



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**Tesis**

**HUBUNGAN PENERAPAN METODE PENUGASAN TIM  
DENGAN KELENGKAPAN DOKUMENTASI ASUHAN  
KEPERAWATAN DI RSUD BEKASI**

Oleh  
**S u r a t u n**  
0606039360

**PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK 2008**

## **PERNYATAAN PERSETUJUAN**

Tesis ini telah diperiksa oleh pembimbing, disetujui, untuk dipertahankan dihadapan  
Tim Penguji Tesis Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan  
Universitas Indonesia

The watermark logo of Universitas Indonesia is a large, stylized emblem in the center of the page. It features a central vertical axis with symmetrical, flowing, and scalloped patterns on either side, resembling a traditional Indonesian motif. The logo is rendered in a light gray color.

Depok, Juli 2008

Pembimbing I

**Krisna Yetti, SKp. M.App.Sc**

Pembimbing II

**Rr. Tutik Sri Hariyati, SKp. MARS**

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS**

**PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA**

Jakarta, 18 Juli 2008

**Ketua**

Krisna Yetti, SKp, M.App.Sc

**Anggota:**

Rr. Tutik Sri Hariyati, SKp, MARS

Sugih Asih, SKp, M.Kep

Titin Ungsianik, SKp, MBA

**PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis Juni 2008  
Suratun

**Hubungan Penerapan Metode Penugasan Tim Dengan Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan Di RSUD Bekasi**

xiii + 123 hal + 19 tabel + 2 Skema + 8 lampiran

**ABSTRAK**

Penerapan metode penugasan tim di RSUD Bekasi telah dilakukan sejak tahun 2004, sedangkan hasil audit kelengkapan dokumentasi keperawatan sebesar 74,4% (2006) dan 78,9% (2007). Tujuan penelitian ini diperoleh hubungan penerapan metode penugasan tim dan karakteristik perawat terhadap kelengkapan dokumentasi keperawatan di RSUD Bekasi. Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif, menggunakan desain deskriptif korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Populasi penelitian ini sebanyak 106 perawat pelaksana yang bekerja di ruang rawat inap RSUD Bekasi, kemudian diambil 89 sampel, sedangkan populasi rekam medik sebanyak 151 rekam medik, diambil 120 sampel, yang ditentukan dengan teknik *proportional stratified random sampling*. Instrumen pengumpulan data penerapan metode penugasan tim menggunakan kuesioner, sedangkan pengumpulan data kelengkapan dokumentasi keperawatan menggunakan lembar tilik instrumen evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan di rumah sakit (Depkes, 2005). Hasil analisis menunjukkan sebagian besar perawat pelaksana menyatakan penerapan metode penugasan tim kurang baik (65,5%) yang terdiri dari pembagian tugas, pelaksanaan asuhan keperawatan, komunikasi, supervisi, koordinasi dan pendelegasian tugas, sedangkan kelengkapan dokumentasi keperawatan sebagian besar dalam katagori lengkap (57,3%). Supervisi mempunyai hubungan yang bermakna dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan dan merupakan variabel yang paling dominan mempengaruhi kelengkapan dokumentasi keperawatan. Implikasi dari penelitian ini dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan dan sebagai masukan bagi manajemen rumah sakit untuk meningkatkan kelengkapan dokumentasi keperawatan melalui pelaksanaan supervisi secara kontinue, penyelenggaraan pelatihan supervisi kepada perawat supervisor dan pelatihan dokumentasi keperawatan kepada perawat pelaksana, pemberian penghargaan kepada perawat supervisor dan perawat pelaksana yang mempunyai kinerja baik dalam melakukan dokumentasi keperawatan.

Kata Kunci: metode tim, dokumentasi keperawatan,  
Daftar Pustaka 76 (1987-2008)

**POST GRADUATE PROGRAM OF NURSING FACULTY  
NURSING LEADERSHIP AND MANAGEMENT  
UNIVERSITY OF INDONESIA**

**Thesis June 2008  
Suratun**

**Relations between Applying Method of Team Assignment and Equipment of  
Nursing Dokumentation at RSUD in Bekasi**

xiii + 123 pages + 19 tables + 2 Schemes + 8 appendices

**ABSTRACT**

Applying method of team assignment at RSUD in Bekasi has been done since 2004, while audit result nursing documentation equipment was 74,4% (in 2006) and 78,9% (in 2007). Purpose of this research was to get relation between applying method of team assignment and equipment of nursing documentation at RSUD in Bekasi. This research is a quantitative using correlation descriptive by a cross sectional design. These research pupolations were 106 associate nurses who work at inpatient room of RSUD in Bekasi, and then it was taken 89 samples, while populations of medical record were 151 people, in which taken 120 sampels that was determined by technique of proportional stratified random sampling. The instrument of collecting data in applying method of team assignment used a questionnaire, while collecting data of nursing documentation equipment used an instrument observing sheet of applying evaluation nursing care standard at hospital. (Health Departement, 2005). Analysis result indicated most of nurses expressed applying method of team assignment was not good yet (duty division, implementation of nursing care, communication, supervision, coordination and duty delegation), while most of nursing documentation equipment was complete. Supervision has a meaning relationship with nursing documentation equipment and it is a dominant variable which effects nursing documentation equipment. Implication of this research can improve the quality of nursing care and as an input for hospital management to improve nursing documentation equipment by continuing supervision, training supervision for supervisor nurse and nursing documentation for associate nurse, rewarding for supervisor nurse and associate nurse who apply well the nursing documentation.

Key words: team method, nursing documentation  
References: 76 (1987-2008)

## RIWAYAT HIDUP PENELITI

Nama : Suratun

Tempat tanggal Lahir : Metro, 3 Agustus 1963

Alamat : Perumahan Duta Kranji Blok A No. 703 Bekasi Barat

Telepon/ HP : (021) 8856549/ 0812.8844503

### Riwayat Pendidikan:

1. SPK Depkes Persahabatan Jakarta, lulus tahun 1984
2. SGP Tidung Ujung Pandang, lulus tahun 1985
3. SMA Karya Nasional Jakarta, lulus tahun 1989
4. Akper Wijaya Kusuma Jakarta, lulus tahun 1991
5. AKTA Mengajar III IKIP Bandung lulus tahun 1991
6. FKM Universitas Indonesia, lulus tahun 2000
7. AKTA Mengajar IV IKIP Jakarta, lulus tahun 2001
8. Semester IV Program Magister Ilmu Keperawatan FIK-UI

### Riwayat Pekerjaan:

1. Perawat pelaksana di RS Persahabatan Jakarta, tahun 1985-1987
2. Staf Pengajar SPK Persahabatan Jakarta, tahun 1987-1989 dan 1991-1997
3. Staf Penganjar Akper Persahabatan Jakarta, tahun 2000-2001
4. Staf Pengajar Prodi Persahabatan Jakarta, tahun 2001-2006

## KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kekhadirat Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Hubungan Penerapan Metode Penugasan Tim dengan Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di RSUD Bekasi”. Tesis ini disusun dalam rangka memenuhi persyaratan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan pada Program Magister Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Pada kesempatan ini izinkan penulis menyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan yang tak terhingga kepada:

1. Ibu Dewi Irawaty, M.A, Ph.D selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Krisna Yetti, SKp, M.App.Sc selaku pembimbing I yang telah banyak meluangkan waktu untuk memberikan arahan dan bimbingan kepada penulis dalam menyelesaikan tesis ini hingga dapat diujikan dan dipertahankan.
3. Ibu Rr. Tutik Sri Hariyati, SKp, MARS selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan dan pengarahannya dalam penyusunan tesis ini hingga dapat diujikan dan dipertahankan.
4. Ibu Heryati, SKp, M.Kes selaku Direktur Poltekkes Depkes Jakarta III, yang telah memberikan kesempatan dan bantuan dana untuk mengikuti pendidikan Magister Ilmu Keperawatan di FIK-UI.

