Item pertanyaan dalam kuesioner tentang lama kerja	Mean, median, SD, min-max, CI 95%	Interval
B. Variabel Intervensi					
1	Pelatihan supervisi dan komunikasi pada kepala ruangan				
a.	Kepala ruangan	Kepala ruangan dilatih supervisi dan komunikasi dikelas 2 hari dan bimbingan diruangan 6 kali, 3 kali dan tanpa dibimbing.		<ul style="list-style-type: none"> • Kelompok Karu yang dilatih dan dibimbing 6 kali • Kelompok Karu yang dilatih dan dibimbing 3 kali • Kelompok Karu yang dilatih tanpa dibimbing 	
No	Variabel	Definisi Oprasional	Cara pengukuran	Hasil Ukur	Skala
C. Variabel Dependen					
1	Kinerja pendokumentasian asuhan keperawatan	Pendokumentasian asuhan keperawatan terdiri dari pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, tindakan, evaluasi dan pencatatan	Pernyataan terdiri 24 item dengan masing-masing mempunyai rentang nilai 1 – 4 Skor maksimal 96 Minimal 24	Mean, median, SD, min-max, CI 95%	Interval
a	Kinerja pendokumentasian pengkajian	Pendokumentasian pengkajian asuhan keperawatan yang meliputi pencatatan hasil pengkajian, pengelompokan data, perumusan masalah.	Pernyataan terdiri 4 item dengan rentang nilai 1 – 4	Mean, median, SD, min-max, CI 95%	Interval

b	Kinerja pendokumentasian diagnosa keperawatan	Pendokumentasian perumusan berdasarkan masalah dan penulisan diagnosa keperawatan	Pernyataan terdiri 3 item dengan rentang nilai 1 – 4	Mean, median, SD, min-max, CI 95%	Interval
c	Kinerja pendokumentasian perencanaan	Pendokumentasian perencanaan berdasarkan urutan prioritas, tujuan, penulisan, keterlibatan keluarga dan tim kesehatan I	Pernyataan terdiri 6 item dengan rentang nilai 1 – 4	Mean, median, SD, min-max, CI 95%	Interval
d	Kinerja pendokumentasian tindakan	Pendokumentasian tindakan berdasarkan acuan pelaksanaan, respon pasien, revisi tindakan dan pencatatan	Pernyataan terdiri 4 item dengan rentang nilai 1 – 4	Mean, median, SD, min-max, CI 95%	Interval
e	Kinerja pendokumentasian evaluasi	Pendokumentasian perumusan berdasarkan masalah dan penulisan diagnosa keperawatan	Pernyataan terdiri 2 item dengan rentang nilai 1 – 4	Mean, median, SD, min-max, CI 95%	Interval
F	Kinerja pencatatan	Pendokumentasian pencatatan asuhan keperawatan berdasarkan kesesuaian dengan tindakan, kejelasan dan kelengkapan	Pernyataan terdiri 5 item dengan rentang nilai 1 – 4	Mean, median, SD, min-max, CI 95%	Interval

BAB IV

METODE PENELITIAN

Bab ini menguraikan desain penelitian dan berbagai kegiatan yang terdapat dalam penelitian, di antaranya penetapan populasi, sampel dan sampling, waktu dan tempat penelitian, teknik pengumpulan data dan analisis etika penelitian

A. Desain Penelitian

Desain penelitian adalah keseluruhan dari perencanaan untuk menjawab pertanyaan penelitian dan mengantisipasi beberapa kesulitan yang mungkin timbul selama proses penelitian. Penelitian ini menggunakan desain kuasi eksperimen *one group pretest – posttest without control – dose respons*. Penelitian ini mengukur kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan sebelum dan sesudah disupervisi kepala ruangan yang dilatih dengan bimbingan berbeda-beda. Kelompok A adalah perawat pelaksana yang kepala ruangnya mendapat pelatihan dan bimbingan sebanyak 6 kali. Kelompok B adalah perawat pelaksana yang kepala ruangnya mendapat mendapat pelatihan dan bimbingan sebanyak 3 kali. Kelompok C adalah perawat pelaksana yang kepala ruangnya mendapat pelatihan dan tanpa dibimbing.

Desain dose respons dalam penelitian ini tampak pada bagan 4.1 di bawah ini:

Keterangan:

A : Supervisi yang dilakukan oleh kepala ruangan yang dilatih dengan bimbingan 6 kali

B : Supervisi yang dilakukan oleh kepala ruangan yang dilatih dengan bimbingan 3 kali

C : Supervisi yang dilakukan oleh Kepala ruangan yang dilatih tanpa bimbingan

O1A: Kinerja perawat pelaksana sebelum disupervisi oleh A

O1B: Kinerja perawat pelaksana sebelum disupervisi oleh B

O1C: Kinerja perawat pelaksana sebelum disupervisi oleh C

O2A: Kinerja perawat pelaksana setelah disupervisi oleh A

O2B: Kinerja perawat pelaksana setelah disupervisi B

O2C: Kinerja perawat pelaksana setelah disupervisi C

O2A-O1A : Perbedaan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian sebelum dan sesudah disupervisi A

O2B-O1B : Perbedaan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian sebelum dan sesudah disupervisi B

O2C-O1C : Perbedaan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian sebelum dan sesudah disupervisi C

O2A-O1A : O2B-O1B : Perbedaan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian setelah di supervisi A dan B

O2A-O1A : O2C-O1C: Perbedaan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian setelah di supervisi A dan C

O2B-O1B : O2C-O1C : Perbedaan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian setelah di supervisi B dan C

B. Populasi, Sampel dan sampling

1. Populasi

Populasi adalah keseluruhan obyek penelitian atau obyek yang akan diteliti (Arikunto, 2000; Notoatmodjo, 2005). Populasi dalam penelitian ini seluruh perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Dr. Soedono Madiun sebanyak 168 orang.

2. Sampel

Sampel adalah sebagian dari keseluruhan obyek yang diteliti dan dianggap mewakili seluruh populasi (Notoadmodjo, 2005; Supriyanto, 2007, Sastroasmoro 2002). Sampel yang digunakan didasarkan pada kriteria inklusi, yaitu karakteristik sampel yang dapat dimasukkan atau layak untuk diteliti (Nursalam, 2001). Kriteria inklusi untuk kelompok intervensi dalam penelitian ini adalah:

- a. Perawat pelaksana
- b. Tidak sedang cuti, persiapan pensiun, tidak sedang sakit
- c. Bersedia menjadi responden.

Jumlah sampel dalam penelitian ini dapat dihitung dengan menggunakan rumus ukuran sampel untuk menaksir proporsi sebuah populasi (Kothari, 1990 dalam Murti, B., 2006)

Keterangan :

N = Besar populasi (168)

n = Besar Sampel

d = Tingkat kepercayaan/ketepatan yang diinginkan (0,05)

p = Perkiraan proporsi variabel dependen pada populasi (0.85)

q = $1-p$ ($1 - 0.85 = 0,15$)

Statistik Z (misalnya $Z=1,96$ untuk $\alpha = 0,05$)

Berdasarkan perkiraan besar sampel dengan rumus tersebut diperoleh besar sampel sebesar 91 orang perawat.

3. Teknik pengambilan sampel

Teknik sampling adalah suatu proses dalam menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat

mewakili populasi (Nursalam, 2001, Djarwanto, 2001). Sampel dalam penelitian adalah perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Soedono Madiun yang terbagi dalam 9 ruang rawat inap. Besar sampel masing – masing ruangan ditentukan secara *proporsional sampel*. Pengambilan sampel ruangan dilakukan dengan cara *purposive sampling*.

Proporsi sampel ruangan terlihat pada tabel 4.1 berikut ini:

Tabel 4.1

Distribusi sampel dan kelompok perawat pelaksana

No	Kelompok	Ruangan	Jumlah perawat		
			Populasi	Sampel	Total
1	A	1. WKA	18	$18/168 \times 91 = 10$	30
		2. WKB	20	$20/168 \times 91 = 11$	
		3. WKC	17	$17/168 \times 91 = 9$	
2	B	4. WKD	18	$18/168 \times 91 = 10$	30
		5. Melati	15	$15/168 \times 91 = 8$	
		6. PICU/ NICU	23	$23/168 \times 91 = 12$	
3	C	7. Mawar	22	$22/168 \times 91 = 12$	31
		8. Intensif	24	$24/168 \times 91 = 13$	
		9. ODC	11	$11/168 \times 91 = 6$	

C. Waktu dan Tempat Penelitian

1. Tempat Penelitian

Tempat penelitian adalah RSUD Dr. Soedono Madiun dengan pertimbangan belum pernah dilakukan penelitian kinerja pendokumentasian asuhan keperawatan.

2. Waktu penelitian kinerja perawat pelaksana

Penelitian ini dilaksanakan pada minggu pertama bulan April sampai dengan minggu pertama bulan Juni.

D. Etika Penelitian

Penelitian diawali dengan uji etik di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Selanjutnya mengajukan permohonan ijin penelitian pada Direktur RSUD Dr Soedono Madiun. Setelah mendapat ijin peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian serta teknis pelaksanaan penelitian dengan mempresentasikan proposal penelitian. Masing-masing perawat pelaksana yang akan dijadikan sampel menandatangani surat persetujuan menjadi subjek penelitian (*informed consent*).

Sebagai pertimbangan etika peneliti meyakinkan bahwa responden terlindungi dari aspek 1). *Self determination*, yaitu responden diberi kebebasan untuk menentukan apakah bersedia atau tidak untuk mengikuti kegiatan penelitian secara sukarela dengan menandatangani informed consent 2). *Privacy*, yaitu responden dijaga kerahasiaannya dimana informasi yang didapat dari mereka hanya untuk penelitian ini 3). *Anonymity*, yaitu selama kegiatan penelitian nama responden tidak digunakan sehingga gantinya peneliti menggunakan nomor responden 4). *Confidentiality*, yaitu peneliti menjaga rahasia identitas responden dan informasi yang diberikan 5). *Protection*, yaitu responden bebas dari rasa tidak nyaman. Perawat juga diberitahu dalam rentang waktu bulan April – Juni akan dilihat dokumentasi asuhan keperawatannya.

E. Alat Pengumpul Data

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan kuesioner sebagai berikut:

a. Kuesioner karakteristik perawat pelaksana

Karakteristik responden yang diperlukan dalam penelitian adalah beberapa hal yang berhubungan dengan responden yang berpengaruh terhadap kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. Faktor tersebut meliputi: Umur, Jenis Kelamin, Status perkawinan, Lama kerja, (Gibson 1987). Perawat mengisi jawaban yang telah disediakan dalam lembar kuesioner.

b. Kuesioner kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan

Kinerja perawat pelaksana diukur observasi dengan menggunakan format observasi penilaian dokumentasi asuhan keperawatan. Format observasi mengacu pada instrumen dari departemen kesehatan (2005). Format observasi terdiri dari pernyataan pengamatan terhadap kegiatan pendokumentasian sebanyak 4 pernyataan pendokumentasian pengkajian, 3 pernyataan pendokumentasian diagnosa keperawatan, 6 pernyataan pendokumentasian perencanaan, 4 pernyataan pernyataan pendokumentasian pelaksanaan, 2 pernyataan pendokumentasian evaluasi dan 5 pernyataan pencatatan.

F. Prosedur pengumpulan Data

Prosedur pelaksanaan penelitian yang telah dilakukan dilakukan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut

1. Prosedur Administratif

Prosedur administratif yang harus dilakukan dalam penelitian adalah permohonan ijin

penelitian pada direktur RSUD Dr. Soedono Madiun sebagai tempat penelitian. Surat keterangan lolos kaji etik tanggal 1 April 2008 (lampiran 9). Surat permohonan ijin penelitian tanggal 24 Maret 2008. Surat tersebut diserahkan kepada RSUD Dr Soedono Madiun untuk mendapat ijin melakukan penelitian dari tempat penelitian.

2. Pelaksanaan Penelitian

a. *Pre Test* responden

Pengambilan data kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian dilakukan sebelum perawat pelaksana mendapat supervisi oleh kepala ruangan yang sudah dilatih supervisi dan komunikasi. Pelaksanaan pengambilan data pre test dimulai tanggal 3 April 2008 dan berakhir pada tanggal 26 April 2008. Pengambilan data kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan dilakukan dengan memberikan penilaian dokumen asuhan keperawatan yang dibuat perawat pelaksana.

b. Pelatihan Supervisi dan komunikasi pada kepala ruangan yang akan melakukan supervisi pada kinerja pendokumentasian asuhan keperawatan

Pelatihan dilakukan dengan menggunakan metode dikelas dan bimbingan di ruangan. Pelaksanaan pelatihan supervisi dan komunikasi berdasarkan rancangan yang tersebut dalam tabel 4.2 sebagai berikut :

Tabel 4.2

Jadwal pelatihan dan bimbingan pada kepala ruangan pada bulan April tahun 2008

	Kepala Ruangan	Pelatihan Dikelas			Kegiatan Bimbingan Supervisi				
	21	22	23	24	25	26	27	29	

Kelompok Ruangan A	WKA	√	√	√	√	√	√	√	√	√
	WKB	√	√	√	√	√	√	√	√	√
	WKC	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Kelompok Ruangan B	WKD	√	√	-	√	-	√	-	√	√
	Melati	√	√	-	√	-	√	-	√	√
	PICU/NICU	√	√	-	√	-	√	-	√	√
Kelompok ruangan C	Mawar	√	√	-	-	-	-	-	-	-
	Intensif	√	√	-	-	-	-	-	-	-
ODC	√	√	-	-	-	-	-	-	-	-

Peserta pelatihan adalah kepala ruangan rawat inap sebanyak 9 orang. Pelatihan di kelas berupa pemberian materi supervisi dan komunikasi dengan metode ceramah, diskusi dan *role play*. Pelatihan dikelas dilakukan selama 2 hari pada tanggal 21-22 April 2008. Bimbingan supervisi dan komunikasi dilakukan di ruangan sebelum kepala ruangan melaksanakan supervisi mandiri. Peneliti membimbing saat kepala ruangan melakukan supervisi pada perawat pelaksana. (Pedoman pelatihan dan bimbingan secara rinci dapat dilihat pada lampiran)

Bimbingan pada kepala ruangan kelompok A sebanyak 6 kali. Pada kelompok ini bimbingan tidak berjalan seperti dalam jadwal karena kepala ruangan WKC, tidak ada ditempat saat bimbingan sehingga tertunda sampai tanggal 30 April 2008. Bimbingan pada kepala ruangan kelompok B berjalan sesuai jadwal yang ditetapkan yaitu 3 x bimbingan dengan cara selang satu hari. Kelompok C tidak diberikan bimbingan. Kepala ruangan yang sudah mendapat pelatihan melaksanakan supervisi pada perawat pelaksana yang menjadi tanggung jawabnya seperti dalam tabel 4.3.

Tabel 4.3
Jumlah Perawat yang disupervisi kepala ruangan yang sudah dilatih

Kelompok	Kepala Ruangan	Jumlah Perawat disupervisi
Kelompok A	WKA	10
	WKB	11
	WKC	9
Kelompok B	WKD	10
	Melati	8
	Picu/Nicu	12
Kelompok C	Mawar	12
	Intensif	13
	ODC	6

Proses supervisi mandiri dilakukan setelah proses bimbingan kepala ruangan selesai. Supervisi mandiri dilakukan selama 2 minggu dengan masing – masing perawat pelaksana yang terpilih menjadi sampel dilakukan supervisi sebanyak 1. Kepala ruangan melakukan supervisi secara terjadwal mulai tanggal 1 -18 Mei 2008.

Hasil pelatihan didapatkan rata-rata nilai post test kognitif 84.22 (A: 87.17, B: 83.50, C: 82.00). Hasil *self assessment* pelaksanaan supervisi sebelum pelatihan rata-rata 62.55 dan sesudah adalah 87.22 (A: 88.33, B: 88.00, C: 85.33).

Peneliti mencoba mengobservasi 1 kali supervisi didapatkan rata-rata nilai supervisi 9 kepala ruangan 80 (A: 82.22, B: 80.00, C: 77.78).

c. *Post Test* (pengambilan data kinerja setelah kepala ruangan diberi pelatihan)

Data kinerja post test diambil dengan mengobservasi kinerja pendokumentasian asuhan keperawatan dalam format pendokumentasian yang dikerjakan perawat

pelaksana setelah disupervisi oleh kepala ruangan yang sudah mendapat pelatihan supervisi dan komunikasi. Masing-masing perawat diobservasi sebanyak 1 dokumen. Hal ini karena keterbatasan waktu dan jumlah dokumentasi yang dikerjakan perawat. Observasi dikerjakan sendiri oleh peneliti mulai tanggal 18 Mei – 7 Juni 2008.

G. Pengolahan data

Data yang telah dikumpulkan diolah dan disajikan dengan menggunakan tabel. Tahapan kegiatan yang dilakukan dalam pengolahan data adalah sebagai berikut:

1. *Editing*, dilakukan untuk mencermati kelengkapan pengisian, kesalahan pengisian atau jawaban yang belum terisi, kejelasan dan kesesuaian jawaban pertanyaan responden dari setiap pernyataan agar dapat diolah dengan baik.
2. *Coding*, Jawaban pada setiap pertanyaan diberi kode sesuai dengan petunjuk koding. Semua jawaban dikonversi ke dalam angka, sehingga memudahkan dalam pengolahan data selanjutnya.
3. *Scoring*, memberi skor atau nilai pada format isian. Skoring dilakukan untuk memudahkan proses analisis data dengan memberi skor/nilai ada setiap jawaban.
4. *Entry data*, setelah selesai diberi kode dan skor, data dimasukkan ke dalam komputer dengan menggunakan alat bantu komputer yang sesuai.
5. *Cleaning data* pembersihan data merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah dimasukkan apakah ada kesalahan atau tidak, sehingga data siap dianalisis.