5. Ibu Sri Maryani, SKM, M.Kes selaku Ketua Prodi Keperawatan Persahabatan Jakarta, dan teman-teman sejawat yang telah memberikan motivasi.
6. Direktur RSUD Bekasi, Kepala Bidang Keperawatan dan jajarannya yang telah memberikan kesempatan dan bantuan untuk melakukan penelitian.
7. Direktur RS Persahabatan, Kepala Bidang Pendidikan dan Penelitian, Kepala Bidang Keperawatan dan jajarannya yang telah memberikan kesempatan dan bantuan dalam uji coba instrumen penelitian.
8. Suami, anak-anakku tercinta dan kedua orang tua serta seluruh keluarga yang selalu memberikan support dan do'a kepada peneliti selama mengikuti pendidikan.
9. Seluruh karyawan FIK-UI, khususnya pegawai perpustakaan yang telah memberikan bantuan kepada peneliti untuk melengkapi bahan rujukan yang diperlukan.
10. Rekan-rekan Angkatan 2006, terutama Uly Agustin dan Dumauli yang selalu memberikan motivasi sehingga peneliti dapat menyelesaikan tesis ini.

Penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu kritik dan saran yang sifatnya membangun sangat diharapkan demi kesempurnaan tesis ini, akhir kata semoga Allah SWT selalu melindungi kita dengan rahmat dan karuniaNya.

Depok, Juli 2008  
Penulis

Suratun



## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN JUDUL</b> .....	i
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	ii
<b>ABSTRAK</b> .....	iv
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP</b> .....	vi
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	vii
<b>DAFTAR ISI</b> .....	ix
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	xi
<b>DAFTAR BAGAN</b> .....	xii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	xiii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah .....	9
C. Tujuan .....	9
D. Manfaat Penelitian .....	10
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
A. Keperawatan .....	11
B. Manajemen .....	12
C. Manajemen Keperawatan .....	14
D. Pengorganisasian .....	15
E. Metode Penugasan Asuhan Keperawatan .....	16
F. Konsep Metode Tim Asuhan Keperawatan .....	21
G. Dokumentasi Asuhan Keperawatan .....	40
H. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja Perawat .....	45
<b>BAB III KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL</b>	
A. Kerangka Konsep .....	51

B. Hipotesis Kerja .....	53
C. Definisi Operasional .....	54

#### **BAB IV METODE PENELITIAN**

A. Desain Penelitian .....	60
B. Populasi dan Sampel .....	60
C. Tempat Penelitian .....	64
D. Waktu Penelitian .....	65
E. Etika Penelitian .....	65
F. Instrumen Pengumpul Data .....	66
G. Prosedur Pengumpulan Data .....	70
H. Pengolahan Data .....	72
I. Analisis Data .....	73

#### **BAB V HASIL PENELITIAN**

A. Analisis Univariat .....	76
B. Analisis Bivariat .....	81
C. Analisis Multivariat .....	89

#### **BAB VI PEMBAHASAN**

A. Interpretasi dan Diskusi Hasil .....	94
B. Keterbatasan Penelitian .....	117
C. Implikasi Keperawatan .....	118

#### **BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN**

A. Kesimpulan .....	120
B. Saran-saran .....	121

#### **DAFTAR PUSTAKA**

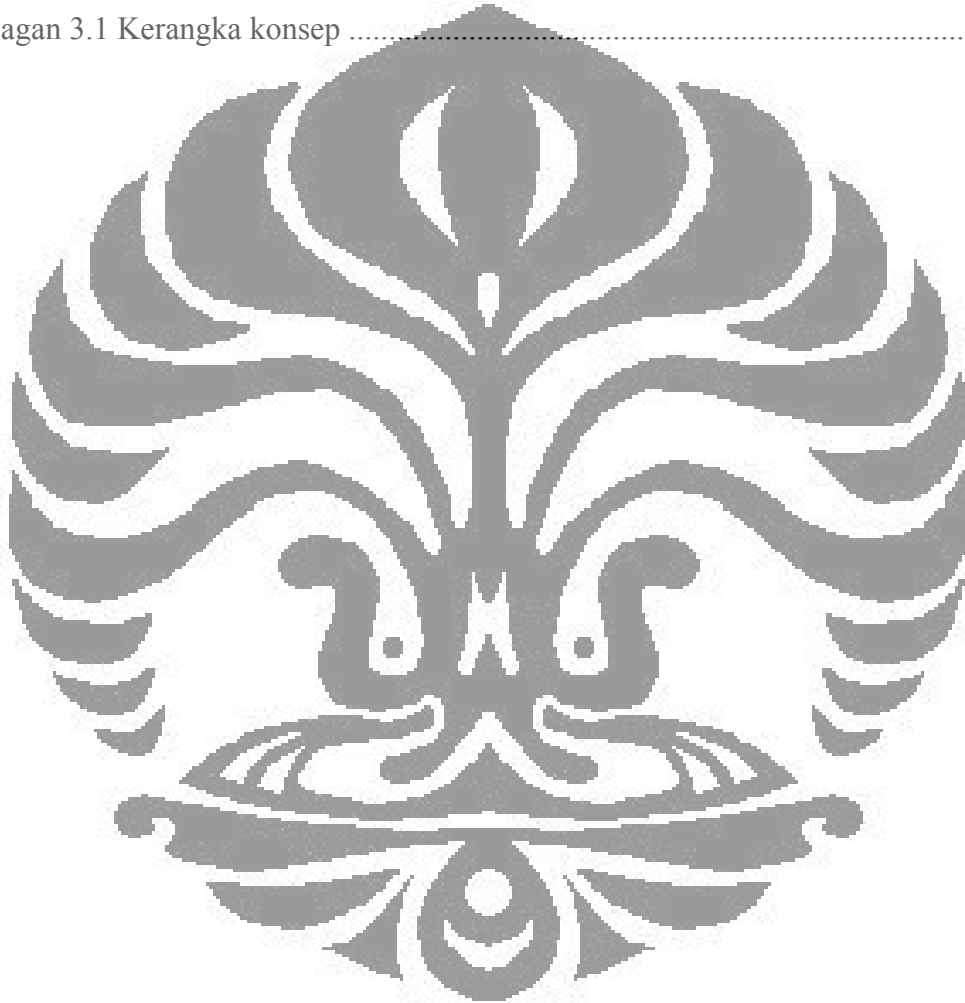
#### **LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Definisi Operasional .....	55
Tabel 4.1 Distribusi Sampel Perawat .....	62
Tabel 4.2 Distribusi Sampel Rekam Medik .....	64
Tabel 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Umur, Lama Kerja, Pendidikan dan Pelatihan.....	77
Tabel 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Penerapan Metode Penugasan Tim .....	78
Tabel 5.3 Distribusi Data Observasi Dokumen Rekam Medik Berdasarkan Komponen Proses Perawatan.....	79
Tabel 5.4 Distribusi Data Observasi Dokumen Rekam Medik Berdasarkan Sampel Dokumen Tiap Ruang.....	80
Tabel 5.5 Distribusi Data Observasi Dokumen Rekam Medik Berdasarkan Katagori Dokumen .....	81
Tabel 5.6 Hubungan Umur Terhadap Dokumentasi .....	81
Tabel 5.7 Hubungan Lama Kerja Terhadap Dokumentasi .....	82
Tabel 5.8 Hubungan Pendidikan Terhadap Dokumentasi .....	83
Tabel 5.9 Hubungan Pelatihan Terhadap Dokumentasi .....	84
Tabel 5.10 Hubungan Pembagian Tugas Terhadap Dokumentasi .....	85
Tabel 5.11 Hubungan Asuhan Keperawatan Terhadap Dokumentasi .....	85
Tabel 5.12 Hubungan Komunikasi Terhadap Dokumentasi .....	86
Tabel 5.13 Hubungan Supervisi Terhadap Dokumentasi .....	87
Tabel 5.14 Hubungan Koordinasi Terhadap Dokumentasi .....	88
Tabel 5.15 Hubungan Pendelegasian Tugas Terhadap Dokumentasi .....	88
Tabel 5.16 Hasil Analisis Bivariat Regresi Logistik Sederhana .....	90
Tabel 5.17 Hasil Analisis Pemodelan Awal Multivariat .....	91
Tabel 5.18 Hasil Perhitungan Perubahan Nilai OR .....	92
Tabel 5.19 Hasil Analisis Pemodelan Akhir Multivariat .....	93

## DAFTAR BAGAN

Bagan 2.1 Kerangka Teori .....	50
Bagan 3.1 Kerangka konsep .....	53



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1. Penjelasan Tentang Penelitian
- Lampiran 2. Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 3. Kuesioner A. Karakteristik Perawat
- Lampiran 4. Kuesioner B. Penerapan Metode Penugasan Tim
- Lampiran 5. Instrumen Observasi Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan
- Lampiran 6. Petunjuk Teknis Pengisian Instrumen Observasi
- Lampiran 7. Waktu dan Jadwal Penelitian
- Lampiran 8. Surat Perizinan Penelitian

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP


Nama : Suratun  
Tempat tanggal Lahir : Metro, 3 Agustus 1963  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Jabatan : Dosen  
Unit Kerja : Prodi Keperawatan Persahabatan  
Poltekkes Jakarta III  
Alamat Kantor : Jln Persahabatan Raya Rawamangun Jakarta Timur  
Alamat Rumah : Perumahan Duta Kranji Blok A No.703 Bekasi Barat  
TlpKantor/ Hp : 021-4759554/ 08128844503

### Riwayat Pendidikan:

1. SPK Depkes Persahabatan Jakarta lulus tahun 1984
2. SGP Tidung Ujung Pandang lulus tahun 1985
3. SMA Karya Nasional Jakarta lulus tahun 1989
4. Akper Wijaya Kusuma Cilandak lulus tahun 1991
5. FKM Universitas Indonesia lulus tahun 2000
6. AKTA III IKIP Bandung lulus tahun 1991
7. AKTA IV IKIP Jakarta lulus tahun 2001

### Pengalaman Kerja:

1. Perawat Pelaksana di RS Persahabatan tahun 1986-1987
2. Staf pengajar di SPK Persabatan, sejak tahun 1988-2000
3. Dosen Akper Persabatan Jakarta sejak tahun 1998-2001
4. Dosen Prodi Keperawatan Persahabatan 2001-2006

- Lampiran 1.      Penjelasan Tentang Penelitian**
- Lampiran 2.      Lembar Persetujuan Menjadi Responden**
- Lampiran 3.      Kuesioner A. Karakteristik Perawat.**
- Lampiran 4.      Kuesioner B. Penerapan Metode Penugasan Tim**
- Lampiran 5.      Instrumen Observasi Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan**
- Lampiran 6.      Petunjuk Teknis Pengisian Instrumen Observasi**
- Lampiran 7.      Waktu dan Jadwal Penelitian**
- Lampiran 8.      Surat Perizinan Penelitian**
- Lampiran 9.      Daftar Riwayat Hidup**
- 

Lampiran 8.	Kisi-kisi Kuesioner B.
Lampiran 9	Analisis Data Univariat
Lampiran 10	Analisis Data Bivariat
Lampiran 11	Analisis Data Multivariat

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1. Diagram Kartisius .....	48
-------------------------------------	----

## DAFTAR ISI

	Halaman
PERNYATAAN PERSETUJUAN	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR SKEMA	viii