H. Analisis Data

Analisis data yang digunakan dalam penelitian ini meliputi analisis univariat dan bivariat dan multivariat :

1. Analisis univariat

Analisis univariat berupa analisis persentase yang dilakukan terhadap tiap-tiap variabel penelitian untuk melihat distribusi frekuensi dan hasil statistik deskriptif. Analisis univariat dapat meliputi rata-rata hitung, median, standar deviasi dan minimal-maksimal dan konviden interval masing variabel penelitian (Supriyanto, 2007).

Analisis diskriptif dilakukan pada variabel karakteristik responden dan kinerja pendokumentasian sebelum dan sesudah mendapat intervensi. Karakteristik responden yang terdiri dari umur, pendidikan, jenis kelamin, status pekerjaan dan , masa kerja dilakukan analisis diskriptif berdasarkan kelompok datanya. Umur, masa kerja dianalisis diskriptif dengan melihat mean, standar deviasi, nilai minimal maksimal dan *confident interval*. Jenis kelamin dan status perkawinan berupa persentase. Variabel kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian dianalisis diskriptif dengan melihat *mean*, standar deviasi, nilai minimal maksimal dan *confident interval*.

2. Analisis Bivariat

Analisis bivariat adalah analisis untuk menguji hubungan antara dua variabel. Pemilihan uji statistika yang akan digunakan untuk melakukan analisis didasarkan pada

skala data, jumlah populasi/sampel dan jumlah variabel yang diteliti (Supriyanto, 2007). Sebelum Analisis dilakukan uji kesetaraan. Uji Kesetaraan dengan menggunakan uji beda 2 Mean yaitu *One Way Anova* . Perbedaan kinerja perawat sebelum dan sesudah intervensi dianalisis dengan uji beda 2 mean yaitu *t test dependent*. Perbedaan kinerja masing-masing kelompok dengan uji beda 2 Mean yaitu *One Way Anova*. Tingkat kemaknaan dalam uji statistik digunakan 95% ($\alpha = 0,05$). Jenis Uji statistik yang digunakan dalam analisis bivariat seperti tercantum dalam tabel 4.5.

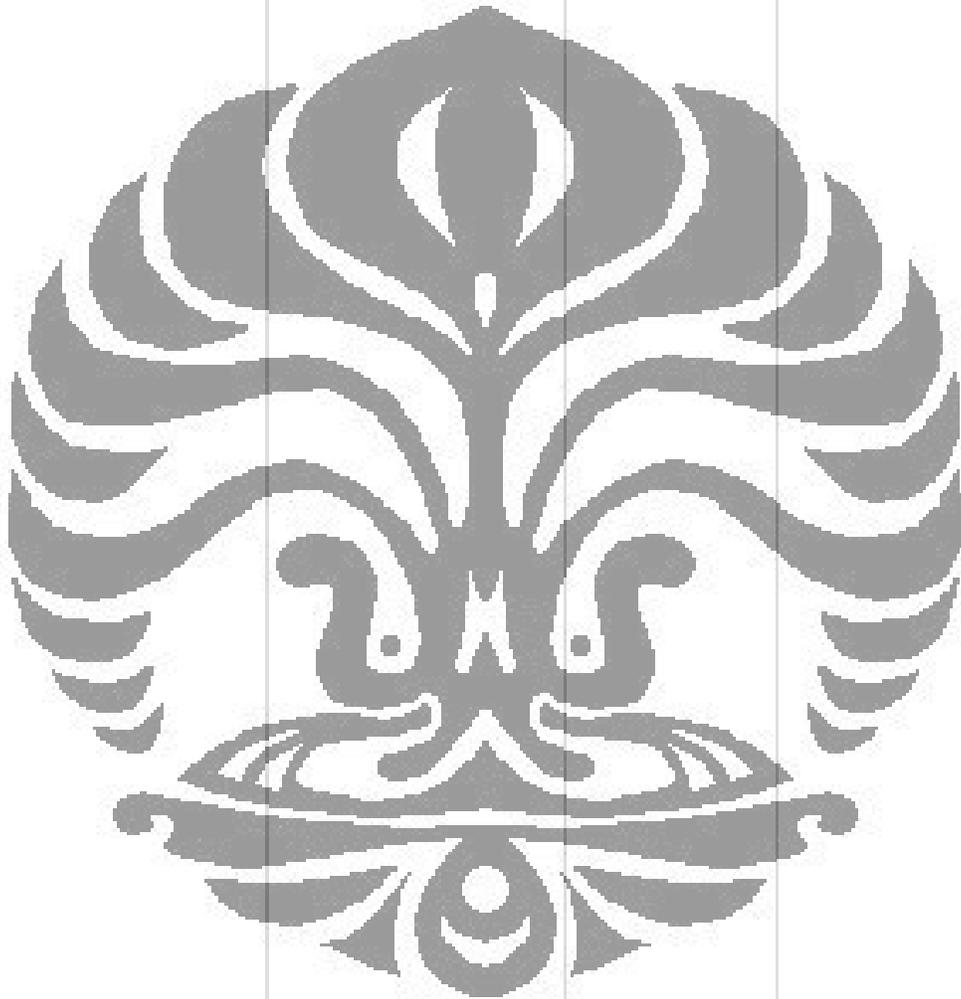
Tabel 4.5

Uji statistik bivariat pengaruh pelatihan supervisi dan komunikasi manajer ruangan dengan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan.

No	Analisis	Pre Test	Post Test	Uji statistik
1	Kesetaraan	Umur Kelompok A, B, C	-	<i>One Way Anova</i>
		Masa kerja Kelompok A, B, C	-	<i>One Way Anova</i>
		Jenis Kelamin Kelompok A, B, C	-	<i>One Way Anova</i>
		Status perkawinan Kelompok A, B, C	-	<i>One Way Anova</i>
		Kinerja perawat pelaksana	-	<i>One Way Anova</i>
2	Perbedaan Kinerja Perawat Pelaksana dalam pendokumentasian	Kelompok A	Kelompok A	<i>t-test dependen</i>
		Kelompok B	Kelompok B	<i>t-test dependen</i>
		Kelompok ABC	Kelompok ABC	
		Kelompok ABC	Kelompok ABC	<i>One Way Anova</i>
3	Hubungan Karakteristik dengan kinerja perawat pelaksana		Umur dan masa kerja – kinerja	<i>Correlations</i>

Jenis kelamin
dan status
pernikhan –
kinerja

*t-test
independeni*



3. Multivariat

Analisis multivariat merupakan bentuk analisis yang digunakan untuk melakukan analisis hubungan lebih dari dua variabel. Analisis multivariat pada penelitian ini digunakan untuk menganalisis hubungan antara karakteristik responden (umur, jenis kelamin, status perkawinan, lama kerja) dengan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. Analisis multivariat yang digunakan adalah regresi linier berganda, yaitu suatu pendekatan model matematis yang digunakan untuk menganalisis hubungan satu atau beberapa variabel independen dengan sebuah variabel dependen yang memiliki skala data numerik (Sabri & Sutanto, 2006).

Langkah-langkah analisis multivariat regresi linear ganda adalah sebagai berikut:

1. Melakukan pemodelan bivariat

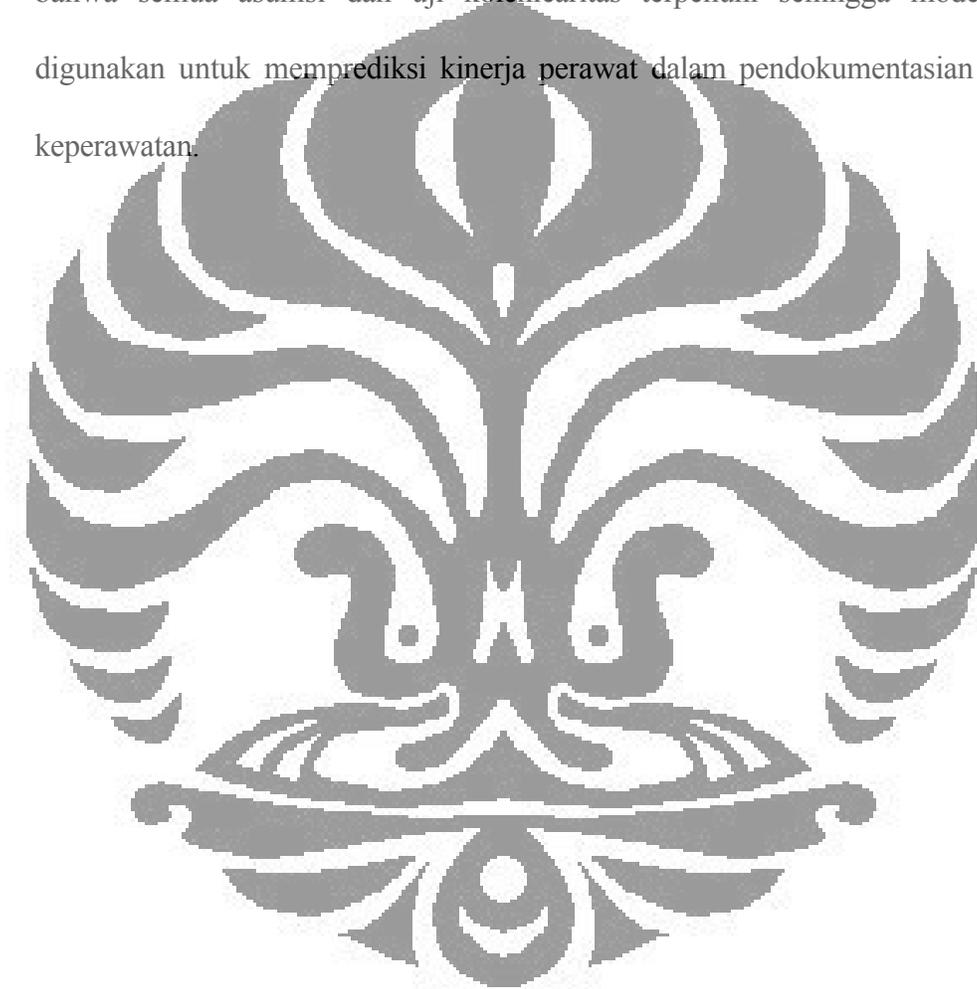
Melakukan seleksi variabel independen dengan variabel dependen. Variabel umur, masa kerja, hasil *self asesment* supervisi dan kinerja *pre-test* dengan kinerja *pot test* menggunakan uji korelasi, sedangkan variabel jenis kelamin, status perkawinan dan kelompok dengan kinerja *post test* dengan uji *t independent test*.

2. Melakukan pemodelan multivariat

Hasil pemodelan bivariat didapatkan variabel *self asesment* supervisi harus dikeluarkan dari pemodelan multivariat. Variabel yang masuk dalam pemodelan yaitu : umur, jenis kelamin, status perkawinan, masa kerja, kinerja pre test, kelompok dengan bimbingan 6 kali dan 3 kali.

3. Uji Asumsi

Hasil uji asumsi yang terdiri dari uji asumsi eksistensi, asumsi independensi, asumsi linearitas, asumsi homoscedascity, asumsi normalitas serta diagnostik multicollinearitas dinyatakan bahwa Hasil uji asumsi dan kolinearitas menunjukkan bahwa semua asumsi dan uji koleniaritas terpenuhi sehingga model dapat digunakan untuk memprediksi kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan.



BAB V
HASIL PENELITIAN

Bab ini menyajikan hasil analisis dan interpretasi data penelitian dengan menggunakan uji statistik univariat, bivariat dan multivariat. Penyajian berdasarkan kelompok intervensi yaitu kelompok A adalah kelompok perawat pelaksana yang disupervisi kepala ruangan yang mendapat pelatihan dengan bimbingan 6 kali. Kelompok B adalah perawat pelaksana yang disupervisi kepala ruangan mendapat pelatihan dengan bimbingan 3 kali dan C adalah perawat pelaksana yang disupervisi kepala ruangan yang mendapat pelatihan tanpa bimbingan.

A. Karakteristik perawat pelaksana

Variabel karakteristik perawat pelaksana yang terdiri dari umur, masa kerja, jenis kelamin dan status perkawinan dilakukan analisis univariat dan kesetaraan.

1. Karakteristik perawat pelaksana menurut umur dan masa kerja

Hasil analisis univariat berupa mean, standar deviasi, minimal maksimal, CI 95 % dan persentase.

Tabel 5.1

Rata-rata umur dan masa kerja perawat pelaksana di RSUD Dr. Soedono Madiun
Bulan April – Mei tahun 2008

Dimensi	Kelompok	N	Mean	SD	Minimal – maksimal	(95% CI)
Umur	A	30	30.33	3.92	23 – 38	28.87 – 31.80
	B	30	31.63	5.36	24 – 42	29.63 – 33.64

	C	31	30.52	5.37	22 – 40	28.55 – 32.49
Masa Kerja	A	30	5.97	3.27	1 – 12	4.74 – 7.19
	B	30	7.43	4.72	1 – 22	5.67 – 9.19
	C	31	7.26	4.70	1 – 17	5.53 – 8.98

Rata-rata umur perawat pelaksana pada kelompok A adalah 30,33 tahun dengan standar deviasi 3.92 tahun serta umur termuda 23 tahun dan umur tertua 38 tahun.

Rata-rata umur perawat pelaksana pada kelompok B adalah 31,63 tahun dengan standar deviasi 5.36 tahun serta umur termuda 24 ahun dan umur tertua 42 tahun.

Rata-rata umur perawat pelaksana pada kelompok C adalah 30,52 tahun dengan standar deviasi 5.37 tahun serta umur termuda 24 ahun dan umur tertua 42 tahun.

Hasil estimasi interval disimpulkan bahwa diyakini 95% bahwa rata-rata umur perawat kelompok A adalah 28.87 - 31.80 tahun, rata-rata umur perawat kelompok B 29.63 - 33.64 tahun dan rata-rata umur perawat kelompok C 28.55 - 32.49 tahun.

Rata-rata masa kerja perawat pelaksana pada kelompok A adalah 5.97 tahun dengan standar deviasi 3.27 tahun serta masa kerja termuda 4.74 tahun dan masa kerja terlama 7.19 tahun.

Rata-rata masa kerja perawat pelaksana pada kelompok B adalah 7,43 tahun dengan standar deviasi 4.72 tahun serta masa kerja termuda 5.67 tahun dan masa kerja terlama 8.98 tahun.

Rata-rata masa kerja perawat pelaksana pada kelompok C adalah 7,26 tahun dengan standar deviasi 4.70 tahun serta masa kerja termuda 5.53 tahun dan masa kerja terlama 9.19 tahun.

Hasil estimasi disimpulkan bahwa rata-rata perawat kelompok A adalah mempunyai masa kerja 1 - 12 tahun, rata-

rata masa kerja perawat kelompok B adalah 1 - 22 tahun dan rata-rata masa kerja perawat kelompok C adalah 1 - 17 tahun.

2. Karakteristik perawat pelaksana menurut jenis kelamin dan status pernikahan

Hasil analisis univariat jenis kelamin dan status pernikahan berupa persentase.

Tabel 5.2

Distribusi perawat pelaksana menurut jenis kelamin dan status pernikahan di RSUD Dr Soedono Madiun bulan April – Mei tahun 2008

Variabel		Kelompok						TOTAL	
		A		B		C		N	%
		N	%	N	%	n	%		
Jenis Kelamin	Laki	14	47	10	33	13	42	37	40.66
	Perempuan	16	53	20	67	18	58	54	59.34
Status Nikah	Belum nikah	9	30	8	26.67	7	22.5	24	26.37
	Nikah	21	70	22	73.33	24	77.4	67	73.63

Distribusi jenis kelamin perawat pelaksana kelompok A, B dan C lebih banyak perempuan. Perawat pelaksana yang berjenis kelamin perempuan pada kelompok A 53 %, kelompok B 67 %, kelompok C sebanyak 58 %. Distribusi status pernikahan perawat pelaksana kelompok A, B dan C lebih banyak perawat pelaksana yang sudah kawin. Perawat pelaksana yang sudah kawin pada kelompok A sebanyak 70 %, kelompok B sebanyak 73.33 % dan kelompok C sebanyak 77.42 % orang.

3. Kesetaraan umur dan masa kerja perawat pelaksana

Kesetaraan karakteristik perawat pelaksana dianalisis dengan uji statistik *One Way*

Anova dengan hasil Mean, standar deviasi, standar eror dan *p value*.

Tabel : 5.3

Analisis kesetaraan umur dan masa kerja perawat di RSUD Dr. Soedono Madiun bulan April – Mei tahun 2008

Variabel	Kelompok	N	Mean	SD	SE	Nilai p
Umur	A	30	30.33	3.92	0.72	0.545
	B	30	31.63	5.36	0.98	
	C	31	30.52	5.37	0.96	
Masa Kerja	A	30	5.97	3.27	0.59	0.355
	B	30	7.43	4.72	0.86	
	C	31	7.26	4.70	0.84	

Tabel 5.3 adalah hasil uji kesetaraan dengan menggunakan uji anova didapatkan umur ($p= 0.545$) > (0.05), dan *p* masa kerja ($p=0.355$) > (0.05), yang menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna rata-rata umur dan masa kerja perawat pelaksana antara kelompok A, B dan C.

4. Kesetaraan Jenis Kelamin dan status pernikahan

Kesetaraan jenis kelamin dan status pernikahan perawat pelaksana dianalisis dengan uji statistik *Chi Square* dengan hasil persentase dan *p value*.

Tabel 5.4

Kesetaraan jenis kelamin dan status pernikahan perawat pelaksana di RSUD Dr Soedono Madiun bulan April – Mei tahun 2008

Variabel		Kelompok						TOTAL		<i>p</i>
		A		B		C		N	%	
		N	%	N	%	n	%			
Jenis Kelamin	Laki	14	47	10	33	13	42	37	40.66	0.566
	Perempuan	16	53	20	67	18	58	54	59.34	
Status Pernikahan	Belum menikah	9	30	8	26.67	7	22.58	24	26.37	0.805
	Nikah	21	70	22	73.33	24	77.42	67	73.63	

Tabel 5.4 adalah hasil uji kesetaraan jenis kelamin dan status pernikahan dengan uji *Chi Square* didapatkan p jenis kelamin ($p=0.566$) $>$ (0.05), dan p status pernikahan ($p=0.805$) $>$ (0.05) yang artinya tidak terdapat perbedaan yang bermakna persentase jenis kelamin dan status pernikahan pada kelompok A, B dan C.

B. Kinerja Perawat Pelaksana Dalam Pendokumentasian Asuhan keperawatan

1. Kinerja Perawat Pelaksana Dalam Pendokumentasian sebelum intervensi

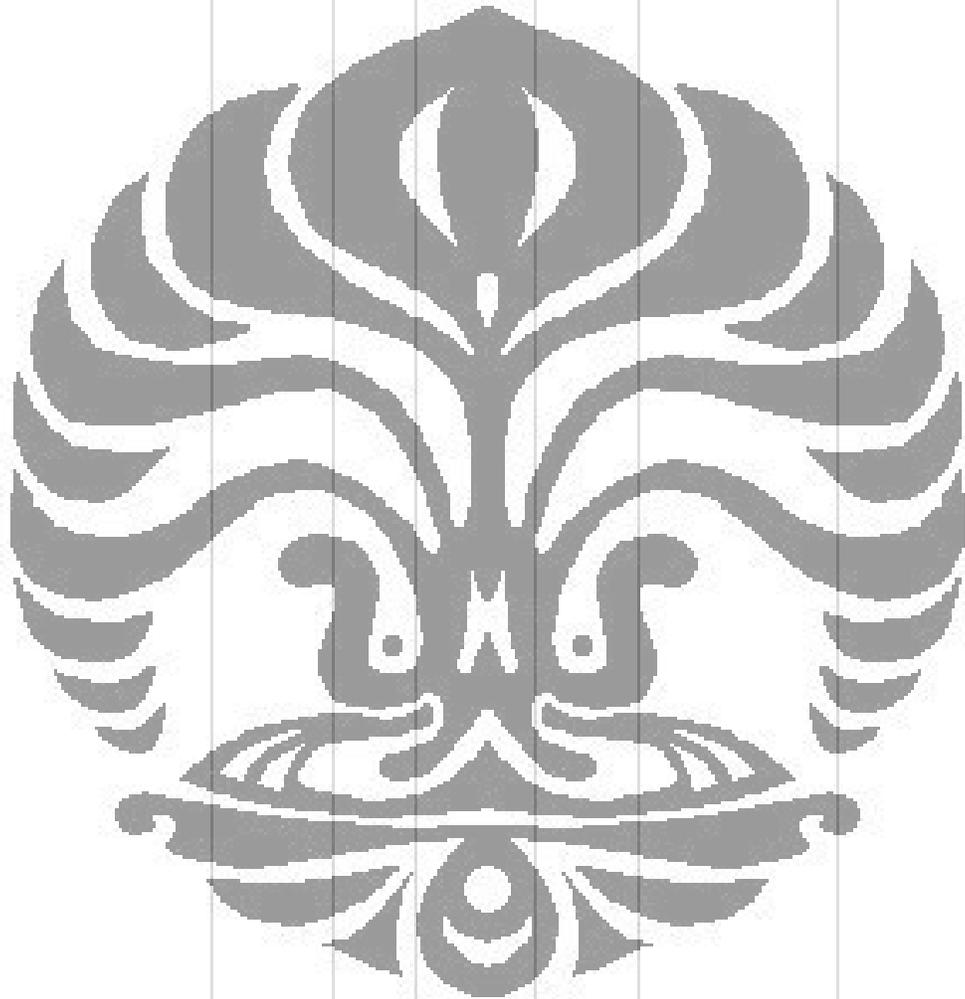
Kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian dijelaskan dari semua variabel pendokumentasian asuhan keperawatan sebagai berikut dalam tabel 5.5

Tabel 5.5

Rata – rata kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian sebelum disupervisi kepala ruangan yang dilatih di RSUD Dr Soedono Madiun bulan April tahun 2008

No	Pendokumen-tasian	Kelompok	N	Mean	SD	Minimal – maksimal	(95% CI)
1	Pengkajian	A	30	73.54	7.82	62.50 87.50	70.62 - 76.46
		B	30	76.04	7.54	62.50 87.50	73.22 - 78.85
		C	31	74.39	9.04	56.25 93.75	71.08 - 77.71
2	Diagnosa Keperawatan	A	30	80.83	14.2	50.00 – 100	75.53 - 86.14
		B	30	82.50	14.90	50.00 – 100	76.94 - 88.06
		C	31	77.15	17.99	41.67 – 100	70.555 - 83.75
3	Perencanaan	A	30	70.55	9.085	58.33 – 91.67	67.16 - 73.95
		B	30	69.44	9.177	58.33 – 91.67	66.02 - 72.87
		C	31	72.71	8.99	58.33 – 91.67	69.42 - 76.01
4	Tindakan Keperawatan	A	30	60.42	17.85	37.50- 93.75	53.75 - 67.08
		B	30	58.12	16.34	37.50- 93.75	52.02 - 64.23
		C	31	53.83	11.26	37.50- 81.25	49.70 - 57.96
5	Evaluasi	A	30	65.42	11.22	50.00 87.50	61.23 - 69.61
		B	30	65.42	11.69	50.00 87.50	61.05 - 69.78
		C	31	66.13	14.50	37.5 – 100	60.81- 71.45
6	Pencatatan	A	30	67.33	7.51	55.00 - 85.00	64.53 - 70.13

	B	30	68.50	8.52	50.00 – 85.00	65.32 - 71.69
	C	31	67.42	9.02	50.00 - 85.00	64.11 - 70.73



7	Kinerja Pendokumentasian	A	30	69.55	7.29	54.17 - 82.29	66.83 - 72.27
		B	30	69.76	6.87	56.25 - 82.29	67.19 - 72.32
		C	31	68.75	6.50	56.25 - 80.21	66.36 - 71.14

Rata-rata nilai kinerja pendokumentasian pengkajian sebelum intervensi pada kelompok A adalah 73.54 dengan standar deviasi 7.82. Nilai terendah adalah 62.50 dan nilai tertinggi 87.50. Rata-rata nilai kinerja pengkajian pada kelompok B adalah 76.04 dengan standar deviasi 7.54. Nilai terendah adalah 62.50 serta nilai tertinggi 87.50. Rata-rata nilai kinerja pengkajian pada kelompok C adalah 74.39 dengan standar deviasi 9.04. Nilai terendah terendah 56.25 serta nilai tertinggi 93.75. Hasil Estimasi interval diyakini 95% bahwa rata-rata skor kinerja kelompok A sebelum intervensi adalah 70.62 - 76.46, kelompok B adalah 73.22 - 78.85, kelompok C adalah 71.08 - 77.71.

Rata-rata nilai kinerja pendokumentasian diagnosa keperawatan pada kelompok A sebelum intervensi adalah 80.83 dengan standar deviasi 14.2. Nilai terendah kelompok A adalah 50.00 dan nilai tertinggi 100.00. Rata-rata nilai kinerja diagnosa keperawatan pada kelompok B adalah 82.50 dengan standar deviasi 14.90. Nilai terendah kelompok 50.00 dan nilai tertinggi 100.00. Rata-rata nilai kinerja diagnosa keperawatan pada kelompok C adalah 77.15 dengan standar deviasi 17.99. Nilai diagnosa keperawatan terendah terendah 41.67 serta nilai tertinggi 100. Hasil estimasi interval diyakini 95% rata-rata nilai kinerja pada kelompok A sebelum intervensi adalah 75.53 - 86.14, perawat kelompok B adalah 76.94 - 88.06, perawat kelompok C adalah 70.55 - 83.75.

Rata-rata nilai kinerja pendokumentasian perencanaan pada kelompok A sebelum

intervensi adalah 70.55 dengan standar deviasi 9.085 Nilai perencanaan terendah adalah 58.33 dan nilai tertinggi 91.67. Rata-rata nilai kinerja pendokumentasian perencanaan pada kelompok B adalah 69.44 dengan standar deviasi 9.177. Nilai perencanaan terendah 58.33 serta nilai tertinggi 91.67. Rata-rata nilai kinerja pendokumentasian perencanaan pada kelompok C adalah 72.71 dengan standar deviasi 8.99. Nilai perencanaan terendah 58.33 serta nilai tertinggi 91.67. Hasil estimasi interval disimpulkan bahwa diyakini 95% bahwa rata-rata nilai kinerja pendokumentasian perencanaan kelompok A sebelum intervensi adalah 67.16 - 73.95, perawat kelompok B adalah 66.02 - 72.87, perawat kelompok C adalah 69.42 - 76.01.

Rata-rata nilai kinerja pendokumentasian tindakan pada kelompok A sebelum intervensi adalah 60.42 dengan standar deviasi 17.8. Nilai tindakan terendah adalah 37.50 dan nilai tertinggi 93.75. Rata-rata nilai kinerja pendokumentasian tindakan keperawatan pada kelompok B adalah 58.12 dengan standar deviasi 16.34. Nilai terendah kelompok 37.50 serta nilai tertinggi 93.75. Rata-rata nilai kinerja tindakan keperawatan pada kelompok C adalah 53.83 dengan standar deviasi 11.26. Nilai tindakan keperawatan terendah 37.50 serta nilai tertinggi 8.25. Hasil estimasi interval disimpulkan bahwa diyakini 95% bahwa rata-rata nilai kinerja pendokumentasian tindakan keperawatan kelompok A sebelum intervensi adalah 53.75 - 67.08, perawat kelompok B adalah 52.02 - 64.23, perawat kelompok C adalah 49.70 - 57.96.

Rata-rata nilai kinerja pendokumentasian evaluasi pada kelompok A sebelum intervensi

adalah 65.42 dengan standar deviasi 11.22. Nilai evaluasi terendah kelompok A adalah 50 dan nilai tertinggi 87.5 . Rata-rata nilai kinerja pendokumentasian evaluasi pada kelompok B adalah 65.42 dengan standar deviasi 11.69. Nilai evaluasi terendah kelompok 50.00serta nilai tertinggi 87.50. Rata-rata nilai kinerja pendokumentasian evaluasi pada kelompok C adalah 66.13 dengan standar deviasi 14.50. Nilai evaluasi terendah terendah 37.5 serta nilai tertinggi 100. Hasil estimasi interval disimpulkan bahwa diyakini 95% bahwa rata-rata nilai kinerja pendokumentasian (evaluasi keperawatan) kelompok A sebelum intervensi adalah 61.23 - 69.61, perawat kelompok B adalah 61.05 - 69.78, perawat kelompok C adalah 60.81 - 71.45.

Rata-rata nilai kinerja pendokumentasian (pencatatan) pada kelompok A sebelum intervensi adalah 67.33 dengan standar deviasi 7.512. Nilai terendah kelompok A adalah 55.00 dan nilai tertinggi 85.00. Rata-rata nilai kinerja pendokumentasian pencatatan keperawatan perawat pada kelompok B adalah 68.50 dengan standar deviasi 8.52. Nilai terendah kelompok 50.00 serta nilai tertinggi 85.00. Rata-rata nilai kinerja perawat pelaksana dalam pencatatan pada kelompok C adalah 67.42 dengan standar deviasi 9.02. Nilai pencatatan terendah terendah 50.00serta nilai tertinggi 85.00. Hasil estimasi interval diyakini 95% rata-rata nilai kinerja perawat pelaksana dalam pencatatan pada kelompok A sebelum intervensi adalah 64.53 - 70.13, perawat kelompok B adalah 65.32 - 71.69 , perawat kelompok C adalah 64.11 - 70.73.

Rata-rata nilai kinerja pendokumentasian asuhan keperawatan perawat pada kelompok A sebelum intervensi adalah 69.55 dengan standar deviasi 7.28. Nilai kinerja terendah

kelompok A adalah 54.17 dan nilai tertinggi 82.29. Rata-rata nilai kinerja pendokumentasian asuhan keperawatan perawat pada kelompok B adalah 69.76 dengan standar deviasi 6.87. Nilai kinerja terendah kelompok 56.25 serta nilai tertinggi 82.29. Rata-rata nilai kinerja pendokumentasian asuhan keperawatan perawat pada kelompok C adalah 68.75 dengan standar deviasi 6.5. Nilai kinerja pendokumentasian terendah terendah 56.25 serta nilai tertinggi 80.21. Hasil estimasi interval diyakini 95% bahwa rata-rata nilai kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian pada kelompok A sebelum intervensi adalah 66.83 - 72.27, perawat kelompok B adalah 67.19 - 73.32, perawat kelompok C adalah 66.36 - 71.14.

2. Kesetaraan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian sebelum intervensi

Analisis kesetaraan kinerja menggunakan uji statistik *One Way Anova* dibawah ini:

Tabel 5.6

Analisis Kesetaraan kinerja perawat pelaksana sebelum intervensi di RSUD Dr Soedono Madiun bulan April – Mei tahun 2008

Kelompok	N	Mean	SD	SE	Nilai p
A	30	69.55	7.29	1.33	0.834
B	30	69.76	6.87	1.26	
C	31	68.75	6.51	1.17	

Tabel 5.6 menunjukkan hasil uji kesetaraan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian sebelum intervensi dengan nilai $p = 0.834 > (0.05)$ artinya tidak ada perbedaan rata-rata kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian pada kelompok A, B dan C sebelum disupervisi kepala ruangan yang sudah dilatih.

3. Kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian setelah mendapat intervensi

Tabel 5.7

Rata-rata kinerja perawat pelaksana pendokumentasian setelah intervensi di RSUD Dr Soedono Madiun Apri 2008

No	Pendokumen-tasian	Kelompok	N	Mean	SD	Minimal – maksimal	(95% CI)
1	Pengkajian	A	30	82.50	9.48	68.75 - 93.75	78.96-86.04
		B	30	79.37	6.80	68.75 - 93.75	76.84 -81.91
		C	31	78.02	6.43	68.75 - 93.75	75.67 - 80.38
2	Diagnosa Keperawatan	A	30	91.67	10.72	75.00 - 100.00	87.66- 95.67
		B	30	93.89	8.73	75.00 - 100.00	90.62- 97.15
		C	31	90.46	10.93	75.00 - 100.00	86.45- 94.46
3	Perencanaan	A	30	75.42	9.62	62.50 - 91.67	71.82- 79.01
		B	30	77.36	8.73	62.50 - 91.67	74.10- 80.62
		C	31	76.02	6.20	66.67 - 87.50	73.73-78.28
4	Tindakan Keperawatan	A	30	76.46	14.83	50.00 - 93.75	70.92-82.00
		B	30	77.92	13.80	50.00 - 100.00	72.76- 83.07
		C	31	68.75	10.70	50.00 - 93.75	64.82- 72.67
5	Evaluasi	A	30	83.54	9.35	75.00 - 100.00	80.05- 87.03
		B	30	84.58	12.14	62.50 - 100.00	80.05- 89.12
		C	31	79.43	9.97	62.50 - 100.00	75.78- 83.09
6	Pencatatan	A	30	82.08	9.10	60.00 - 95.00	78.68- 85.48
		B	30	79.83	7.02	70.00 - 95.00	77.23- 82.45
		C	31	75.48	5.22	65.00 - 85.00	73.57- 77.40
7	Kinerja Pendokumen-tasian	A	30	80.87	6.90	68.75 - 92.71	78.29 - 83.45
		B	30	80.97	5.55	69.79- 91.67	78.90 - 83.04
		C	31	77.25	4.14	66.67-82.29	75.73 - 78.77

Rata-rata nilai kinerja perawat pelaksana pendokumentasian pengkajian setelah intervensi pada kelompok A adalah 82.50 dengan standar deviasi 9.48. Nilai terendah adalah 68.75 dan tertinggi 93.75. Rata-rata nilai kinerja pengkajian pada kelompok B adalah 79.37 dengan standar deviasi 6.80 Nilai terendah adalah 68.75 serta tertinggi 93.75. Rata-

rata nilai kinerja pengkajian pada kelompok C adalah 78.02 dengan standar deviasi 6.43. Nilai terendah 68.75 serta tertinggi 93.75. Hasil Estimasi interval diyakini 95% bahwa rata-rata nilai kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian pengkajian kelompok A setelah intervensi adalah 78.96 - 86.04, kelompok B 76.84 - 81.91, kelompok C 75.67 - 80.38.