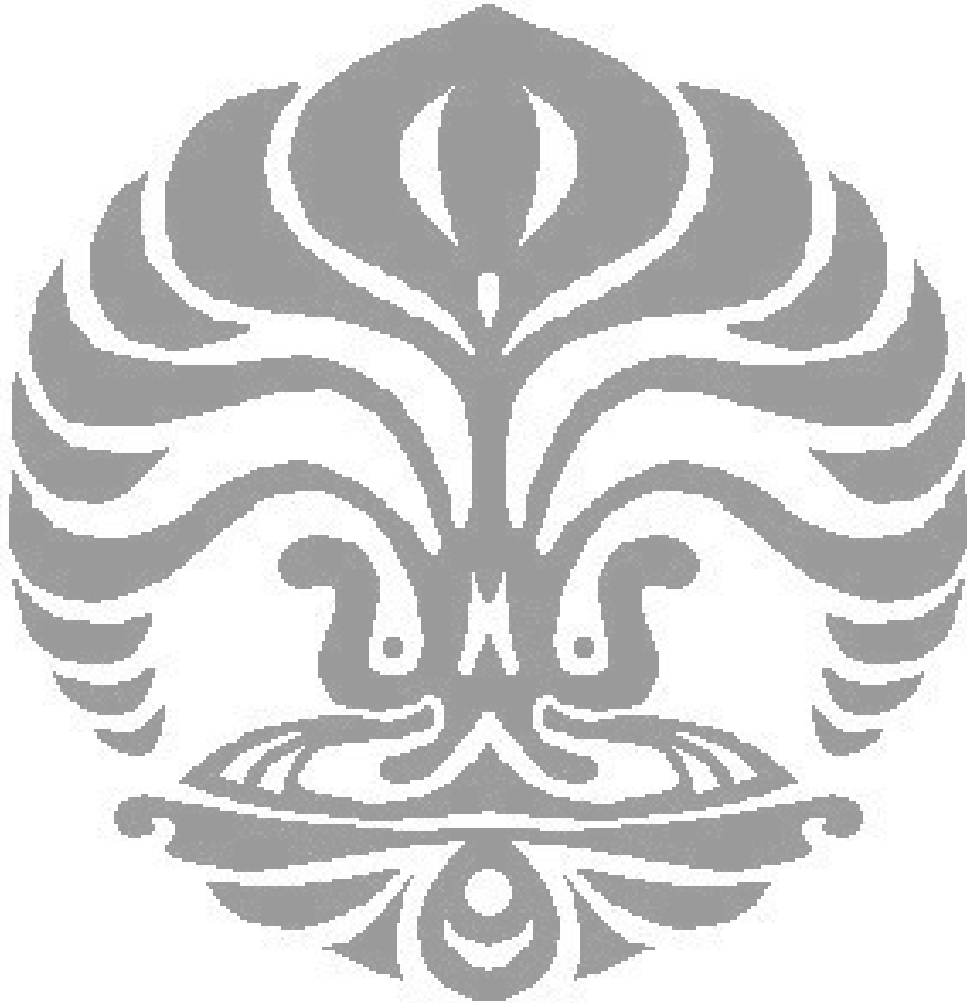


DAFTAR LAMPIRAN	ix
BAB I : PENDAHULUAN	1
E. Latar Belakang	1
F. Rumusan Masalah	10
G. Tujuan	11
H. Manfaat Penelitian	12
BAB II : TINJAUAN PUSTAKA	13
I. Mutu dalam Sistem Pelayanan Keperawatan	13
J. Hubungan Interpersonal	21
1. Model Hubungan Interpersonal	21
2. Tahapan-Tahapan Hubungan Interpersonal	25
3. Komunikasi Efektif Dalam Hubungan Interpersonal Perawat – Klien	30
4. Interaksi Terapeutik	39
5. Perilaku Perawat Dalam Hubungan Interpersonal	42
K. Kepuasan Klien	44
1. Pengertian Kepuasan	44
2. Pengukuran Kepuasan Klien	46
3. Komponan Kepuasan klien	48
BAB III : KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFENISI OPERASIONAL	52
D. Kerangka Konsep	52
E. Hipotesis	54
F. Defenisi Operasional	55
BAB IV : METODE PENELITIAN	59
J. Desain Penelitian	59
K. Populasi dan Sampel	59
L. Tempat Penelitian	61
M. Waktu Penelitian	62
N. Etika Penelitian	62
O. Alat Pengumpul Data	63

P. Prosedur Pengumpulan Data	65
Q. Rencana Analisa Data	66

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



# BAB I

## PENDAHULUAN

### A. Latar Belakang

Pembangunan dan pemberdayaan sumber daya manusia kesehatan berfungsi untuk menunjang pembangunan kesehatan (Rachmat, 2006). Kelancaran pembangunan kesehatan menuju Indonesia sehat 2010 sangat tergantung pada ketersediaan sumber daya manusia kesehatan yang memadai baik secara kualitas maupun kuantitas (Depkes RI, 2000). Tenaga keperawatan yang berkualitas dan mempunyai sikap profesional dapat menunjang pembangunan kesehatan dan mempunyai dampak langsung pada mutu pelayanan di rumah sakit. Pelayanan kesehatan yang bermutu dan profesional adalah pelayanan kesehatan yang dapat memberikan kepuasan setiap pelanggannya baik pelanggan internal maupun pelanggan eksternal, dan penyelenggaraannya harus sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan (Azwar, 1996).

Pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang tidak terpisahkan dalam pelayanan di rumah sakit dan mempunyai daya ungkit yang besar dalam mencapai tujuan pembangunan bidang kesehatan. Tenaga keperawatan merupakan proporsi terbesar (50%-60%) dari tenaga kesehatan lainnya dan bertanggung jawab untuk memberikan pelayanan keperawatan yang optimal dan berkualitas terhadap pasien selama 24 jam secara berkesinambungan. Profesi keperawatan merupakan penentu bagi mutu pelayanan kesehatan dan citra rumah sakit serta dijadikan cermin keberhasilan pelayanan rumah sakit (Gillies, 2000).

Pelayanan keperawatan yang dilakukan di rumah sakit merupakan sistem pengelolaan asuhan keperawatan yang diberikan kepada klien agar menjadi berdaya guna dan berhasil guna. Sistem pengelolaan ini akan berhasil apabila seorang perawat yang memiliki tanggung jawab mengelola tersebut, mempunyai pengetahuan tentang manajemen keperawatan dan kemampuan memimpin orang lain (Nurachmah, 2001, asuhan keperawatan bermutu di rumah sakit, ¶ 12, <http://bondanmanajemen.blogspot.com/2007>, diperoleh tanggal 9 Februari 2008).

Manajemen merupakan proses pelaksanaan kegiatan organisasi melalui upaya orang lain untuk mencapai tujuan organisasi (Samsudin, 2006). Sedangkan manajemen keperawatan dapat diartikan sebagai suatu proses bekerja melalui anggota staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan secara profesional. Dalam hal ini, manajer keperawatan dituntut untuk melakukan perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengawasan untuk dapat memberikan asuhan keperawatan secara efektif dan efisien bagi individu, keluarga dan masyarakat (Gillies, 2000). Menurut pendapat Swansburg (2000) manajemen keperawatan adalah merencanakan mengorganisasikan, memimpin, mengkoordinasikan dan mengendalikan.

Pengorganisasian merupakan fungsi manajemen kedua yang penting dilaksanakan oleh setiap unit kerja sehingga tujuan organisasi dapat dicapai dengan berdaya guna dan berhasil guna. Pengorganisasian merupakan pengelompokan yang terdiri dari beberapa aktivitas dengan sasaran untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan masing-masing kelompoknya untuk melakukan koordinasi yang tepat dengan unit lain secara horizontal

dan vertikal untuk mencapai tujuan organisasi yang kompleks, maka pelayanan keperawatan harus mengorganisasikan aktivitasnya melalui kelompok-kelompok sehingga tujuan pelayanan keperawatan akan tercapai (Endah, 2002, pengorganisasian dalam keperawatan, ¶ 1, <http://andrian24.multiply.com/jurnal>, diperoleh tanggal 9 Februari 2008). Sedangkan menurut Griffin (2004) Pengorganisasian meliputi beberapa aktifitas yaitu: membentuk struktur untuk mengakomodasi rencana, mengisi struktur tersebut dengan karyawan, mendelegasikan tanggung jawab dan wewenang pelaksanaan rencana, membentuk kebijakan-kebijakan dan prosedur-prosedur untuk menuntun karyawan dan menciptakan metode-metode untuk memonitor implementasi. Jadi pengorganisasian pelayanan keperawatan secara optimal akan menentukan mutu pelayanan keperawatan yang diberikan.

Upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan menuntut manajer keperawatan mengembangkan metode penugasan asuhan keperawatan, untuk diterapkan dalam pengorganisasian ruang perawatan. Metode penugasan asuhan keperawatan yang dapat diimplementasikan antara lain metode fungsional, tim, utama, dan modul ( Gillies, 2000). Sedangkan menurut Marquis, & Huston (2006); Sitorus (2006); Arwani (2006) menyatakan bahwa metode penugasan asuhan keperawatan terdiri dari metode fungsional, tim, modular, kasus dan perawatan primer.

Penetapan metode penugasan asuhan keperawatan sangat dipengaruhi oleh visi, misi dan tujuan rumah sakit dari ruang rawat, ketersediaan tenaga keperawatan baik jumlah maupun kualifikasi, fasilitas fisik ruangan, tingkat ketergantungan dan mobilitas klien,

tersedianya prosedur dan standar keperawatan, sifat ruangan dan jenis pelayanan keperawatan yang diberikan (Nurachmah, 2001, asuhan keperawatan bermutu di rumah sakit, ¶ 16, <http://bondanmanajemen.blogspot.com/2007>, diperoleh tanggal 9 Februari 2008). Salah satu metode penugasan asuhan keperawatan yang dapat digunakan adalah metode penugasan tim.

Metode tim diterapkan dengan menggunakan satu tim perawat yang heterogen, terdiri dari perawat profesional, non profesional, dan pembantu perawat untuk memberikan asuhan keperawatan kepada sekelompok pasien (Arwani, 2006). Penerapan metode tim berlandaskan pada uraian tugas dan konsep bahwa ketua tim sebagai perawat profesional harus mampu menggunakan berbagai tehnik kepemimpinan, membagi tugas kepada anggota tim, dapat memberikan asuhan keperawatan, melakukan komunikasi efektif, supervisi, koordinasi perawat dalam melaksanakan tugas, dan pendelegasian tugas kepada anggota tim, serta dokumentasi keperawatan (Endah, 2002, Pengorganisasian dalam keperawatan, ¶ 21, <http://andrian24.multiply.com/jurnal>, diperoleh tanggal 9 Februari 2008). Metode tim memungkinkan adanya *transfer of knowledge and transfer of experiences* di antara perawat dalam memberikan asuhan keperawatan, meningkatkan pengetahuan dan keterampilan serta memotivasi perawat untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan (Arwani, 2006; Sitorus, 2006).

Perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan formal keperawatan dan diberi kewenangan untuk melaksanakan peran dan fungsinya. Perawat profesional adalah perawat yang mengikuti pendidikan keperawatan pada jenjang pendidikan tinggi

keperawatan, sedangkan perawat berpendidikan D.III Keperawatan disebut perawat profesional pemula (Depkes RI, 1999). Peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan dilaksanakan sesuai dengan tahapan dalam proses keperawatan, yaitu mengkaji kebutuhan pasien, merencanakan tindakan keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan, melaksanakan rencana keperawatan, mengevaluasi hasil asuhan keperawatan, dan mendokumentasikan proses keperawatan (Lokakarya Nasional 1983 dalam Hidayat, 2004).

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan, berbentuk pelayanan bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif serta ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat baik yang sakit maupun yang sehat secara berkualitas (Kozier, Erb & Berman, 2004). Penerapan asuhan keperawatan dengan metode tim dapat memberikan kepuasan kepada pasien dan perawat. Pasien merasa diperlakukan lebih manusiawi karena pasien memiliki sekelompok perawat (3 sampai 5 perawat) yang lebih mengenal dan memahami kebutuhannya, sedangkan perawat dapat mengenali pasien secara individual karena hanya menangani pasien dalam jumlah sedikit (10 sampai 15 pasien), sehingga perawat bekerja secara terorganisir, terarah dan memahami tujuan (Arwani, 2006). Hal ini sangat memungkinkan perawat untuk memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif dan melihat pasien secara holistik, dengan demikian perawat akan bekerja lebih produktif melalui kemampuan dalam bekerja sama dan berkomunikasi dalam tim, sehingga dengan metode tim kepatuhan perawat terhadap standar dokumentasi keperawatan lebih tinggi dibandingkan dengan ruang rawat lainnya.

Dokumentasi keperawatan merupakan bagian dari pertanggung jawaban perawat secara utuh terhadap klien dalam memberikan asuhan keperawatan selama dirawat (Iyer & Camp, 2005). Pelaksanaan dokumentasi keperawatan juga sebagai salah satu alat ukur untuk mengetahui, memantau dan menyimpulkan suatu pelayanan asuhan keperawatan yang diselenggarakan di rumah sakit (Fisbach, 1991). Dokumentasi keperawatan tidak hanya mencerminkan kualitas perawatan saja tetapi juga membuktikan pertanggunggugatan setiap anggota tim perawatan dalam memberikan perawatan (Potter & Perry, 2005). Dokumentasi asuhan keperawatan yang baik dan berkualitas harus akurat, obyektif, lengkap dan sesuai standar asuhan keperawatan, karena jika kegiatan keperawatan tidak didokumentasikan sulit untuk membuktikan bahwa tindakan keperawatan telah dilakukan dengan benar (Gillies, 2000; Carpenito, 2000). Dengan demikian, dokumentasi keperawatan yang lengkap, akurat dan berpedoman pada standar asuhan keperawatan menjadi hal yang sangat penting sebagai bukti legal di pengadilan.

Hasil penelitian tentang kelengkapan dokumentasi proses keperawatan di RSU PKU Gombang, dengan jumlah sampel 167 berkas rekam medik menunjukkan bahwa score pendokumentasian tahap pengkajian 59,0%, diagnosa keperawatan 60%, perencanaan 59%, tindakan keperawatan 57%, dan evaluasi 42%. Secara keseluruhan kelengkapan pendokumentasian proses keperawatan mendapat score 58% (Hartati, Handoyo, Anis, 2001, analisis kelengkapan dokumentasi proses keperawatan pasien rawat inap di RSU PKU Gombang, ¶ 4, <http://www.info,stikesmuhgombang.ac.id/edisi2handoyo1.doc>, diperoleh 14 Maret 2008). Hasil penelitian tersebut menunjukkan kelengkapan



dokumentasi keperawatan belum memenuhi standar minimal asuhan keperawatan 85% (Depkes, 2007), sehingga mencerminkan mutu asuhan keperawatan masih rendah.

Keberhasilan pendokumentasian keperawatan sangat dipengaruhi oleh diri perawat sebagai titik sentral dalam melaksanakan pemberian asuhan keperawatan pada pasien (Potter & Perry, 2005). Menurut Gibson (1996) faktor individu yang mempengaruhi perilaku kerja antara lain umur, lama kerja, pendidikan dan pelatihan. Produktivitas seorang karyawan menurun dengan bertambahnya umur, sedangkan lama kerja mempunyai hubungan positif terhadap produktivitas pekerjaan. Siagian (2002) menyatakan bahwa makin tinggi tingkat pendidikan seseorang makin besar keinginan untuk memanfaatkan pengetahuan dan keterampilan. Sedangkan pelatihan merupakan bagian dari proses pendidikan untuk peningkatan pengetahuan dan keterampilan kerja (Notoatmojo, 2003).

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Bekasi merupakan rumah sakit tipe B sudah terakreditasi pada tahun 2007, mempunyai visi " Menjadi Rumah Sakit Pilihan dan Kebanggaan Masyarakat". RSUD Kota Bekasi memiliki 9 ruang rawat inap dengan kapasitas 222 tempat tidur, BOR 81,6% dan LOS 4,0 hari. Jumlah tenaga di RSUD Bekasi sebanyak 591 orang, sedangkan tenaga perawat seluruhnya 238 orang. Namun perawat yang bertugas diruang rawat inap hanya berjumlah 171 orang yang terdiri dari perawat profesional (S1) 2,3%, perawat profesional pemula (D.III) 70,2%, dan perawat non profesional (SPK) 27,5%. RSUD Bekasi menerapkan metode penugasan tim sejak tahun 2004. Jumlah tim disetiap ruang rawat 2 tim untuk shif pagi, sedangkan shif sore

dan shif malam satu tim. Hasil observasi pelaksanaan metode tim: pembagian tugas pada shif pagi satu tim 3-5 perawat bertanggung jawab pada 7-18 pasien, sedangkan shif sore dan shif malam satu tim 3 perawat bertanggung jawab 13-36 pasien. Pelaksanaan asuhan keperawatan, ketua tim melakukan pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan dan evaluasi keperawatan tetapi hanya masalah prioritas, sedangkan anggota tim melakukan tindakan keperawatan. Komunikasi antar anggota tim dilaksanakan melalui timbang terima pasien dan melalui laporan ketua tim tentang perkembangan pasien, sedangkan diskusi tentang dokumentasi keperawatan jarang dilakukan. Pelaksanaan supervisi berdasarkan hasil pengkajian data mahasiswa residensi, sebagian besar perawat pelaksana menyatakan supervisi dilakukan secara langsung (66,7%), dan 73,3% menyatakan supervisi melalui dokumen rekam medik keperawatan dan dilakukan satu tahun sekali, idealnya supervisi dokumen rekam medik setiap 3 bulan (Suratun, 2007). Koordinasi dilakukan antar anggota tim, tim kesehatan lain, pasien dan keluarganya. Pendelegasian tugas sudah direncanakan dan tertuang pada uraian tugas ketua tim, tetapi uraian tugas yang akan delegasikan kepada perawat pelaksana belum ada secara tertulis.