Rata-rata nilai kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian diagnosa keperawatan pada kelompok A setelah intervensi adalah 91.67 dengan standar deviasi 10.72. Nilai kinerja terendah adalah 75.00 dan nilai tertinggi 100.00. Rata-rata nilai kinerja diagnosa keperawatan pada kelompok B adalah 93.89 dengan standar deviasi 8.73. Nilai kinerja terendah kelompok 75.00 dan nilai tertinggi 100.00. Rata-rata nilai kinerja pada kelompok C adalah 90.46 dengan standar deviasi 10.93. Nilai kinerja terendah 75.00 dan nilai tertinggi 100.00. Hasil estimasi interval diyakini 95% bahwa rata-rata nilai kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian diagnosa keperawatan pada kelompok A setelah intervensi adalah 87.66 - 95.67, perawat kelompok B adalah 90.62 - 97.15, perawat kelompok C adalah 86.45 - 94.46

Rata-rata nilai kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian perencanaan pada kelompok A setelah intervensi adalah 75.42 dengan standar deviasi 9.62. Nilai terendah kelompok A adalah 62.50 dan tertinggi 91.67. Rata-rata pada kelompok B adalah 77.36 dengan standar deviasi 8.73. Nilai terendah 62.50 serta tertinggi 91.6. Rata-rata nilai kinerja pendokumentasian perencanaan pada kelompok C adalah 76.02 dengan standar deviasi 6.20. Nilai terendah 62.50 serta tertinggi 91.60. Hasil estimasi interval diyakini

95% rata-rata nilai kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian perencanaan kelompok A setelah intervensi adalah 71.82 - 79.01, perawat kelompok B adalah 74.10 - 80.62, perawat kelompok C adalah 73.73 - 78.28

Rata-rata nilai kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian tindakan pada kelompok A setelah intervensi adalah 76.46 dengan standar deviasi 14.83. Nilai terendah adalah 50.00 dan nilai tertinggi 93.75. Rata-rata nilai kinerja pendokumentasian tindakan keperawatan perawat pada kelompok B adalah 77.92 dengan standar deviasi 13.8. Nilai terendah 50.00 serta nilai tertinggi 100.00. Rata-rata nilai kinerja tindakan keperawatan perawat pada kelompok C adalah 68.75 dengan standar deviasi 10.70. Nilai terendah 50.00 serta nilai tertinggi 93.75. Hasil estimasi interval diyakini 95% bahwa rata-rata nilai kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian tindakan kelompok A setelah intervensi adalah 70.92 - 82.00, perawat kelompok B adalah 72.76 - 83.07, perawat kelompok C adalah 64.82 - 72.67.

Rata-rata nilai kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian evaluasi pada kelompok A setelah intervensi adalah 83.54 dengan standar deviasi 9.35. Nilai terendah adalah 75.00 dan nilai tertinggi 100.00. Rata-rata pada kelompok B adalah 84.58 dengan standar deviasi 12.14. Nilai terendah 62.50 serta nilai tertinggi 100.00. Rata-rata nilai kinerja pendokumentasian evaluasi pada kelompok C adalah 79.43 dengan standar deviasi 9.97. Nilai terendah 62.50 serta nilai tertinggi 100.00. Hasil estimasi interval diyakini 95% bahwa rata-rata nilai kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian evaluasi

keperawatan kelompok A setelah adalah 80.05 - 87.03, perawat kelompok B adalah 80.05 - 89.12, perawat kelompok C adalah 75.78 - 83.09.

Rata-rata nilai kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian pencatatan pada kelompok A setelah adalah 82.08 dengan standar deviasi 9.10 Nilai terendah adalah 60.00 dan nilai tertinggi 95.00. Rata-rata nilai kinerja pendokumentasian evaluasi keperawatan perawat pada kelompok B adalah 79.83 dengan standar deviasi 7.02. Nilai terendah kelompok 70.00 serta nilai tertinggi 95.00. Rata-rata nilai kinerja pencatatan keperawatan perawat pada kelompok C adalah 75.48 dengan standar deviasi 5.22 Nilai terendah 65.00 serta tertinggi 85.00. Hasil estimasi interval diyakini 95% bahwa rata-rata nilai kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian pencatatan pada kelompok A setelah intervensi adalah 78.68 - 85.48, perawat kelompok B adalah 77.23 - 82.45, perawat kelompok C adalah 73.57 - 77.40.

Rata-rata nilai kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan setelah intervensi pada kelompok A adalah 80.87 dengan standar deviasi 6.90. Nilai kinerja terendah kelompok A adalah 68.75 dan nilai tertinggi 92.71. Rata-rata nilai kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan pada kelompok B adalah 80.97 dengan standar deviasi 5.55. Nilai kinerja terendah kelompok 69.79 serta nilai tertinggi 92. Rata-rata nilai kinerja pendokumentasian asuhan keperawatan pada kelompok C adalah 77.25 dengan standar deviasi 4.14. Nilai kinerja pendokumentasian terendah terendah 66.67 serta nilai tertinggi 82.29. Hasil estimasi interval disimpulkan bahwa diyakini 95% bahwa rata-rata nilai kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian perawat

kelompok A setelah adalah 78.29 - 83.45, perawat kelompok B adalah 78.90 - 83.04, perawat kelompok C adalah 75.73 - 78.77.

4. Perbedaan Kinerja perawat dalam pendokumentasian sebelum dan sesudah disupervisi kepala ruangan yang dilatih

a. Perbedaan kinerja perawat pelaksana dalam sub variabel pendokumentasian

Hasil analisis dengan uji *t test dependen t* seperti dalam tabel 5.8.

Tabel 5.8

Analisis perbedaan kinerja perawat pelaksana dalam sub variabel pendokumentasian sebelum dan sesudah disupervisi oleh kepala ruangan yang dilatih di RSUD Dr Soedono Madiun bulan April – Juni tahun 2008

Variabel	Kelp	Intervensi	Mean	Beda Mean	Beda SD	P
Pengkajian	A	Sebelum	73.54	8.96	9.09	0.0005
		Sesudah	82.5			
	B	Sebelum	76.04	3.33	6.3	0.007
		Sesudah	79.38			
	C	Sebelum	74.4	3.63	7.18	0.009
		Sesudah	78.02			
Diagnosa	A	Sebelum	80.83	10.83	16.1	0.001
		Sesudah	91.67			
	B	Sebelum	82.5	11.39	13.75	0.0005
		Sesudah	93.89			
	C	Sebelum	77.15	13.31	17.16	0.0005
		Sesudah	90.46			
Rencana	A	Sebelum	70.56	4.86	7.01	0.001
		Sesudah	75.42			
	B	Sebelum	69.44	7.92	10.63	0.0005
		Sesudah	77.36			
	C	Sebelum	72.72	3.29	9.34	0.059
		Sesudah	76.01			
Tindakan	A	Sebelum	60.42	16.04	17.35	0.0005
		Sesudah	76.46			
	B	Sebelum	58.13	19.79	13.54	0.0005
		Sesudah	77.92			
	C	Sebelum	53.83	14.92	11.49	0.0005
		Sesudah	68.75			
Evaluasi	A	Sebelum	65.42	18.13	14.53	0.0005
		Sesudah	83.54			
	B	Sebelum	65.42	19.17	13.02	0.0005
		Sesudah	84.58			
	C	Sebelum	66.13	13.31	14.41	0.0005
		Sesudah	79.44			

Catatan	A	Sebelum	67.33	14.75	9.92	0.0005
		Sesudah	82.08			
	B	Sebelum	68.5	11.33	7.871	0.0005
		Sesudah	79.83			
	C	Sebelum	67.42	8.06	9.01	0.0005
		Sesudah	75.48			

Tabel 5.8 menunjukkan skor kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian pengkajian pada kelompok A meningkat sebesar 8.96. Hasil analisis menunjukkan ada peningkatan yang signifikan antara kinerja pendokumentasian pengkajian perawat pelaksana pada kelompok A sesudah disupervisi ($p \text{ Value} \leq 0.05$). Skor kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian pada kelompok B meningkat sebesar 3.33. Hasil analisis didapatkan bahwa ada peningkatan yang signifikan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian pengkajian pada kelompok B sesudah disupervisi ($p \text{ Value} \leq 0.05$). Skor kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian pada kelompok C meningkat sebesar 3.63. Hasil analisis didapatkan bahwa ada peningkatan yang signifikan antara kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian pengkajian pada kelompok C sesudah disupervisi ($p \text{ Value} \leq 0.05$).

Skor kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian diagnosa pada kelompok A meningkat sebesar 10.83. Hasil analisis menunjukkan ada peningkatan yang signifikan antara kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian diagnosa pada kelompok A sesudah disupervisi ($p \text{ Value} \leq 0.05$). Skor kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian pada kelompok B meningkat sebesar 11.39. Hasil analisis didapatkan bahwa ada peningkatan yang signifikan antara kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian diagnosa pada kelompok B sesudah disupervisi ($p \text{ Value} \leq 0.05$).

Skore kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian diagnosa pada kelompok C meningkat sebesar 13,31. Hasil analisis didapatkan bahwa ada peningkatan yang signifikan antara kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian diagnosa pada kelompok C sesudah disupervisi ($p \text{ Value} \leq 0.05$).

Skore kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian perencanaan pada kelompok A meningkat sebesar 4,86. Hasil analisis meunjukkan ada peningkatan yang signifikan antara kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian perencanaan pada kelompok A sesudah disupervisi ($p \text{ Value} \leq 0.05$). Skore kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian perencanaan pada kelompok B meningkat sebesar 7,92. Hasil analisis didapatkan bahwa ada peningkatan yang signifikan antara kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian perencanaan pada kelompok B sesudah disupervisi ($p \text{ Value} \leq 0.05$). Skore kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian perencanaan pada kelompok C meningkat sebesar 3,29. Hasil analisis didapatkan bahwa tidak ada peningkatan yang signifikan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian perencanaan pada kelompok C sesudah disupervisi ($p \text{ Value} \geq 0.05$).

Skore kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian tindakan pada kelompok A meningkat sebesar 16,04. Hasil analisis meunjukkan ada peningkatan yang signifikan antara kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian tindakan pada kelompok A sesudah disupervisi ($p \text{ Value} \leq 0.05$). Skore kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian tindakan pada kelompok B meningkat sebesar 19,79. Hasil analisis didapatkan bahwa ada peningkatan yang signifikan antara kinerja perawat pelaksana dalam

pendokumentasian tindakan pada kelompok B sesudah disupervisi ($p \text{ Value} \leq 0.05$).
Skore kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian tindakan pada kelompok C meningkat sebesar 14,92. Hasil analisis didapatkan bahwa ada peningkatan yang signifikan antara kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian tindakan pada kelompok C sesudah disupervisi ($p \text{ Value} \leq 0.05$).

Skore kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian evaluasi pada kelompok A meningkat sebesar 18,13. Hasil analisis menunjukkan ada peningkatan yang signifikan antara kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian evaluasi pada kelompok A sesudah disupervisi ($p \text{ Value} \leq 0.05$). Skore kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian evaluasi pada kelompok B meningkat sebesar 19,17. Hasil analisis didapatkan bahwa ada peningkatan yang signifikan antara kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian evaluasi pada kelompok B sesudah disupervisi ($p \text{ Value} \leq 0.05$). Skore kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian evaluasi pada kelompok C meningkat sebesar 13,31. Hasil analisis didapatkan bahwa ada peningkatan yang signifikan antara kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian evaluasi pada kelompok C sesudah disupervisi ($p \text{ Value} \leq 0.05$).

Skore kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian pencatatan pada kelompok A meningkat sebesar 14,75. Hasil analisis menunjukkan ada peningkatan yang signifikan antara kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian pencatatan pada kelompok A sesudah disupervisi ($p \text{ Value} \leq 0.05$). Skore kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian pencatatan pada kelompok B meningkat sebesar 11,33. Hasil analisis

didapatkan bahwa ada peningkatan yang signifikan antara kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian pencatatan pada kelompok B sesudah disupervisi ($p \text{ Value} \leq 0.05$).
 Skore kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian pencatatan pada kelompok C meningkat sebesar 8,06. Hasil analisis didapatkan bahwa ada peningkatan yang signifikan antara kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian pencatatan pada kelompok C sesudah disupervisi ($p \text{ Value} \leq 0.05$).

b. Perbedaan kinerja pendokumentasian sebelum dan sesudah disupervisi

Analisis menggunakan uji statistik *t test dependen* seperti dalam tabel 5.9.

Tabel 5.9

Analisis perbedaan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian sebelum dan sesudah disupervisi oleh kepala ruangan yang dilatih di RSUD Dr Soedono Madiun April – Juni tahun 2008

Kelompok	Variabel	Mean	Beda Mean	Beda SD	Nilai p
A	Sebelum	69.55			
	Sesudah	80.87	11.32	6.00	0,0005
B	Sebelum	69.76			
	Sesudah	80.97	11.22	5.69	0,0005
C	Sebelum	68.75			
	Sesudah	77.25	8.50	6.33	0.0005

Tabel 5.9 Terlihat Skore kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian pada kelompok A meningkat sebesar 11,32. Hasil analisis menunjukkan ada peningkatan yang signifikan antara kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian pada kelompok A sesudah disupervisi ($p \text{ Value} \leq 0.05$). Skore kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian pada kelompok B meningkat sebesar 11.22. Hasil analisis didapatkan bahwa ada peningkatan yang signifikan antara kinerja perawat pelaksana dalam

pendokumentasian pada kelompok B sesudah disupervisi ($p \text{ Value} \leq 0.05$). Skor kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian pada kelompok C meningkat sebesar 8,50. Hasil analisis didapatkan bahwa ada peningkatan yang signifikan antara kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian pada kelompok C sesudah disupervisi ($p \text{ Value} \leq 0.05$).

- c. Perbedaan selisih rata-rata kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian sebelum dan sesudah disupervisi kepala ruangan yang sudah dilatih
 Perbedaan selisih kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian sebelum dan sesudah disupervisi kepala ruangan yang sudah dilatih dijelaskan dalam tabel 5.10.

Tabel 5.10

Analisis selisih perbedaan kinerja perawat pelaksana sebelum dan sesudah disupervisi oleh kepala ruangan yang dilatih di RSUD Dr Soedono Madiun April – Juni tahun 2008

Variabel	Kelp	selisih sebelum dan sesudah	Beda SD	p
Pengkajian	A	8.96	9.09	0.01
	B	3.33	6.3	
	C	3.63	7.18	
Diagnosa	A	10.83	16.1	0.81
	B	11.39	13.75	
	C	13.31	17.16	
Perencanaan	A	4.86	7.01	0.14
	B	7.92	10.63	
	C	3.29	9.34	
Tindakan	A	16.04	17.35	0.39
	B	19.79	13.54	
	C	14.92	11.49	

Evaluasi	A	18.13	14.53	0.22
	B	19.17	13.02	
	C	13.31	14.41	
Catatan	A	14.75	9.92	0.02
	B	11.33	7.871	
	C	8,06	9,01	
Pendokumentasian	A	11,32	6,00	0,12
	B	11,22	5,69	
	C	8,50	6,33	

Hasil analisis selisih peningkatan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian pengkajian sebelum dan sesudah disupervisi memperlihatkan peningkatan yang bermakna. meningkat secara bermakna ($p = 0,01$). Selisih peningkatan kinerja kelompok A lebih tinggi secara bermakna dibanding kelompok B kelompok C.

Hasil analisis selisih peningkatan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian diagnosa sebelum dan sesudah disupervisi menunjukkan tidak ada perbedaan selisih yang bermakna antara kelompok A, B dan C ($p = 0.81$). Hasil analisis selisih kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian perencanaan sebelum dan sesudah disupervisi menunjukkan tidak ada perbedaan selisih yang bermakna antara kelompok A, B dan C ($p = 0.14$). Hasil analisis selisih kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian tindakan sebelum dan sesudah disupervisi menunjukkan tidak ada perbedaan selisih yang bermakna antara kelompok A, B dan C ($p = 0.39$). Hasil analisis selisih kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian evaluasi sebelum dan sesudah disupervisi menunjukkan tidak ada perbedaan selisih yang bermakna antara kelompok A, B dan C ($p = 0.22$).

Hasil analisis selisih peningkatan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian

pencatatan sebelum dan sesudah disupervisi memperlihatkan peningkatan yang bermakna. Selisih peningkatan perbedaan selisih antara kelompok A, B dan C ($p = 0.02$)

Hasil analisis selisih peningkatan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian diagnosa sebelum dan sesudah disupervisi menunjukkan tidak ada perbedaan selisih yang bermakna antara kelompok A, B dan C ($p = 0.12$).

5. Perbedaan Kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian setelah disupervisi kepala ruangan yang sudah dilatih.

Analisis ini menggunakan uji statistik *one way anova* dengan hasil seperti dalam tabel 5.10 seperti dibawah ini :

Tabel 5.11

Analisis perbedaan rata-rata sub variabel pendokumentasian antar kelompok setelah disupervisi kepala ruangan di RSUD Dr Soedono Madiun Bulan Mei-Juni 2008

Pendokumentasian	Kelompok	N	Mean	SD	Nilai p
Pengkajian	A	30	82.50	9.49	0.072
	B	30	79.38	6.80	
	C	31	78.02	6.43	
Diagnosa	A	30	91.67	10.72	0.415
	B	30	93.89	8.74	
	C	31	90.46	10.93	
Perencanaan	A	30	75.42	9.62	0.649
	B	30	77.36	8.73	
	C	31	76.01	6.20	
Tindakan	A	30	76.46	14.83	0.017
	B	30	77.92	13.80	
	C	31	68.75	10.70	

Evaluasi	A	30	83.54	9.35	0.136
	B	30	84.58	12.14	
	C	31	79.44	9.97	
Pencatatan	A	30	82.08	9.10	0.002
	B	30	79.83	7.01	
	C	31	75.48	5.22	
Pendokumentasian	A	30	80.87	6.90	0.016
	B	30	80.97	5.552	
	C	31	77.25	4.141	

Tabel 5.11 menunjukkan hasil uji statistik perbedaan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, evaluasi dan pencatatan. Hasil uji statistik pada pengkajian, perencanaan, diagnosa, perencanaan dan evaluasi didapatkan p pengkajian 0.072, p perencanaan 0.415, p diagnosa 0.649 dan p evaluasi 0.136. Hasil ini mempunyai arti bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian pengkajian, diagnosa, perencanaan dan evaluasi antara perawat yang disupervisi kepala ruangan yang dilatih dengan bimbingan 6 kali, 3 kali dan tanpa bimbingan.

Hasil uji statistik pada kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian tindakan dan pencatatan diperoleh hasil p tindakan 0.017 dan p pencatatan 0.002, artinya terdapat perbedaan yang bermakna kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian perencanaan dan pencatatan antara perawat yang disupervisi kepala ruangan yang dilatih dengan bimbingan dan tanpa bimbingan.

Hasil uji statistik pada kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian pencatatan

diperoleh hasil $p = 0.002 < 0.05$, artinya terdapat perbedaan yang bermakna kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian perencanaan antara perawat yang disupervisi kepala ruangan yang dilatih dengan bimbingan dan tanpa bimbingan. Analisis lebih lanjut membuktikan bahwa kelompok yang berbeda signifikan adalah kelompok A dengan C. Rata-rata A lebih tinggi dari C yang menjelaskan kinerja perawat pelaksana yang disupervisi kepala ruangan yang dilatih dengan bimbingan 6 kali lebih baik dari yang disupervisi kepala ruangan yang dilatih tanpa bimbingan.

Rata-rata nilai kinerja pendokumentasian setelah mendapat intervensi perawat pelaksana pada kelompok A adalah 80.87 dengan standar deviasi 6.90. Hasil estimasi interval diyakini bahwa 95% rata-rata nilai kinerja kelompok A adalah antara 78.29 – 83.45. Pada mereka perawat yang di kelompok B rata-rata nilainya adalah 80.97 dengan standar deviasi 5.55. Hasil estimasi interval diyakini bahwa 95% rata-rata nilai kinerja kelompok A adalah antara 78.9 – 83.05. Rata-rata pada perawat pada kelompok C adalah 77.25 dengan standar deviasi 4.141. Hasil estimasi interval diyakini bahwa 95% rata-rata nilai kinerja kelompok C adalah antara 75.73 – 78.77. Analisis kinerja sesudah disupervisi pada ketiga kelompok didapatkan kelompok A dan B memiliki perbedaan kinerja yang bermakna disbanding dengan kelompok C ($p = 0.016$)

C. Pengaruh karakteristik responden, kinerja pre test dan kelompok terhadap kinerja pendokumentasian asuhan keperawatan

Pengaruh karakteristik, kinerja pre test dan kelompok perawat pelaksana terhadap kinerja

setelah disupervisi dianalisis dengan uji statistik regresi linear. Langkah-langkah analisis regresi linier berganda pada penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Melakukan analisis bivariat untuk menentukan pemodelan terhadap seluruh variabel karakteristik perawat pelaksana. Hasil analisis menunjukkan variabel umur, jenis kelamin, masa kerja dan kinerja pre test, kelompok 6 kali dan kelompok 3 kali masuk dalam pemodelan karena nilai $p < 0,25$. Status pernikahan nilai $p = 0.265 > 0.05$ seharusnya dikeluarkan dari pemodelan, tetapi karena secara teori mempengaruhi kinerja maka dimasukkan kembali dalam pemodelan.
2. Melakukan uji regresi terhadap variabel yang masuk pemodelan. Hasil uji menunjukkan nilai $p = 0.005 < 0.05$ berarti persamaan garis regresi secara keseluruhan signifikan. Hasil uji statistik pada kotak coefficient menunjukkan ada 3 variabel dengan nilai $p > 0.05$ yaitu umur ($p=0.515$), status perkawinan ($p=0.178$), dan masa kerja ($p=0.519$). Variabel ini harus dikeluarkan satu persatu dimulai dari variabel p terbesar.
3. Melakukan uji regresi dengan mengeluarkan secara berturut-turut variabel umur, masa kerja, status perkawinan. Pengeluaran variabel umur, masa kerja dan status pernikahan menyebabkan terjadi perubahan nilai B lebih dari 10% sehingga ketiganya dimasukkan kembali dalam pemodelan
4. Melakukan uji asumsi independensi, eksistensi (variabel random), homoscedascity, linearitas, normalitas, kolinearitas antar variabel independen, dengan hasil semua uji terpenuhi, sehingga model dapat digunakan untuk memprediksi kinerja

pendokumentasian asuhan keperawatan.

5. Hasil analisis multivariat terhadap karakteristik perawat pelaksana, kinerja pre test dan kelompok dengan kinerja pendokumentasian post test dengan menggunakan uji regresi linier berganda didapatkan R Square 0.501 yang berarti model regresi yang diperoleh dapat menjelaskan 50.1% variabel kinerja pendokumentasian asuhan keperawatan.

6. Pemodelan/ persamaan garis regresi sebagai berikut:

Pemodelan persamaan regresi untuk memperkirakan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan hasil analisis linear berganda pada tabel 5.12 dibawah ini:

Tabel 5.12

Hasil analisis uji regresi linear faktor yang berpengaruh dengan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian

Variabel	<i>Unstandardized Coefficients</i>		<i>Standardized Coefficients</i>	<i>p value</i>
	<i>B</i>	<i>Std. Error</i>	<i>Beta</i>	
Konstanta	52.405	6.997		0.000
Umur	-0.119	0.182	-0.100	0.515
Jenis Kelamin	3.884	0.954	0.329	0.000
Status Perkawinan	-1.445	1.065	-0.110	0.178

Masa Kerja	-0.131	0.203	-0.097	0.519
kinerja pre	0.376	0.070	0.440	0.000
KEL1	3.201	1.131	0.259	0.006
KEL2	3.105	1.120	0.252	0.007

Kinerja Pendokumentasian : 56,574 -0,119 umur + 3.884 jenis kelamin -1,445 status pernikahan – 0,131 masa kerja + 3.201 kelompok dengan bimbingan 6 kali + 3.105 Kelompok dengan bimbingan 3 kali + 0.376 kinerja pre test

Model tersebut memiliki arti :

- a. Pada jenis kelamin perempuan skor kinerja pendokumentasian asuhan keperawatan 3.884 lebih tinggi dibanding laki-laki setelah dikontrol oleh umur, status pernikahan, masa kerja dan kinerja sebelum intervensi.
- b. Setiap kenaikan kinerja pre test maka skor kinerja pendokumentasian asuhan keperawatan akan naik 0.376 dikontrol umur, jenis kelamin, status perkawinan dan masa kerja.
- c. Skor kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian yang disupervisi kepala ruangan yang dilatih dengan bimbingan 6 lebih tinggi 3,201 dan yang dilatih dan dibimbing 3 kali lebih tinggi 3.105 dikontrol umur, jenis kelamin, status perkawinan, masa kerja dan kinerja pre test.

BAB VI

PEMBAHASAN

Bab ini membahas interpretasi dan diskusi hasil, keterbatasan penelitian, serta implikasi penelitian terhadap pelayanan keperawatan. Interpretasi dan diskusi hasil berdasarkan tujuan penelitian dengan membahas kesenjangan hasil penelitian dengan hasil penelitian sebelumnya disertai dengan konsep teori yang mendasari. Keterbatasan penelitian menjelaskan tentang keterbatasan dalam penerapan metodologi penelitian dan implikasi penelitian membahas tentang pengaruh hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan.

A. Kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian sebelum dan sesudah disupervisi kepala ruangan yang dilatih supervisi an komunikasi

1. Perbedaan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian sebelum dan sesudah disupervisi kepala ruangan yang dilatih dengan bimbingan 6 kali, 3 kali dan tanpa dibimbing.

Hasil analisis menunjukkan terdapat perbedaan yang bermakna antara kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian sebelum dan sesudah disupervisi kepala ruangan yang dilatih dan dibimbing 6 kali ($p < 0,0005$). Terdapat perbedaan yang bermakna antara kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian sebelum dan sesudah disupervisi kepala ruangan yang dilatih dan dibimbing 3 kali ($p < 0,0005$). Terdapat perbedaan yang bermakna antara kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian sebelum dan sesudah disupervisi kepala ruangan yang dilatih tanpa

dibimbing ($p = 0,0005$).

Hasil analisis selisih menunjukkan tidak ada perbedaan rata-rata peningkatan kinerja perawat pelaksana sebelum dan sesudah antara perawat yang disupervisi oleh kepala ruangan yang dilatih dan dibimbing 6 kali, 3 kali dan tanpa dibimbing ($p = 0,12$).

Mc Farland, Leonard dan Morris (1984) mengaitkan supervisi dalam konteks keperawatan sebagai suatu proses kegiatan pemberian dukungan sumber-sumber (*resources*) yang dibutuhkan perawat dalam rangka menyelesaikan tugas untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Dalam supervisi terdapat kegiatan mengarahkan, membimbing, mengajar, mengobservasi, mendorong dan memperbaiki serta mengevaluasi secara berkesinambungan sesuai dengan keterbatasan dan kemampuan yang dimiliki anggotanya.

Kegiatan supervisi mengusahakan seoptimal mungkin kondisi kerja yang kondusif dan nyaman yang mencakup lingkungan fisik, atmosfer kerja, dan jumlah sumber sumber yang dibutuhkan untuk memudahkan pelaksanaan tugas. Oleh karena itu, tujuan supervisi diarahkan pada kegiatan mengorientasikan staf dan pelaksana keperawatan, melatih staf dan pelaksana keperawatan, memberikan arahan dalam pelaksanaan kegiatan sebagai upaya untuk menimbulkan kesadaran dan mengerti peran dan fungsinya sebagai staf, dan difokuskan kepada pemberian pelayanan kemampuan staf dan pelaksana keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan (Arwani, 2004). Hasil ini juga dibuktikan oleh penelitian Farida(2001), Kurniati (2002) dan

Widaningsih (2005) yang menyebutkan supervisi berhubungan dengan kinerja pendokumentasian Hasil yang sama juga ditunjukkan oleh penelitian Manurung (2006), Siagian (2006) yang menyebutkan ada hubungan yang bermakna antara supervisi dengan pendokumentasian asuhan keperawatan..

Coaching merupakan suatu proses interaktif yang proses tersebut melalui manajer dan supervisor yang bermaksud untuk menyelesaikan persoalan kinerja atau mengembangkan kemampuan orangnya (Wibowo, 2007). Penelitian menunjukkan bahwa pelatihan saja 22,4% meningkatkan motivasi, komitmen dan kinerja, jika dikombinasikan dengan bimbingan (*coaching*) produktifitas akan meningkat lebih dari 80 % (*Coaching Skills For Healthcare Managers*, 2007, ¶ 1, http://www.talkinglife.co.uk/html/seminars_coaching_hypnosis.html. Diperoleh tanggal 16 Juni 2008). Semua karyawan menginginkan keterampilannya meningkat, tapi cara yang mereka inginkan ternyata *face-to-face coaching* di tempat kerja, 88% jawaban perawat pelaksana yang diteliti menyakini bahwa seorang mentor atau *coach* di tempat kerja merupakan hal yang penting untuk kemajuan karirnya (CCL, *Emerging Leader Research Survey Summary Report*, 2003 dalam Ubaydillah, AN, 2006).

Pelatihan akan meningkatkan percepatan dalam persamaan persepsi dalam pelaksanaan supervisi pendokumentasian asuhan keperawatan. Bimbingan langsung pada saat pelatihan model *on job training* memberikan kesempatan tukar menukar informasi dalam pemecahan masalah yang dihadapi dilapangan. Pelatihan dengan bimbingan akan meningkatkan kemampuan kognitif dan psikomotor. Kepala ruangan lebih siap melaksanakan supervisi seperti yang diharapkan dalam pelatihan. Kualitas supervisi

yang dilakukan lebih mendekati standar pelaksanaan supervisi yang diharapkan dalam pelatihan. Sehingga hasil supervisi menjadi lebih baik.

Transfer pengetahuan yang terjadi dalam supervisi dapat berlangsung dengan efektif. Pelaksanaan supervisi bukan menjadi suatu yang menakutkan bagi staf, tetapi menjadi sesuatu yang memberikan kontribusi penting dalam meningkatkan pemahaman staf dalam bekerja. Supervisi menanamkan kinerja untuk selalu bekerja sesuai dengan standar yang ditetapkan. Supervisi yang dilakukan secara konsisten akan membentuk budaya kerja yang positif.

2. Perbedaan Kinerja Perawat Pelaksana dalam Pendokumentasian Pada Sub variabel Pendokumentasian Sebelum dan Sesudah Disupervisi Kepala Ruang Yang Dilatih
 - a. Kinerja Pendokumentasian Pengkajian

Hasil analisis kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian pengkajian menunjukkan ada perbedaan yang bermakna antara sebelum dan sesudah disupervisi kepala ruangan yang dilatih dan dibimbing 6 kali, 3kali dan tanpa dibimbing. (Kelompok A $p = 0,0005$, Kelompok B, $p = 0,007$, kelompok C, $p = 0,009$). Hasil analisis selisih menunjukkan ada perbedaan yang bermakna rata-rata peningkatan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumetasian pengkajian sebelum dan sesudah disupervisi oleh kepala ruangan yang dilatih dan dibimbing 6 kali, 3 kali dan tanpa dibimbing ($p = 0,01$). Selisih rata - rata peningkatan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian pengkajian yang disupervisi kepala ruangan yang dilatih dan dibimbing 6 kali lebih tinggi dibanding yang dilatih dan

dibimbing 3 kali serta yang dilatih saja

Pengkajian menurut Carpenito (2000) adalah proses pengumpulan data yang sengaja dilakukan secara sistematis untuk menentukan keadaan kesehatan pasien sekarang dan masa lalu serta untuk mengevaluasi pola koping sekarang dan masa lalu. Pengumpulan data harus dilakukan harus akurat dan representatif sehingga dapat digunakan untuk *analisis* dalam identifikasi masalah klien. Kelengkapan pengkajian akan memberikan dampak pada keakuratan menegakkan diagnosa dan langkah-langkah asuhan keperawatan berikutnya. Terapi keperawatan yang tepat dilandasi oleh penggalian data yang akurat dan akan berakhir dengan mempermudah identifikasi masalah.

Coaching merupakan suatu proses interaktif yang proses tersebut melalui manajer dan supervisor yang bermaksud untuk menyelesaikan persoalan kinerja atau mengembangkan kemampuan orangnya (Wibowo, 2007). Penelitian menunjukkan bahwa pelatihan saja 22,4% meningkatkan motivasi, komitmen dan kinerja, jika dikombinasikan dengan bimbingan (*coaching*) produktifitas akan meningkat lebih dari 80 % (*Coaching Skills For Healthcare Managers*, 2007, ¶ 1, http://www.talkinglife.co.uk/html/seminars_coaching_hypnosis.html).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa semakin sering dibimbing seseorang akan lebih mampu dalam pelaksanaan. Bimbingan meningkatkan kemampuan psikomotor seseorang sehingga seorang kepala ruangan yang diberikan pelatihan dan dibimbing lebih mampu melaksanakan apa yang didapatkan dalam pelatihan.

Semakin sering mendapat bimbingan langsung semakin mampu seseorang dalam menerapkan dalam pekerjaannya

Bergen dan Severinson (2006) mengemukakan supervisi kepala ruangan sangat penting karena mempengaruhi kualitas pelayanan keperawatan. Supervisi terhadap pendokumentasian dilakukan berdasarkan format yang ada dengan memperhatikan setiap tahap dalam proses keperawatan. Supervisi yang dilakukan oleh kepala ruangan yang sudah dilatih dan dibimbing mampu memberikan kontribusi penting pada peningkatan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian. Dengan menggunakan langkah-langkah dalam supervisi maka perawat yang disupervisi siap dan berkomproi terhadap pelaksanaan supervisi.

b. Kinerja pendokumentasian diagnosa keperawatan.

Hasil analisis kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian diagnosa menunjukkan ada perbedaan yang bermakna antara sebelum dan sesudah disupervisi kepala ruangan yang dilatih dan dibimbing 6 kali, 3kali dan tanpa dibimbing (p (6 kali) = 0.001, p (3 kali) = 0.0005 dan p (tanpa dibimbing) = 0.0005). Hasil analisis selisih menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna rata-rata peningkatan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumetasian pengkajian sebelum dan sesudah disupervisi oleh kepala ruangan yang dilatih dan dibimbing 6 kali, 3 kali dan tanpa dibimbing ($p = 0,81$).

Hasil ini sesuai dengan penelitian Manurung(2006) dan Siagian(2006) yang menyebutkan ada hubungan yang bermakna antara supervisi dengan pendokumentasian asuhan keperawatan. Hal ini juga membuktikan bahwa pelatihan supervisi dan komunikasi telah memberikan manfaat pada peningkatan kemampuan baik kognitif maupun psikomotor pada kepala ruangan.

Komponen diagnosa keperawatan mudah dipahami oleh perawat pelaksana memungkinkan perawat pelaksana tidak kesulitan dalam menerima pengarahan saat supervisi. Dalam standar penilaian kinerja perawat Depkes (2006) penulisan dokumentasi diagnosa harus berdasarkan rumusan masalah, mengandung unsur Problem Etiologi dan atau Symtom dan berupa diagnsa aktual atau potensial Pendidikan perawat yang sudah seluruhnya DIII keperawatan mempermudah kepala ruangan dalam memberi arahan dalam peningkatan pendokumentasian.. Kepala ruangan dalam pelaksanaan supervisi.

b. Kinerja Pendokumentasian perencanaan

Hasil analisis kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian perencanaan menunjukkan ada perbedaan yang bermakna antara sebelum dan sesudah disupervisi kepala ruangan yang dilatih dan dibimbing 6 kali dan 3kali ($p(6 \text{ kali}) = 0.001$, $p(3 \text{ kali}) = 0.0005$). Kinerja perawat dalam pendokumentasian yang disupervisi kepala ruangan yang dilatih tanpa dibimbing tidak terdapat perbedaan ($p = 0,59$) Hasil analisis selisih menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna

rata-rata peningkatan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian pengkajian sebelum dan sesudah disupervisi oleh kepala ruangan yang dilatih dan dibimbing 6 kali, 3 kali dan tanpa dibimbing ($p = 0,14$).