Hasil audit dokumentasi penerapan standar asuhan keperawatan diruang rawat inap oleh Bidang Keperawatan dengan nilai rata-rata 74,4% (2006) dan 78,7% (2007). Sedangkan hasil observasi terhadap 20 dokumen rekam medik keperawatan di dua ruangan oleh mahasiswa residensi rata-rata nilai 63,1% (Suratun, Oktober 2007) Dari data tersebut dapat disimpulkan nilai kelengkapan dokumentasi keperawatan di RSUD Bekasi masih dibawah standar minimal yaitu 85% (Depkes, 2007).

Berdasarkan fenomena yang telah diuraikan diatas peneliti merasa tertarik untuk melakukan penelitian dan mengidentifikasi lebih lanjut mengenai "Hubungan penerapan metode penugasan tim dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di RSUD Bekasi".

## **B. Rumusan Masalah**

Rumusan masalah dalam penelitian ini adalah: "Bagaimana hubungan penerapan metode penugasan tim dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di RSUD Bekasi". Sedangkan pertanyaan penelitian yaitu: "Apakah penerapan metode penugasan tim berhubungan dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di RSUD Bekasi?"

## **C. Tujuan**

### **1. Tujuan Umum**

Diperoleh hubungan penerapan metode penugasan tim dan karakteristik perawat dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di RSUD Bekasi.

### **2. Tujuan Khusus**

Melalui kegiatan penelitian dapat diidentifikasi:

- a. Karakteristik perawat (umur, lama kerja, pendidikan dan pelatihan) di RSUD Bekasi.
- b. Penerapan metode penugasan tim asuhan keperawatan di RSUD Bekasi.
- c. Kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di RSUD Bekasi.

- d. Hubungan karakteristik perawat: umur, lama kerja, pendidikan dan pelatihan dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan.
- e. Hubungan penerapan metode penugasan tim dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan.
- f. Faktor-faktor dominan yang paling mempengaruhi penerapan metode penugasan tim asuhan keperawatan terhadap kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan.

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

##### 1. Bagi Pimpinan RSUD Bekasi

Memberi masukan tentang penerapan metode penugasan tim dan kelengkapan dokumentasi keperawatan serta sebagai bahan pertimbangan dalam penyusunan program peningkatan mutu asuhan keperawatan.

##### 2. Bagi Pengembangan Ilmu Pengetahuan

Sebagai pembuktian hubungan penerapan metode penugasan tim dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan serta memperkaya wawasan pengetahuan mengenai ilmu manajemen keperawatan.

##### 3. Bagi Peneliti Selanjutnya.

Sebagai acuan untuk penelitian dengan lingkup metode penugasan tim atau kelengkapan dokumentasi keperawatan, dengan menggunakan desain yang berbeda atau penelitian serupa tetapi di tempat yang berbeda.

Perawat terdiri dari perawat vokasional dan perawat profesional. Perawat vokasional adalah seseorang yang telah lulus pendidikan Diploma III Keperawatan dan Sekolah Perawat Kesehatan yang terakreditasi dan diakui oleh pejabat berwenang. Perawat profesional adalah seseorang yang lulus dari pendidikan tinggi keperawatan dan terakreditasi, terdiri dari ners generalis dan ners spesialis atau konsultan (PPNI, 2006).

Proses keperawatan menurut Craven & Hirnle (2000) adalah suatu penyelesaian masalah yang sistematis untuk memberikan asuhan keperawatan secara individu kepada klien, mulai dari tahap pengkajian, pembuatan diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Sedangkan menurut Hamid (2001) menyatakan asuhan keperawatan adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan praktik yang diberikan kepada klien pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan dengan menggunakan proses keperawatan, berpedoman pada standar keperawatan dan berlandaskan etika dan etiket keperawatan.

## Daftar Pustaka

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

Pada bab ini akan diuraikan tentang teori terkait dengan masalah penelitian, yang digunakan sebagai bahan rujukan dalam penyusunan maupun pembahasan hasil penelitian, yang meliputi keperawatan, manajemen, manajemen keperawatan, pengorganisasian, metode penugasan asuhan keperawatan, metode penugasan tim asuhan keperawatan, dan dokumentasi keperawatan serta faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku individu.

#### **A. Keperawatan**

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat baik sehat maupun sakit secara berkualitas (Kozier, Erb & Berman, 2004). Sedangkan asuhan keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan baik langsung atau tidak langsung diberikan kepada sistem di sarana dan tatanan kesehatan lainnya, dengan menggunakan pendekatan ilmiah keperawatan berdasarkan kode etik dan standar praktik keperawatan (PPNI, 2006).

Perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan formal keperawatan dan diberi kewenangan untuk melaksanakan peran dan fungsinya. Perawat merupakan salah satu petugas kesehatan yang memiliki kontribusi penting bagi klien, karena selama 24 jam berada di samping klien dan berbagi masalah yang berkaitan dengan hidup dan mati klien sering dihadapi perawat dalam menjalankan tugasnya. Sebagaimana yang telah

diatur dalam undang-undang No. 23 tahun 1992, bahwa tenaga keperawatan merupakan salah satu tenaga kesehatan di Indonesia. Sedangkan yang dimaksud dengan perawat profesional adalah perawat yang mengikuti pendidikan keperawatan pada jenjang pendidikan tinggi keperawatan. Perawat berpendidikan D.III keperawatan disebut perawat profesional pemula (Depkes RI, 1999). Dalam rancangan undang praktik keperawatan dinyatakan perawat terdiri dari perawat vokasional dan perawat profesional. Perawat vokasional adalah seseorang yang telah lulus pendidikan Diploma III Keperawatan dan Sekolah Perawat Kesehatan yang terakreditasi dan diakui oleh pejabat berwenang. Perawat profesional adalah seseorang yang lulus dari pendidikan tinggi keperawatan dan terakreditasi, terdiri dari ners generalis dan ners spesialis atau konsultan (PPNI, 2006).

Peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan dapat dilakukan dengan memperhatikan keadaan kebutuhan dasar manusia yang dibutuhkan melalui pemberian pelayanan keperawatan. Pelayanan keperawatan dilakukan dengan menggunakan proses keperawatan mulai dari pengkajian data sehingga dapat ditentukan diagnosis keperawatan agar bisa direncanakan dan dilaksanakan tindakan yang tepat sesuai dengan tingkat kebutuhan dasar manusia, kemudian dapat dievaluasi tingkat perkembangannya dan mendokumentasikan proses keperawatan (Hidayat, 2004).

## **B. Manajemen**

Manajemen adalah proses pelaksanaan kegiatan organisasi melalui upaya orang lain untuk mencapai tujuan organisasi dengan pelaksanaan fungsi-fungsi perencanaan,

pengorganisasian, penyusunan kepegawaian, pengarahan dan kepemimpinan, dan pengawasan (Samsudin, 2006). Menurut Gillies (2000) manajemen adalah sebagai suatu proses dalam menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain. Sedangkan menurut Fayol dalam Swanburg (2000) dan Robbins (2006) mengatakan manajemen adalah aktivitas dalam merencanakan, mengorganisasikan, memimpin, mengkoordinasikan dan mengendalikan suatu pekerjaan. Dari beberapa pendapat tentang manajemen, dapat disimpulkan bahwa manajemen adalah suatu aktivitas dalam menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain, dengan perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan dan pengendalian untuk mencapai tujuan organisasi.