Penelitian lain yang mendukung hasil penelitian pada kelompok A dan B adalah penelitian Manurung (2004), Dewi (2006) dan Mery (2004) yang menyatakan ada hubungan supervisi dengan kinerja pendokumentasian. Berbagai penelitian supervisi dan komunikasi menunjukkan bahwa terdapat pengaruh pada kinerja seperti pada Kuntarto (2002) yang menyatakan terdapat hubungan yang bermakna antara kemampuan komunikasi dan kinerja perawat pelaksana. Hasil study (Schuler & Blank) dalam Muhamad (1995) juga menjelaskan ada hubungan ketepatan komunikasi yang berkenaan dengan tugas, komunikasi kemanusiaan, kepuasan kerja dan hasil kerja yang dicapai oleh pekerja.

Pada kelompok C tidak terdapat perbedaan yang signifikan. Tetapi dari rata – rata terdapat peningkatan nilai rata-rata kinerja. Peningkatan yang tidak bermakna ini dapat dikarenakan dari berbagai hal diantaranya motivasi perawat, reward yang akan didapatkan dan bagaimana supervisi itu sendiri dilaksanakan. Pada kelompok C kepala ruangan dilatih tanpa mendapat mendampingan saat menjalankan supervisi dan komunikasi sehingga memungkinkan hasilnya tidak optimal.

Pemahaman tentang pendokumentasian perencanaan bisa berbeda dengan mereka

yang mendapat bimbingan langsung. Dengan bimbingan langsung terjadi praktek langsung kepala ruangan dalam melakukan supervisi sehingga diketahui kekurangan yang harus segera ditingkatkan. Hal ini merujuk hasil penilaian kemampuan kognitif dan self asesment tentang supervisi yang menunjukkan pada mereka yang dilatih tanpa dibimbing mempunyai nilai yang lebih rendah.

b. Kinerja Pendokumentasian tindakan

Hasil analisis kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian tindakan menunjukkan ada perbedaan yang bermakna antara sebelum dan sesudah disupervisi kepala ruangan yang dilatih dan dibimbing 6 kali, 3kali dan tanpa dibimbing (p (6 kali) = 0.0005, p (3 kali) = 0.0005 dan p (tanpa dibimbing) = 0.0005). Hasil analisis selisih menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna rata-rata peningkatan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian pengkajian sebelum dan sesudah disupervisi oleh kepala ruangan yang dilatih dan dibimbing 6 kali, 3 kali dan tanpa dibimbing ($p = 0,39$).

Mc Farland, Leonard dan Morris (1984) mengaitkan supervisi dalam konteks keperawatan sebagai suatu proses kegiatan pemberian dukungan sumber-sumber (*resources*) yang dibutuhkan perawat dalam rangka menyelesaikan tugas untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Bergen dan Severinsson (2006) mengemukakan supervisi kepala ruangan sangat penting karena mempengaruhi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan

Hasil ini juga dibuktikan oleh penelitian Farida (2001), Kurniati (2002) dan Widaningsih (2005) yang menyebutkan supervisi berhubungan dengan kinerja pendokumentasian. Kuntarto (2000) menyebutkan terdapat hubungan yang bermakna antara kemampuan komunikasi kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana.

Dorongan, arahan, dan evaluasi yang dilakukan melalui penyampaian yang baik memberikan motivasi pada perawat pelaksana untuk mengikutinya. Perawat menjadi mengerti letak kekurangan dan segera mengikuti arahan yang diberikan tanpa merasa terbebani oleh pekerjaan baru. Kebiasaan menuliskan dokumentasi yang lengkap, pada tempat yang benar serta sesuai dengan kesesuaian dengan rencana tindakan akan terbentuk bila dilakukan supervisi dengan menggunakan format yang baku. Arah pendokumentasian menjadi lebih jelas dan sesuai dengan pedoman.

c. Kinerja Pendokumentasian Evaluasi

Hasil analisis kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian evaluasi menunjukkan ada perbedaan yang bermakna antara sebelum dan sesudah disupervisi kepala ruangan yang dilatih dan dibimbing 6 kali, 3 kali dan tanpa dibimbing ($p(6 \text{ kali}) = 0.0005$, $p(3 \text{ kali}) = 0.0005$ dan $p(\text{tanpa dibimbing}) = 0.0005$). Hasil analisis selisih menunjukkan tidak ada perbedaan yang bermakna

rata-rata peningkatan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian evaluasi sebelum dan sesudah disupervisi oleh kepala ruangan yang dilatih dan dibimbing 6 kali, 3 kali dan tanpa dibimbing ($p = 0,22$).

Peran supervisor sebagai pengarah adalah kemampuan seorang supervisor dalam memberikan arahan yang baik yang sangat diperlukan untuk supervisi. Pengarahan harus lengkap sesuai dengan kebutuhannya, dapat dimengerti, pengarahan menunjukkan indikasi yang penting, bicara pelan dan jelas, pesannya logis, hindari pengarahan dalam satu waktu, pastikan arahan dapat dimengerti dan pengarahan harus dapat ditindaklanjuti. (Gillies, 1994; Azwar, 1996). Hasil penelitian oleh Kushnir, Ehrenfeld, dan Shalish menunjukkan bahwa *coaching* (bimbingan) memberikan kontribusi yang penting dalam memfasilitasi perawat terutama perawat yang baru lulus untuk menjadi pekerja yang lebih profesional dan dapat menjadi suatu proses pengembangan staff. (Kushnir, Ehrenfeld, Shalish, 2007, *The effects of a coaching project in nursing on the coaches' training motivation, training outcomes, and job performance: An experimental study*, ¶ 1, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17296202>).

Supervisi diberikan untuk menjamin agar mutu asuhan keperawatan berkualitas, supervisor mengarahkan perawat pelaksana untuk melaksanakan tugasnya sesuai standar yang ditentukan rumah sakit. Pengarahan bertujuan untuk mencegah karyawan melakukan penyimpangan yang tidak sesuai standar. Pengarahan dapat dilakukan melalui kegiatan supervisi dengan menggunakan format yang standar

sehingga tidak menyimpang dari kaidah-kaidah pendokumentasian yang diberlakukan.

d. Kinerja pendokumentasian Pencatatan

Hasil analisis kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian evaluasi menunjukkan ada perbedaan yang bermakna antara sebelum dan sesudah disupervisi kepala ruangan yang dilatih dan dibimbing 6 kali, 3 kali dan tanpa dibimbing (p (6 kali) = 0.0005, p (3 kali) = 0.0005 dan p (tanpa dibimbing) = 0.0005). Hasil analisis selisih menunjukkan ada perbedaan yang bermakna rata-rata peningkatan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian evaluasi sebelum dan sesudah disupervisi oleh kepala ruangan yang dilatih dan dibimbing 6 kali, 3 kali dan tanpa dibimbing ($p = 0,02$). Selisih rata - rata peningkatan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian pengkajian yang disupervisi kepala ruangan yang dilatih dan dibimbing 6 kali sama dengan yang dilatih dan dibimbing 3 kali tetapi lebih tinggi dengan yang dilatih saja.

Pelatihan supervisi dan komunikasi pada kepala ruangan memberikan pengaruh positif pada pelaksanaan supervisi ruangan dan peningkatan kinerja pendokumentasian. Kompetensi supervisor yaitu kepala ruangan dalam melakukan supervisi meningkat yang ditunjukkan dengan peningkatan variabel yang disupervisi. (Bittel, 1987, Dharma, 2004). Kompetensi supervisor meliputi *Knowledge Competencies, Entrepreneurial Competencies* *Intellectual*

Peningkatan kinerja pendokumentasian pencatatan dapat dicapai melalui supervisi yang terencana, terstruktur (standar) dan tersosialisasi dengan baik pada staff dan bukan menjadi suatu yang menakutkan bagi yang disupervisi. Hasil penelitian ini membuktikan bahwa hasil penelitian Ilyas tahun 2003 tentang peningkatan kinerja dokter PTT yang meningkat akibat adanya supervisi terbukti pada peningkatan kinerja perawat. Penelitian Farida(2001), Kurniati (2002) dan Widaningsih(2005) menyebutkan hal yang mendukung bahwa supervisi berhubungan dengan kinerja pendokumentasian. Kuntarto(2002) menyebutkan terdapat hubungan yang bermakna antara kemampuan komunikasi kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana. Kepala ruangan yang mempunyai kemampuan komunikasi yang baik dapat menyampaikan pesan dan informasi dengan baik pula dalam kegiatan supervisi. Hubungan menjadi lebih terbuka dan supervisi bukan menjadi suatu yang ditakuti perawat.

B. Kinerja Perawat Pelaksana dalam Pendokumentasian Sesudah Disupervisi

Kepala Ruangan Yang Dilatih

Hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan yang signifikan antara kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan yang disupervisi oleh kepala ruangan yang dilatih dan dibimbing 6 kali , 3 kali dan tanpa dibimbing. ($p = 0,016$). Kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan yang disupervisi kepala ruangan yang dilatih dengan bimbingan 6 kali tidak berbeda

secara bermakna dengan yang disupervisi oleh kepala ruangan yang dilatih dengan bimbingan 3 kali, tetapi berbeda secara bermakna dengan yang disupervisi kepala ruangan yang dilatih dikelas saja tanpa bimbingan.

Analisis lebih lanjut dijelaskan bahwa perbedaan terjadi pada kinerja perawat dalam pendokumentasian tindakan dan pencatatan. Hasil analisis menunjukkan ada perbedaan yang bermakna kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian tindakan, antara yang disupervisi kepala ruangan yang dilatih dengan bimbingan 6 kali, 3 kali dan tanpa bimbingan. ($p=0.017$). Kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian tindakan yang disupervisi kepala ruangan yang dilatih dan dibimbing 6 kali dan 3 kali mempunyai rata-rata yang sama secara bermakna, dan lebih tinggi secara bermakna dibanding dengan kinerja pendokumentasian tindakan yang disupervisi kepala ruangan yang dilatih tanpa dibimbing.

Hasil analisis menunjukkan ada perbedaan yang bermakna kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian pencatatan, antara yang disupervisi kepala ruangan yang dilatih dengan bimbingan 6 kali, 3 kali dan tanpa bimbingan. ($p = 0.017$). Kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian pencatatan yang disupervisi kepala ruangan yang dilatih dan dibimbing 6 kali dan 3 kali mempunyai rata-rata yang sama secara bermakna, dan lebih tinggi secara bermakna dibanding dengan kinerja pendokumentasian tindakan yang disupervisi kepala ruangan yang dilatih tanpa dibimbing.

Pelatihan mempunyai andil besar dalam menentukan efektifitas dan efisiensi organisasi. Salah satu manfaat dari pelatihan adalah meningkatnya kualitas dan kuantitas produktifitas kerja dan agar karyawan mencapai standar kinerja yang dapat diterima. Metode pelatihan *on job training* meliputi semua upaya melatih ditempat kerja sesungguhnya. Peserta pelatihan melaksanakan pekerjaan sesungguhnya, bukan tugas yang disimulasikan dan bukan merupakan pekerjaan yang dikondisikan. Pelatihan model ini memiliki keunggulan memotivasi peserta secara kuat karena pelatihan tidak dilaksanakan dalam situasi artifisial didalam ruangan kelas. Pelatihan sering digunakan untuk mengisi kepincangan kinerja sesungguhnya dan kinerja terprediksi karyawan. Pelatihan untuk meningkatkan keterampilan karyawan sehingga dapat bekerja pada tingkat standar. (Simamora, 2003).

Beberapa manfaat metode *on job training* adalah 1) Karyawan melakukan pekerjaan yang sesungguhnya bukan pekerjaan yang disimulasikan, 2) Pelatihan dilaksanakan dilingkungan kerja yang sesungguhnya dalam kondisi normal (Simamora, 2003).

Kemampuan yang didapatkan dari hasil pelatihan dengan model ini dapat melihat kemampuan kognitif dan psikomotor yang lebih terukur. Peserta dapat menerpakan langsung pada pekerjaannya dan melihat langsung dampaknya terhadap pekerjaan lain. Kesesuaian dengan standar dapat terjaga dengan mendapatkan bimbingan saat melakukan pekerjaan. Metode pelatihan yang digunakan adalah metode pelatihan dikelas di gabung dengan *on job training* yaitu semua kepala ruangan mendapat

pelatihan dikelas dan melaksanakan supervisi dan komunikasi di ruangan masing-masing.

Selama pelatihan supervisi ada yang mendapat bimbingan 6 kali, 3 kali dan tanpa bimbingan. Pelatihan diberikan dikelas dilanjutkan bimbingan diruangan oleh pelatih. Kepala ruangan melaksanakan kegiatan supervisi di ruangan masing-masing dengan bimbingan pelatih. Dengan pelatihan model ini kemampuan supervisi dan komunikasi yang didapat dari pelatihan langsung diterapkan pada keadaan nyata dilapangan. Metode ini membuat proses internalisasi materi pelatihan (supervisi dan komunikasi) lebih cepat. Sehingga kemampuan supervisi kepala ruangan akan cepat terlihat dan teraplikasikan pada kegiatan supervisi. Penelitian menunjukkan bahwa pelatihan saja 22,4% meningkatkan motivasi, komitmen dan kinerja, jika dikombinasikan dengan bimbingan (*coaching*) produktifitas akan meningkat lebih dari 80 % (*Coaching Skills For Healthcare Managers*, 2007, 1/1, http://www.talkinglife.co.uk/html/seminars_coaching_hypnosis.html. Diperoleh tanggal 16 Juni 2008).

Pelaksanaan supervisi yang terstruktur dengan standar yang baku mampu meningkatkan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian. Mc Farland, Leonard & Morris (1984) mengaitkan supervisi dalam konteks keperawatan sebagai suatu proses kegiatan pemberian dukungan sumber-sumber (*resources*) yang dibutuhkan perawat dalam rangka menyelesaikan tugas untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Dalam supervisi terdapat kegiatan mengarahkan, membimbing, mengajar, mengobservasi, mendorong dan memperbaiki serta mengevaluasi secara

berkesinambungan sesuai dengan keterbatasan dan kemampuan yang dimiliki anggotanya. (Kron & Gray, 1987).

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Dewi (2007) yang menyebutkan supervisi berhubungan dengan kinerja pendokumentasian. Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan salah satu bentuk laporan tertulis yang dapat dijadikan salah satu aspek yang harus di supervise oleh seorang supervisor. Peran supervisor sangat penting dalam pengarahan, penilaian, bimbingan dan dalam memberi contoh secara langsung. Supervisi merupakan bentuk pengawasan melekat terhadap kinerja staf. Dengan supervisi pelaksanaan pendokumentasian dapat berjalan sesuai standar.

Dalam suatu penelitian oleh Pincus (1986) komunikasi para perawat dengan pengawas tingkat menengah dan dengan eksekutif tingkat atas memiliki pengaruh dalam meningkatkan kepuasan kerja perawat dan pengaruh yang lemah pada produktivitas kerja juga terbukti dalam penelitian ini. Kuntarto (2002) yang menyatakan terdapat hubungan yang bermakna antara kemampuan komunikasi dan kinerja perawat pelaksana. Hasil studi (Schuler & Blank) dalam Muhamad (1995) juga menjelaskan ada hubungan ketepatan komunikasi yang berkenaan dengan tugas, komunikasi kemanusiaan, kepuasan kerja dan hasil kerja yang dicapai oleh pekerja. Robbins (2002) menjelaskan bahwa komunikasi mempunyai empat fungsi utama dalam sebuah organisasi, yaitu : fungsi kendali, motivasi, pernyataan emosi dan informasi. Komunikasi berfungsi untuk mengendalikan perilaku anggotanya.

Organisasi mempunyai otoritas dan hierarki yang harus dipatuhi oleh karyawan atau anggotanya. Komunikasi memelihara motivasi dengan memberi penjelasan kepada para karyawan tentang apa yang harus dilakukan, seberapa baik mereka mengerjakan dan apa yang dapat dilakukan untuk dapat meningkatkan kinerja. Komunikasi juga dapat digunakan untuk mengungkapkan atau menyatakan emosi perasaan dan pemenuhan kebutuhan sosial anggotanya dengan mengungkapkan perasaan kecewa dan kepuasan karyawan. Penggunaan komunikasi pada kegiatan supervisi secara tepat, membuat pesan kepala ruangan pada perawat pelaksana berjalan optimal dan bersifat asertif. Komunikasi menjamin hubungan interpersonal atasan dan bawahan terjalin sangat baik dan menimbulkan motivasi dalam bekerja yang selanjutnya akan meningkatkan kinerja perawat itu sendiri.

C. Pengaruh karakteristik dan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian.

Hasil uji regresi linear berganda pada penelitian ini didapatkan pemodelan

Kinerja Pendokumentasian : $56,574 - 0,119 \text{ umur} + 3,884 \text{ jenis kelamin} + 3,201$

$\text{kelompok dengan bimbingan 6 kali} + 3,105 \text{ Kelompok dengan bimbingan 3}$

$\text{kali} + 0,376 \text{ kinerja pre test}$

1. Pengaruh karakteristik perawat pelaksana terhadap kinerja perawat pelaksana setelah disupervisi kepala ruangan yang sudah dilatih

Hasil penelitian ini menjelaskan bahwa karakteristik perawat pelaksana memberikan

pengaruh pada peningkatan kinerja post test adalah jenis kelamin dengan $p = 0.0005$. Hasil pemodelan diatas mempunyai makna pada jenis kelamin perempuan maka kinerja pendokumentasian asuhan keperawatan akan bertambah 3.884 setelah dikontrol, kinerja pre test dan kelompok intervensi 6 dan 3 kali. Adapun faktor umur, masa kerja, status pernikahan tidak mempengaruhi peningkatan kinerja post test secara signifikan yang ditunjukkan dengan p umur = 0.515, p masa kerja = 0.519 dan p status pernikahan = 0.178.

Gibson (1987) menyampaikan faktor yang mempengaruhi kinerja personil secara teoritis ada tiga kelompok variabel yaitu variabel individu, variabel organisasi, dan variabel psikologis. Variabel individu dikelompokkan pada sub variabel kemampuan dan keterampilan, latar belakang dan demografis. Karakteristik perawat pelaksana merupakan faktor individu yang mempengaruhi kinerja perawat.

a. Jenis Kelamin

Hasil penelitian menunjukkan pada jenis kelamin perempuan maka kinerja pendokumentasian asuhan keperawatan akan bertambah 3.884 setelah dikontrol oleh umur, laki-laki, masa kerja, status pernikahan, kinerja pre test dan kelompok intervensi. Hasil ini bertentangan dengan penelitian Purwadi(2007) yang menyebutkan tidak ada perbedaan kinerja pada jenis kelamin yang berbeda. Robbins (1996) menyebutkan bahwa tidak ada perbedaan yang jelas antara laki-laki dan perempuan dalam kinerja. Kemampuan laki-laki dan perempuan dalam penyelesaian masalah, keterampilan teknis dan analisis dan kemampuan belajar adalah sama.

Pada pendokumentasian asuhan keperawatan perawat perempuan lebih tinggi nilainya dibanding laki-laki dimungkinkan karena jumlah perawat perempuan lebih banyak dibanding laki-laki. Hasil penelitian menunjukkan bahwa 59 % responden adalah perawat perempuan. Selain itu studi – studi psikologis juga menyebutkan bahwa wanita lebih tertib dalam suatu pekerjaan. Kedisiplinan dan kinerja secara keseluruhan akan berbeda dengan pria (Robbins, 1998)

Pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan kegiatan mencatat kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan terhadap pasien. Dalam keseharian wanita lebih rajin dalam hal aktifitas menulis. Kebanyakan wanita bekerja pada administrasi yang melibatkan aktifitas tulis menulis lebih banyak. Pendokumentasian asuhan keperawatan yang dimaksud dalam penelitian ini adalah mencatat dalam format yang sudah disediakan. Hasil penelitian menjelaskan wanita lebih baik dalam pendokumentasian dibanding laki-laki. Hasil ini dimungkinkan karena dalam pendokumentasian asuhan keperawatan, kegiatan yang dominan adalah menulis dalam format yang sudah disediakan.

b. Pengaruh Umur terhadap kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian

Hasil analisis dengan uji regresi linear berganda didapatkan setiap peningkatan umur 1 tahun akan terjadi penurunan kinerja pendokumentasian sebesar 0,119 setelah dikontrol pendidikan, masa kerja, jenis kelamin, status pernikahan dan kinerja pre test dan kelompok intervensi 6 dan 3 kali. Hasil uji statistik didapatkan $p = 0.515$ yang artinya tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara umur

dengan peningkatan kinerja post.

Hasil penelitian ini sesuai dengan pendapat Robbins(1996) yang menyatakan bahwa makin tua usia seseorang makin merosot kinerjanya. Penurunan kinerja setiap terjadi kenaikan usia pada penelitian ini dapat dikarenakan jenis kegiatan yang dilakukan. Kegiatan pendokumentasian asuhan keperawatan berupa kegiatan menuliskan kembali asuhan yang dilaksanakan pada format yang disediakan. Siagian(1999) menyatakan bahwa semakin meningkat usia maka kedewasaan teknis dan psikologis makin meningkat. Orang semakin mampu mengambil keputusan, semakin bijaksana, mampu berfikir rasional, mengendalikan emosi dan toleran terhadap pandangan orang sehingga diharapkan makin meningkat kinerjanya.

Hasil ini bertentangan dengan penelitian Widaningsih (2005) dan kurniati (2002) yang menyebutkan adanya hubungan antara umur dan kinerja. Levinston (1994) dalam Susana. (2003) menyebutkan bahwa umur 30 tahun kebawah merupakan fase seseorang memulai komitmen masa depan dan berupaya bekerja lebih baik untuk karir. Gibson (1987) menyatakan bahwa kinerja dipengaruhi oleh variabel individu yang berupa karakteristik demografi. Tyson & Jakson (2001) menjelaskan hubungan positif antara umur dan kinerja. Makin dewasa seseorang makin matang. Pada usia 40 an orang akan mencapai puncak karirnya.

Semakin senior seseorang ada kecenderungan untuk melimpahkan tugas penulisan pada pegawai junior sedangkan yang junior dalam masa menunjukkan (aktualisasi diri) kompetensinya dalam pendokumentasian. Penurunan yang tidak signifikan ini terjadi karena pada penelitian ini menggunakan metode kuasi eksperimental. Perawat diukur kinerjanya dalam rentang waktu yang sama sehingga tidak menunjukkan perubahan umur dan kinerja yang signifikan.

c. Pengaruh masa kerja terhadap kinerja perawat dalam pendokumentasian

Hasil analisis regresi linear berganda menunjukkan setiap kenaikan masa kerja 1 tahun akan terjadi penurunan kinerja pendokumentasian sebesar 0,131 setelah dikontrol umur, status pernikahan, jenis kelamin dan kelompok bimbingan dan kinerja *pre test*. Hasil uji statistik didapatkan $p = 0.519$ yang artinya tidak ada pengaruh yang signifikan antara masa kerja dengan kinerja *post test*.

Hasil ini tidak bertentangan dengan penelitian Amriyati (2001) dan panjaitan (2001) yang menyatakan bahwa lama kerja seseorang berpengaruh terhadap kinerja. Teori yang dikemukakan Siagian (1999) yang menyatakan bahwa semakin lama seseorang bekerja semakin tinggi pula produktifitas atau kinerjanya. Tetapi tidak mustahil yang terjadi justru sebaliknya, seseorang yang sudah lama bekerja dalam suatu organisasi menunjukkan gejala menurunnya motivasi dan kinerja.

Semakin tinggi masa kerja semakin menurun kinerja disebabkan tidak adanya

kontrol atau pengawasan dan penghargaan terhadap pekerjaan tersebut. Pada awal perawat bekerja akan terlihat hasil pendokumentasiannya bagus dan makin lama makin menurun. Tidak adanya pengawasan dan reward terhadap kinerja pendokumentasian diterjemahkan perawat bahwa pendokumentasian bukan suatu yang penting bagi institusi dan dirinya. Sehingga pada akhirnya terjadi penurunan kuantitas kerja berhubungan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan.

d. Pengaruh status perkawinan terhadap kinerja pendokumentasian

Hasil penelitian menyebutkan bahwa pada perawat yang sudah menikah menunjukkan penurunan kinerja pendokumentasian 1,445 setelah dikontrol umur, masa kerja jenis kelamin, kinerja *pre test* dan kelompok. Hasil uji statistik didapatkan $p = 0.178 > 0.05$ yang artinya tidak ada pengaruh yang signifikan terhadap peningkatan kinerja *post test*.

Hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian Amriyati(2001) yang menyatakan bahwa status perkawinan berhubungan dengan kinerja seseorang. Siagian (2001) juga menyebutkan bahwa status perkawinan berpengaruh terhadap perilaku karyawan dalam menjalankan fungsi organisasi baik secara positif atau negatif. Robbins (1998) menjelaskan hubungan positif antara status pernikahan dan kinerja. Karyawan yang menikah mengalami lebih sedikit absensi, pergantian lebih rendah dan lebih puas terhadap hasil pekerjaannya daripada tenaga kerja yang belum menikah. Perkawinan memaksa tanggung jawab yang dapat membuat suatu pekerjaan menjadi lebih penting dan berharga. Karyawan yang telah menikah

memiliki tanggung jawab yang lebih besar didalam keluarganya terutama dalam tanggung jawab ekonomi. Hal ini memberikan tekanan pada karyawan untuk mempertahankan pekerjaannya demi tanggungjawabnya pada keluarganya.

Penurunan kinerja pada perawat yang sudah menikah bisa disebabkan karena kegiatan pendokumentasian belum mendapat apresiasi dari manajemen rumah sakit secara baik. Hal ini dibuktikan dengan belum masuknya penilaian pendokumentasian dalam sistem indeks sebagai bentuk imbalan perawat. Hal ini memberikan gambaran bahwa kegiatan pendokumentasian tidak ada kontribusi ekonomi terhadap keluarga. Selain itu tidak ada sanksi yang jelas terkait dengan perkembangan karir perawat bila tidak melaksanakan pendokumentasian yang baik. Masalah inilah yang memberikan dampak tidak adanya perbedaan antara perawat yang sudah menikah dan belum dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan.

2. Pengaruh Supervisi Kepala Ruangan yang dilatih dan dibimbing terhadap kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian

Hasil analisis dengan regresi linear berganda didapatkan kelompok yang disupervisi kepala ruangan yang diberi pelatihan dengan bimbingan 6 kali terjadi peningkatan kinerja 3.201 dan yang disupervisi kepala ruangan yang dilatih dan dibimbing 3 kali sebesar 3.105 setelah dikontrol jenis kelamin dan kinerja pre test. Analisis lebih lanjut menjelaskan bahwa kinerja yang disupervisi kepala ruangan yang dilatih dan

dibimbing 6 kali hanya berbeda peningkatan sebesar 0,096 dibanding yang disupervisi kepala ruangan yang dilatih dan dibimbing 3 kali.

Simamora (2003) menjelaskan bahwa pelatihan mempunyai andil besar dalam menentukan efektifitas dan efisiensi organisasi. Salah satu manfaat dari pelatihan adalah meningkatnya kualitas dan kuantitas produktifitas kerja dan agar karyawan mencapai standar kinerja yang dapat diterima. Metode pelatihan *on job training* meliputi semua upaya melatih ditempat kerja sesungguhnya. Peserta pelatihan melaksanakan pekerjaan sesungguhnya, bukan tugas yang disimulasikan dan bukan merupakan pekerjaan yang dikondisikan.

Pelatihan model ini memiliki keunggulan memotivasi peserta secara kuat karena pelatihan tidak dilaksanakan dalam situasi artifisial didalam ruangan kelas. Kemampuan yang didapatkan dari hasil pelatihan dengan model ini dapat melihat kemampuan kognitif dan psikomotor yang lebih terukur. Peserta dapat menerpakan langsung pada pekerjaannya dan melihat langsung dampaknya terhadap pekerjaan lain. Kesesuaian dengan standar dapat terjaga dengan mendapatkan bimbingan saat melakukan pekerjaan. Beberapa manfaat metode *on job training* adalah 1) Karyawan melakukan pekerjaan yang sesungguhnya bukan pekerjaan yang disimulasikan, 2) Pelatihan dilaksanakan dilingkungan kerja yang sesungguhnya dalam kondisi normal.

Hasil pelatihan ini menjelaskan bahwa pelatihan dengan bimbingan memberikan hasil

yang lebih baik dalam meningkatkan kinerja pendokumentasian. Pelatihan dengan bimbingan lebih efektif dalam meningkatkan kinerja dibanding tanpa bimbingan. Perbedaan dampak pada kinerja antara pelatihan dengan bimbingan 6 kali dan 3 kali yang sangat kecil (0,096) menunjukkan hasil yang tidak berimbang bila dibandingkan dengan proporsi bimbingan ditunjukkan dengan perbedaan peningkatan yang terjadi sangat kecil. Dengan demikian pelatihan dengan bimbingan bimbingan 3 kali lebih efisien dibanding yang pelatihan dengan bimbingan 6 kali serta lebih baik dari pada pelatihan tanpa bimbingan.

3. Pengaruh Kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian sebelum intervensi
Hasil uji statistik dengan regresi linear berganda didapat $p = 0.0005$, artinya kinerja sebelum intervensi berpengaruh secara signifikan terhadap peningkatan kinerja pada setelah intervensi. Hasil pemodelan memberikan arti bahwa setiap kenaikan rata-rata kinerja sebelum intervensi sebesar 1 maka rata-rata kinerja pendokumentasian asuhan keperawatan setelah intervensi akan naik sebesar 0.376. Pelatihan dengan metode pelatihan dikelas dan bimbingan akan meningkatkan kemampuan kognitif dan psikomotor yang berupa kemampuan supervisi dan komunikasi kepala ruangan. Simamora (2001) menyebutkan bahwa manfaat pelatihan adalah Meningkatkan kualitas dan kuantitas produktifitas. Peningkatan kinerja pendokumentasian merupakan dampak tak langsung dari hasil pelatihan pada kepala ruangan yang terjadi peningkatan kemampuan supervisi dan komunikasi. Hasil penelitian ini juga menjelaskan pengaruh supervisi dan komunikasi terhadap kinerja pendokumentasian

asuhan keperawatan perawat pelaksana

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kinerja perawat sebelum mendapat intervensi kepala ruangan sangat berperan dalam menentukan kinerja setelah mendapat intervensi. Semakin tinggi nilai kinerja pendokumentasian perawat sebelum intervensi akan berdampak pada kinerja setelah intervensi. Mereka yang mengerjakan pendokumentasian dengan baik pada kesehariannya, akan menjadi lebih baik setelah dilakukan supervisi dan komunikasi kepala ruangan. Penelitian ini didukung hasil penelitian Dewi (2007) yang menyebutkan bahwa perawat yang berpersepsi baik terhadap supervisi kepala ruangan berpeluang 3,72 kali untuk mendokumentasikan dengan lengkap. Hasil ini juga dibuktikan oleh penelitian Farida(2001), Kurniati (2002) dan Widaningsih(2005) yang menyebutkan supervisi berhubungan dengan kinerja pendokumentasian. Kuntarto(200) menyebutkan terdapat hubungan yang bermakna antara kemampuan komunikasi kepala ruangan dengan kinerja perawat pelaksana. Bergen dan Severinsson (2006) mengemukakan supervisi kepala ruangan sangat penting karena mempengaruhi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan.

Mc Farland, Leonard dan Morris (1984) mengaitkan supervisi dalam konteks keperawatan sebagai suatu proses kegiatan pemberian dukungan sumber-sumber (*resources*) yang dibutuhkan perawat dalam rangka menyelesaikan tugas untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Dalam supervisi terdapat kegiatan mengarahkan, membimbing, mengajar, mengobservasi, mendorong dan memperbaiki

serta mengevaluasi secara berkesinambungan sesuai dengan keterbatasan dan kemampuan yang dimiliki anggotanya.

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan salah satu bentuk laporan tertulis yang dapat dijadikan salah satu aspek yang harus di supervise oleh seorang supervisor. Peran supervisor sangat penting dalam pengarahan, penilaian, bimbingan dan dalam memberi contoh secara langsung. Dengan kemampuan kepala ruangan dalam supervisi dan komunikasi yang diterapkan langsung pada kegiatan pendokumentasian, perawat dapat mengetahui kekurangan yang harus segera dipenuhi tanpa menganggap bahwa pendokumentasian merupakan beban bagi perawat. Perawat lebih paham komponen-komponen yang harus dilengkapi serta terdorong untuk melaksanakan sesuai pengarahan yang didapatkan dari kepala ruangan.

D. Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan penelitian adalah karena perawat mengetahui bila sedang dilakukan penelitian terhadap kinerja pendokumentasiannya. Perawat pelaksana bisa merubah pola pendokumentasiannya selama diamati dan hal ini memungkinkan terjadinya bias dalam pengukuran kinerja pendokumentasian.

E. Implikasi Terhadap pelayanan keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kinerja pendokumentasian asuhan keperawatan di RSUD Dr Soedono Madiun masih perlu ditingkatkan melalui kegiatan supervisi dan

komunikasi secara kontinyu. Sub variabel pendokumentasian asuhan keperawatan yang perlu mendapat perhatian dalam pelaksanaan supervisi adalah sub variabel tindakan dan pencatatan. Dokumentasi sebagai sarana komunikasi dengan berbagai tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan terpadu merupakan catatan, pelaporan tentang pelayanan asuhan keperawatan dan merupakan bukti otentik dari pemberian pelayanan keperawatan.

Hasil penelitian juga menjelaskan perlunya peningkatan kemampuan supervisor melalui pelatihan dengan metode *on job training* disertai bimbingan langsung. Kemampuan supervisor harus dievaluasi secara periodik untuk menentukan perlunya dilakukan *retraining* terhadap keterampilan supervisi tersebut. Hal ini akan mempertahankan kualitas supervisor dalam jangka panjang

Baiknya dokumentasi merupakan indikator dari baiknya pelayanan keperawatan, sedangkan buruknya dokumentasi juga merupakan indikator buruknya asuhan keperawatan. Hal ini bisa berdampak pada baik buruknya komunikasi hingga baik buruknya koordinasi antar tim kesehatan yang berakhir pada efek pelayanan secara menyeluruh. Dokumentasi sebagai aspek legal terhadap tindakan yang diberikan dalam asuhan keperawatan. Pendokumentasian tindakan dan pencatatan harus segera di tingkatkan guna menjamin tindakan yang diberikan perawat sudah tercatat dengan baik dan dapat berguna dalam pembuktian hukum

Sosialisasi terhadap pelaksanaan supervisi harus disampaikan dengan jelas agar pelaksanaan supervisi tidak menjadi sesuatu yang menakutkan bagi perawat pelaksana. Kemampuan teknik supervisi dan komunikasi kepala ruangan perlu evaluasi dan ditingkatkan pada periode tertentu agar terjaga dalam pelaksanaan supervisinya. Perubahan sistem pelayanan kesehatan di Indonesia menuju profesionalisasi menyebabkan perubahan sistem pendokumentasian keperawatan. Pendokumentasian keperawatan diharapkan semakin lengkap dan akurat mulai proses pengkajian sampai dengan evaluasi. Meskipun demikian sistem pendokumentasian yang efektif tetap harus dilaksanakan. Peran manajemen rumah sakit khususnya manajemen keperawatan sudah selangkahnya segera membenahi kinerja pendokumentasian dengan menyiapkan unsur-unsur pendukung yang lain seperti sistem pendokumentasian yang mudah dan efektif. Pengakuan terhadap pekerjaan pendokumentasian juga perlu segera mendapat perhatian.