Fungsi manajemen menurut Robbins (2006) meliputi: perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan dan pengendalian.

1. Fungsi perencanaan. Fungsi perencanaan meliputi: penentuan sasaran organisasi, penetapan strategi keseluruhan untuk mencapai sasaran dan pengembangan hirarki rencana menyeluruh untuk memadukan dan mengkoordinasikan kegiatan-kegiatan.
2. Fungsi pengorganisasian. Fungsi tersebut mencakup penetapan tugas-tugas apa yang harus dilakukan, siapa yang harus melakukan, bagaimana tugas itu dikelompokkan, siapa yang melapor dan kepada siapa melapor serta dimana keputusan harus diambil.
3. Fungsi kepemimpinan. Setiap organisasi terdiri atas orang-orang, dan tugas manajemen untuk mengarahkan dan mengkoordinasi orang-orang tersebut. Peran kepemimpinan meliputi memotivasi staf, mengarahkan kegiatan, memilih saluran komunikasi yang paling efektif, atau menyelesaikan konflik antar anggota.



4. Fungsi pengendalian. Untuk menjamin segalanya berjalan sesuai rencana, manajemen harus memantau kinerja organisasi. Jika terjadi penyimpangan signifikan, maka menjadi tugas manajemen untuk mengembalikan organisasi ke jalurnya. Fungsi pengendalian meliputi: pemantauan, perbandingan dan kemungkinan mengoreksi.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa fungsi manajemen merupakan strategi untuk melakukan suatu kegiatan dengan menggunakan fungsi perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan dan pengendalian, untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan.

### **C. Manajemen Keperawatan**

Manajemen keperawatan adalah suatu proses bekerja melalui anggota staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan secara profesional. Manajer keperawatan dituntut untuk merencanakan, mengorganisir, memimpin dan mengevaluasi sarana dan prasarana yang tersedia, untuk dapat memberikan asuhan keperawatan secara efektif dan efisien bagi individu, keluarga dan masyarakat (Gillies, 2000). Sedangkan menurut pendapat Swanburg (2000) manajemen keperawatan berhubungan dengan perencanaan, pengorganisasian, pengaturan staf, kepemimpinan, dan pengendalian aktivitas-aktivitas keperawatan pada unit atau departemen keperawatan. Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa manajemen keperawatan adalah suatu pelayanan keperawatan melalui staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan, pengobatan dan rasa aman kepada individu, keluarga dan masyarakat.

#### D. Pengorganisasian

Pengorganisasian adalah pengelompokan aktivitas-aktivitas untuk mencapai tujuan obyektif, penugasan suatu kelompok manajer dengan otoritas pengawasan setiap kelompok, dan menentukan cara dari pengkoordinasian aktivitas yang tepat dengan unit lainnya, baik secara vertikal maupun horizontal, yang bertanggung jawab untuk mencapai tujuan obyektif organisasi (Swanburg, 2000; Endah, 2002, Pengorganisasian dalam keperawatan, ¶ 3 <http://andrian24.multiply.com/jurnal> , diperoleh tanggal 9 Februari 2008 ). Demikian juga menurut Endah (2002). Sedangkan menurut Griffin (2004) pengorganisasian meliputi beberapa aktifitas yaitu: membentuk struktur untuk mengakomodasi rencana, mengisi struktur tersebut dengan karyawan, mendelegasikan tanggung jawab dan wewenang pelaksanaan rencana, membentuk kebijakan-kebijakan dan prosedur-prosedur untuk menuntun karyawan dan menciptakan metode-metode untuk memonitor implementasi. Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa pengorganisasian adalah pengelompokan tugas-tugas, kewenangan dan tanggung jawab serta menentukan metode penugasan yang tepat untuk mencapai tujuan organisasi.

Tujuan pengorganisasian dalam manajemen adalah untuk menjamin bahwa penerapan atau pelaksanaan akan mencapai tujuan yang telah ditetapkan (McMohan, at al 1999). Aspek penting dalam pengorganisaian meliputi: a) pola struktur yang berarti proses hubungan interaksi yang dikembangkan secara efektif, b) penetaan tiap kegiatan yang merupakan kerangka kerja dalam organisasi dan c) Struktur kerja organisasi termasuk kelompok kegiatan yang sama, pola hubungan antar kegiatan yang berbeda, penempatan tenaga yang tepat dan pembinaan cara komunikasi yang efektif antar perawat.

## **E. Metode Penugasan Asuhan Keperawatan.**

Metode penugasan asuhan keperawatan yang dapat diimplementasikan antara lain metode fungsional, tim, utama, dan modular (Gillies, 2000). Sedangkan menurut Marquis & Huston (2006); Sitorus (2006); Endah (2002); Arwani (2006) menyatakan bahwa metode penugasan asuhan keperawatan terdiri dari metode fungsional, tim, modular, manajemen kasus dan perawatan primer.

### **1. Metode Fungsional**

Pada metode fungsional, pemberian asuhan keperawatan ditekankan pada penyelesaian tugas dan prosedur. Setiap perawat diberi satu atau beberapa tugas untuk dilaksanakan kepada semua klien di suatu ruangan tempat perawat tersebut bekerja (Sitorus, 2006; Arwani, 2006; Gillies, 2000). Sebagai contoh di satu ruang rawat, perawat A diberi tugas untuk menyuntik maka perawat tersebut bertanggung jawab untuk memberikan suntikan kepada semua pasien, perawat B diberi tugas memandikan semua pasien yang dirawat, akibatnya setiap pasien menerima tindakan yang berbeda dari perawat yang berbeda. Metode ini efisien, akan tetapi penugasan seperti ini tidak dapat memberikan kepuasan kepada pasien maupun perawat. Keberhasilan asuhan keperawatan secara menyeluruh tidak bisa dicapai, karena asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien terpisah-pisah sesuai dengan tugas yang dibebankan kepada perawat. Kepala ruangan bertanggung jawab dalam pembagian tugas tersebut dan menerima laporan tentang semua klien serta menjawab semua pertanyaan tentang klien. Keterbatasan tenaga profesional merupakan salah satu alasan metode ini dikembangkan (Arwani, 2006; Gillies, 2000).

Keuntungan metode fungsional yaitu 1) perawat menjadi lebih trampil untuk pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya, 2) mudah memperoleh kepuasan kerja bagi perawat setelah selesai tugas, 3) kekurangan tenaga yang ahli dapat diganti dengan tenaga yang kurang berpengalaman untuk tugas yang sederhana, 4) memudahkan kepala ruangan untuk mengawasi staf, 5) pekerjaan menjadi lebih efisien dan relatif sedikit dibutuhkan tenaga perawat (Endah, 2002; Arwani, 2006). Kerugian metode fungsional adalah: 1) pelayanan keperawatan terpilah-pilah sehingga proses keperawatan sulit dilakukan, 2) pekerjaan perawat menjadi monoton sehingga menimbulkan rasa bosan 3) perawat hanya melihat asuhan keperawatan sebagai keterampilan saja 4) kesempatan untuk melakukan komunikasi antar petugas menjadi lebih sedikit, 5) perawat dalam memberikan asuhan keperawatan tidak melihat pasien secara holistik dan 6) tidak memberikan kepuasan pada pasien maupun pada perawat (Endah, 2002; Arwani, 2006).