F. Implikasi pada Penelitian Keperawatan

Hasil penelitian dengan metode kuasi eksperimen ini dapat menjelaskan dampak pelatihan supervisi dan komunikasi terhadap peningkatan kemampuan kepala ruangan dalam supervisi dan komunikasi serta pengaruhnya pada kinerja pendokumentasian asuhan keperawatan. Metode pelatihan dengan bimbingan sangat baik diterapkan utk meningkatkan kemampuan perawat dalam melaksanakan tugasnya sesuai standar. Demikian sebaiknya pelatihan model ini dapat dilaksanakan untuk meningkatkan kemampuan kerja perawat secara umum dan perlupenelitian lebih lanjut.

BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

Berdasar interpretasi dan diskusi hasil penelitian, maka dapat disimpulkan:

1. Kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan setelah disupervisi oleh kepala ruangan yang diberi pelatihan supervisi dan komunikasi lebih tinggi secara bermakna dibanding kinerja sebelumnya.
2. Kinerja pendokumentasian perawat pelaksana yang disupervisi oleh kepala ruangan yang mendapat pelatihan dengan bimbingan 6 (enam) kali sama saja dengan pelatihan dengan bimbingan 3(tiga) kali tetapi berbeda secara bermakna dibanding dengan yang disupervisi kepala ruangan yang mendapat pelatihan tanpa bimbingan
3. Pelatihan supervisi dan komunikasi dengan bimbingan 6 kali dan 3 kali sama dampaknya terhadap kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan tetapi lebih baik daripada pelatihan tanpa bimbingan.
4. Karakteristik perawat pelaksana yang berpengaruh pada kinerja pendokumentasian setelah kepala ruangan mendapat pelatihan dan melaksanakan supervisi dan komunikasi adalah jenis kelamin perempuan. Perempuan lebih baik dalam pendokumentasian asuhan keperawatan dibanding laki-laki

B. Saran

Berdasar kesimpulan dari hasil penelitian tersebut, maka saran-saran yang perlu diperhatikan adalah :

1. Pelayanan Keperawatan

- a. Perawat pelaksana lebih konsisten dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien. Perawat pelaksana yang sudah disupervisi memberikan masukan pada perawat yang belum disupervisi kinerja pendokumentasiannya meningkat
- b. Kepala ruangan harus melakukan supervisi secara kontinue terhadap pelaksanaan pendokumentasian pada perawat pelaksana khususnya pada pendokumentasian tindakan dan pencatatan dengan menggunakan standar.
- c. Pimpinan Rumah Sakit perlu memberikan reward pada pelaksanaan pendokumentasian dengan memasukkan dalam system indeks perawat .
- d. Bagian diklat rumah sakit perlu mengembangkan model pelatihan dan diikuti dengan bimbingan atau dengan metode *on job training* dalam upaya meningkatkan kinerja perawat. Pelatihan dengan bimbingan langsung di klinik sebanyak 3 kali bisa dikembangkan dalam upaya peningkatan kinerja.

2. Pendidikan Keperawatan

Berdasarkan hasil penelitian ini, institusi pendidikan sebaiknya mendesain penugasan

dalam bentuk pendokumentasian yang akan dievaluasi dengan pedoman yang sudah disosialisaikan kepada mahasiswa. Selama proses penugasan pendokumentasian dilakukan bimbingan dan arahan sesuai dengan pedoman. Penugasan lebih baik mendekati pada aplikasi dilapangan.

3. Peneliti lebih lanjut

- a. Metode penelitian dengan menggunakan observasi sangat tepat dalam mengamati kinerja pendokumentasian dan perlu dikembangkan dengan metode lain *time series study* agar lebih dapat menggambarkan kinerja sepanjang waktu.
- b. Perlu dilakukan penelitian *dose respon* dengan dosis bimbingan yang berbeda agar dapat diperoleh gambaran dosis bimbingan yang paling efektif dalam upaya peningkatan kinerja perawat misalnya pelatihan dengan dibimbing 3 kali, 2 kali dan 1 kali.

Lampiran 1

LEMBAR PERMINTAAN MENJADI PERAWAT PELAKSANA

Kepada Yth.

Bapak/Ibu perawat

Di Ruang rawat inap RSUD Dr Soedono Madiun

Saya adalah Mahasiswa Program Pasca Sarjana di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Saat ini saya sedang melakukan penelitian tentang “Pengaruh Pelatihan Supervisi dan Komunikasi pada Kepala ruangan Terhadap Kinerja Perawat Pelaksana dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Dewasa RSUD Dr Soedono Madiun”.

Penelitian ini dibuat semata-mata untuk peningkatan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan di RSUD Dr Soedono Madiun. Untuk itu Saya mohon kesediaan Bapak/Ibu perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Dr Soedono Madiun untuk menjadi perawat pelaksana dalam penelitian ini dengan mengisi kuesioner yang telah dibuat. Kuisioner ini berisi karakteristik perawat pelaksana. Untuk kinerja pendokumentasian dilakukan observasi pada lembar dokumentasi yang akan dilaksanakan dalam rentang waktu April – Juni 2008 pada saat yang tidak ditentukan. Selanjutnya kami mohon Bapak/Ibu dalam mengisi kuesioner disesuaikan dengan keadaan yang sebenarnya. Jawaban yang Bapak/Ibu berikan akan dijamin kerahasiaannya.

Demikian atas bantuan dan partisipasinya saya mengucapkan terima kasih.

Madiun, 2008

Peneliti

Muncul Wiyana

LEMBAR PERSETUJUAN

(INFORMED CONCENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Ruangan :

Menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian yang berjudul “Pengaruh Pelatihan Supervisi dan Komunikasi pada Kepala ruangan Terhadap Kinerja Perawat Pelaksana dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Dewasa RSUD Dr Soedono Madiun”, yang dilaksanakan pada Bulan Maret – Juni 2008 oleh mahasiswa Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Madiun, 2008

Peneliti

Yang Menyatakan

(Muncul Wiyana)

(.....)

Lampiran 3

KISI-KISI KUESIONER UNTUK PENILAIAN KINERJA PERAWAT PELAKSANAAN DALAM PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN

NO	Sub Pokok Bahasan	Jumlah soal	No Soal
1	Kuesioner Karakteristik	5	1-5
2	Penilaian Kinerja		
3	Pengkajian	4	1-4
4	Diagnosa	3	5-7
5	Perencanaan	6	8-13
6	Plaksanaan	4	14 – 17
7	Evaluasi	2	18 – 19
8	Catatan Asuhan Keperawatan	5	20-24

INSTRUMEN B
PENILAIAN KINERJA DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN
(Instrumen A – Depkes, 2005)

No	ASPEK YANG DINILAI	1	2	3	4
A	<i>Pengkajian</i>				
1	Mencatat data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian				
2	Data dikelompokkan (Bio—Psiko-Sosial-Spiritual)				
3	Data dikaji sejak pasien masuk sampai pulang				
4	Masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma				
B	<i>Diagnosa Keperawatan</i>				
5	Diagnosa Keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan				
6	Diagnosa keperawatan mencerminkan PE/PES				
7	Merumuskan diagnosa keperawatan aktual dan potensial				
C	<i>Perencanaan</i>				
8	Berdasarkan diagnosa keperawatan				
9	Disusun menurut urutan prioritas				
10	Rumusan tujuan mengandung komponen pasien/ subyek, perubahan perilaku, kondisi pasien, dan kriteria waktu				
11	Rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas				
12	Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien / keluarga				
13	Rencana tindakan menggambarkan kerja sama dengan tim kesehatan lainnya				
D	<i>Tindakan</i>				

14	Tindakan dilaksanakan mengacu pada rencana perawatan				
15	Perawat mengobservasi pasien terhadap tindakan				
16	Revisi Tindakan berdasarkan hasil evaluasi				
17	Semua tindakan yang telah dilaksanakan dicatat ringkas dan jelas				
E	Evaluasi				
18	Evaluasi mengacu paa tujuan				
19	Hasil Evaluasi dicatat				
F	Catatan Asuhan Keperawatan				
20	Menulis pada format yang baku				
21	Pencatatan dilakukan sesuai dengan tindakan yang dilaksanakan				
22	Pencatatan ditulis dengan jelas, ringkas, istilah yang baku dan benar				
23	Setiap melakukan tindakan / perawat mencantumkan paraf / nama jelas, dan tanggal jam dilakukan tindakan				
24	Berkas catatan keperawatan disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku				

Lampiran 6

PETUNJUK PENILAIAN KINERJA PENDOKUMENTASIAN

No	ASPEK YANG DINILAI		KRITERIA
A	Pengkajian		
1	Mencatat data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian	4 3 2 1	Bila : <ul style="list-style-type: none"> • Sesuai dengan keluhan utama • Data mencakup S dan O • Sesuai dengan kondisi patologis • Mengarah pada masalah Bila <ul style="list-style-type: none"> • Sesuai dengan keluhan utama • Data mencakup S dan O • Sesuai dengan kondisi patologis Bila <ul style="list-style-type: none"> • Sesuai dengan keluhan utama • Sesuai dengan kondisi patologis Bila <ul style="list-style-type: none"> • Sesuai dengan keluhan utam
2	Data dikelompokkan (Bio—Psiko-Sosial-Spiritual)	4 3 2 1	Bila dikelompokkan bio, psiko, sosial, spiritual Bila dikelompokkan bio, psiko, sosial. Bila dikelompokkan bio, psiko Bila dikelompokkan bio
3	Data Dikaji Sampai Pulang	4 1	Diakaji sampai pulang Tidak dikaji sampai pulang

4	Masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan /sesuai dengan kondisi pasien	4 3 2 1	75 – 100 % rumusan sesuai dengan kondisi pasien 65 - 74 % rumusan sesuai dengan kondisi pasien 50 – 64 % rumusan sesuai dengan kondisi pasien < 50 % rumusan sesuai dengan kondisi pasien
B	Diagnosa Keperawatan		
1	Diagnosa Keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan	4 3 2 1	75 – 100 % rumusan benar 65 - 74 % rumusan benar 50 – 64 % rumusan benar < 50 % rumusan benar
2	Diagnosa keperawatan mencerminkan PE/PES	4 1	Bila mencerminkan PE/PES Tidak Mencerminkan PE/PES
3	Merumuskan diagnosa keperawatan aktual dan potensial	4 1	Bila merumuskan aktual potensial Tidak merumuskan aktual potensial
C	Perencanaan		
1	Berdasarkan diagnosa Keperawatan	4 3 2 1	75 – 100 % berdasarkan diagnosa keperawatan 65 - 74 % berdasarkan diagnosa keperawatan 50 – 64 % berdasarkan diagnosa keperawatan < 50 % berdasarkan diagnosa keperawatan
2	Disusun menurut urutan prioritas	4 3 2 1	75 – 100 % menyusun prioritas secara tepat 65 - 74 % menyusun prioritas secara tepat 50 – 64 % menyusun prioritas secara tepat < 50 % menyusun prioritas secara tepat
3	Rumusan tujuan mengandung komponen pasien/subyek, perubahan perilaku, kondisi pasien, dan kriteria waktu	4 3 2 1	75 – 100 % mengandung pasien/subyek, perubahan perilaku, kondisi pasien, dan kriteria waktu 65 - 74 % mengandung pasien/subyek, kondisi pasien, dan kriteria waktu 50 – 64 % mengandung pasien/subyek, dan kriteria waktu < 50 % kondisi pasien
4	Rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas	4 3 2 1	75 – 100 % menggunakan kalimat perintah spesifik, berhubungan dengan masala, operasional 65 - 74 % menggunakan kalimat perintah spesifik, berhubungan dengan masala, operasional 50 – 64 % menggunakan kalimat perintah spesifik, berhubungan dengan masala, operasional < 50 % menggunakan kalimat perintah spesifik, berhubungan dengan masala, operasional
5	Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien / keluarga	4 1	Menggambarkan keterlibatan keluarga Tidak melibatkan keluarga

6	Rencana tindakan menggambarkan kerja sama dengan tim kesehatan lainnya	4 1	Menggambarkan kerja sama tim kesehatan lain Tidak menggambarkan kerja sama tim kesehatan lain
D	Tindakan		
1	Tindakan dilaksanakan mengacu pada rencana perawatan	4 3 2 1	75 – 100 % mengacu pada rencana perawatan 65 - 74 % m mengacu pada rencana perawatan 50 – 64 % mengacu pada rencana perawatan < 50 % mengacu pada rencana perawatan I
2	Perawat mengobservasi pasien terhadap tindakan	4 1	Mengobservasi respon pasien terhadap tindakan Tidak Mengobservasi respon pasien terhadap tindakan
3	Revisi Tindakan berdasarkan hasil evaluasi	4 1	Revisi berdasarkan evaluasi Tidak Revisi berdasarkan evaluasi
4	Semua tindakan yang telah dilaksanakan dicatat ringkas dan jelas	4 3 2 1	75 – 100 % tindakan dicatat, ringkas dan jelas 65 - 74 % tindakan dicatat, ringkas dan jelas 50 – 64 % tindakan dicatat, ringkas dan jelas < 50 % tindakan dicatat, ringkas dan jelas
E	Evaluasi		
1	Evaluasi mengacu paa tujuan	4 3 2 1	75 – 100 % sesuai dengan tujuan 65 - 74 % sesuai dengan tujuan 50 – 64 % sesuai dengan tujuan < 50 % sesuai dengan tujuan
2	Hasil Evaluasi dicatat	4 3 2 1	75 – 100 % dicatat dengan benar (ada SOAP) 65 - 74 % dicatat dengan benar (ada SOAP) 50 – 64 % dicatat dengan benar (ada SOAP) < 50 % dicatat dengan benar (ada SOAP)
F	Catatan Asuhan Keperawatan		
1	Menulis Pada Format Baku	4 1	Menulis pada format Tidak menulis pada format

2	Pencatatan dilakukan sesuai dengan tindakan yang dilaksanakan	4 3 2 1	75 – 100 % pencatatan ditulis secara lengkap meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi 65 - 74 % pencatatan ditulis secara lengkap meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi 50 – 64 % pencatatan ditulis secara lengkap meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi < 50 % pencatatan ditulis secara lengkap meliputi pengkajian, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi
3	Pencatatan ditulis dengan jelas, ringkas, istilah yang baku dan benar	4 3 2 1	75 – 100 % pencatatan ditulis secara jelas dan baku 65 - 74 % pencatatan ditulis secara jelas dan baku 50 – 64 % pencatatan ditulis secara jelas dan baku < 50 % pencatatan ditulis secara jelas dan baku
4	Setiap melakukan tindakan / perawat mencantumkan paraf / nama jelas, dan tanggal jam dilakukan tindakan	4 3 2 1	75 – 100 % mencantumkan paraf/nama jelas, tanggal dan jam 65 - 74 % mencantumkan paraf/nama jelas, tanggal 50 – 64 % mencantumkan tanggal dan jam < 50 % tidak mencantumkan paraf/nama jelas, tanggal dan jam
5	Berkas catatan keperawatan disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku	4 1	Sesuai tempat / urutan Tidak sesuai tempat/urutan

Jadwal bimbingan kepada kepala ruangan dan supervisi kepala ruangan ke perawat pelaksana

NO	Ruangan	Σ PP	BIMBINGAN ke KARU							SUPERVISI KARU KE PP																
			APRIL							MEI																
			23	24	25	27	28	29	30	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	16	17	18
1	WKA	10	V	V	V	V		V	V																	
2	WKB	11	V	V	V	V	V	V																		
3	WKC	9	V	V	V	V	V	V																		
4	WKD	10		V		V		V																		
5	Melati	8		V		V		V																		
6	Picu/Nicu	12		V		V		V																		
7	Mawar	12	-	-	-	-	-	-																		
8	Intensif	13	-	-	-	-	-	-																		
9	ODC	6	-	-	-	-	-	-																		

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Muncul Wiyana

Tempat/tanggal lahir : Klaten, 24 Januari 1971

Jenis kelamin : Laki-laki

Pekerjaan : Staf dosen Akper Dr Soedono Madiun

Alamat rumah : Jl Imam Bonjol No 1 Madiun

Alamat instansi : Jl Imam Bonjol No 1 Madiun

Riwayat Pendidikan:

Tahun 2003 lulus S1 Keperawatan di PSIK Universitas Airlangga Surabaya

Tahun 1993 lulus Diploma III Keperawatan di AKPER Sutomo Surabaya

Tahun 1989 lulus SMAN I Klaten Jawa Tengah

Tahun 1986 lulus SMPN II Klaten Jawa Tengah

Tahun 1983 lulus SDN II Kajoran Klaten Jawa Tengah

Riwayat Pekerjaan:

Tahun 1998 – sekarang sebagai staf dosen Akper Dr Soedono Madiun

Tahun 1997 – 1998 sebagai staf perawat RSUD Dr Soedono Madiun

Tahun 1994 – 1997 sebagai staf dosen Akper Unmuh Surabaya