## 2. Metode Manajemen Kasus

Metode manajemen kasus merupakan sistem pemberian asuhan kesehatan secara multidisiplin yang bertujuan meningkatkan pemanfaatan fungsi berbagai anggota tim kesehatan dan sumber-sumber yang ada sehingga dapat dicapai hasil akhir asuhan kesehatan yang optimal (Sitorus, 2006; Arwani, 2006). Pengembangan metode ini didasarkan pada bukti-bukti bahwa manajemen kasus dapat mengurangi pelayanan yang terpisah-pisah dan duplikasi (Arwani, 2006), sedangkan menurut Sitorus (2006) menyatakan bahwa metode manajemen kasus dikembangkan untuk mengurangi fragmentasi, meningkatkan kualitas hidup klien, dan efisiensi pembiayaan. Fokus

utama manajemen kasus perawat bertanggung jawab memenuhi kebutuhan klien selama tugas jaganya (Priharjo, 1995) sedangkan menurut Sitorus (2006) fokus utama manajemen kasus adalah integrasi, koordinasi dan advokasi klien, keluarga serta masyarakat yang memerlukan layanan ekstensif.

Pada manajemen kasus, seorang perawat akan bertugas sebagai manajer kasus untuk seorang pasien atau lebih, sejak masuk ke rumah sakit hingga pasien selesai dari masa perawatan dan pengobatan. Sebagai manajer kasus, perawat memiliki tanggung jawab untuk mengkaji, menyusun diagnosa, membuat rencana, melakukan tindakan dan evaluasi pada setiap pasien (Priharjo, 1995; Arwani, 2006). Pada metode manajemen kasus diperlukan perawat dengan keterampilan yang tinggi dan akan meningkatkan biaya perawatan (Marquis & Huston, 2006; Swansburg, 2000). Di sisi lain, metode kasus ini menurut Tahan & Cesta, (1994 dalam Arwani, 2006), menyatakan bahwa akan memberikan kesempatan untuk komunikasi di antara perawat, dokter dan tim kesehatan lain, sehingga efisien dalam manajemen perawatan melalui monitoring, koordinasi dan intervensi keperawatan.

### **3. Metode Keperawatan Primer.**

Metode keperawatan primer merupakan suatu metode pemberian asuhan keperawatan, dimana terdapat hubungan yang dekat dan berkesinambungan antara klien dan seorang perawat tertentu yang bertanggung jawab dalam perencanaan, pemberian, dan koordinasi asuhan keperawatan klien, selama klien dirawat (Sitorus, 2006; Gillies, 2000). Pada metode keperawatan primer, perawat yang bertanggung

jawab terhadap pemberian asuhan keperawatan disebut perawat primer (PP). Metode keperawatan primer dikenal dengan ciri yaitu, akuntabilitas, otonomi, otoritas, advokasi, ketegasan, kontinuitas, komunikasi, kolaborasi, koordinasi dan komitmen (Sitorus, 2006). Pemberian asuhan keperawatan dengan metode keperawatan primer, perawat primer yang bertanggung jawab dalam asuhan keperawatan selama 24 jam secara terus menerus untuk perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi pada sekelompok kecil pasien (4-6 pasien) dimulai sejak masuk sampai pulang dari rumah sakit (Endah, 2002; Gillies, 2000; Priharjo, 1995; Arwani, 2006; Marquis & Huston, 2006;).

Keuntungan metode keperawatan primer yang dirasakan klien adalah 1) klien merasa lebih dihargai sebagai manusia karena terpenuhi kebutuhannya secara individu, 2) asuhan keperawatan yang bermutu tinggi dan tercapainya pelayanan yang efektif terhadap pengobatan, 3) dukungan, 4) proteksi, 5) informasi, dan 5) advokasi. Sedangkan keuntungan yang dirasakan oleh perawat primer adalah memungkinkan untuk pengembangan diri melalui implementasi ilmu pengetahuan ( Sitorus, 2006).

#### **4. Metode Keperawatan Modular**

Metode keperawatan modular adalah suatu variasi dari metode keperawatan primer. Metode keperawatan modular memiliki kesamaan dengan metode keperawatan tim maupun metode keperawatan primer (Gillies; 2000; Arwani, 2006). Dalam memberikan asuhan keperawatan dengan menggunakan metode modular, satu tim terdiri dari 2 sampai 3 perawat memiliki tanggung jawab penuh pada sekelompok

pasien berkisar 8 hingga 12 orang klien. Persyaratan untuk mengembangkan metode keperawatan modular peralatan yang dibutuhkan dalam perawatan cukup memadai.

Dalam memberikan asuhan keperawatan dengan metode ini tanggung jawab yang paling besar pada perawat profesional, walaupun perawatan dilakukan oleh dua hingga tiga perawat. Perawat profesional mempunyai kewajiban untuk membimbing dan melatih perawat non profesional. Apabila perawat profesional sebagai ketua tim tidak masuk, tugas dan tanggung jawab dapat digantikan oleh perawat profesional lainnya yang berperan sebagai ketua tim. (Gillies, 2000; Endah, 2002; Arwani, 2006). Keuntungan dan kerugian dari metode ini sama dengan gabungan antara metode tim dan metode perawatan primer (Gillies, 2000; Endah, 2002).

#### 5. Metode Tim

Metode tim merupakan metode pemberian asuhan keperawatan, yaitu seorang perawat profesional memimpin sekelompok tenaga keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada sekelompok klien melalui upaya kooperatif dan kolaboratif (Douglas, 1992, dalam Sitorus, 2006; Endah, 2002; Gillies, 2000). Metode tim dipimpin oleh perawat yang berijazah dan berpengalaman serta memiliki pengetahuan dalam bidangnya (Endah, 2002).

Metode tim didasarkan pada keyakinan bahwa setiap anggota kelompok mempunyai kontribusi dalam merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan sehingga pada perawat timbul motivasi dan rasa tanggung jawab yang tinggi

(Sitorus, 2006). Dibandingkan dengan metode fungsional, metode ini lebih banyak memberikan tanggung jawab, otoritas dan tanggung gugat kepada anggota tim (Arwani, 2006). Uraian secara lengkap tentang metode tim akan dibahas secara mendalam pada konsep metode tim asuhan keperawatan.

#### **F. Konsep Metode Tim Asuhan Keperawatan**

Pengembangan metode tim ini didasarkan pada falsafah mengupayakan tujuan dengan menggunakan kecakapan dan kemampuan anggota kelompok. Metode ini juga didasari atas keyakinan bahwa setiap pasien berhak memperoleh pelayanan terbaik. Selain itu, setiap staf berhak menerima bantuan dalam melaksanakan tugas memberi asuhan keperawatan yang terbaik sesuai kemampuannya.

Metode tim diterapkan dengan menggunakan satu tim perawat yang heterogen, terdiri dari perawat profesional (S1 keperawatan) atau perawat profesional pemula (DIII Keperawatan) sebagai ketua tim, perawat non profesional (Sekolah Perawat Kesehatan/SPK) sebagai anggota tim, dan pembantu perawat untuk memberikan asuhan keperawatan kepada sekelompok pasien (Depkes, 1999; Arwani, 2006). Satu tim keperawatan terdiri dari 3 sampai 5 perawat untuk bertanggung jawab memberikan asuhan keperawatan pada sekelompok pasien yang berjumlah antara 10 sampai 15 pasien (Endah, 2002; Arwani, 2006). Dengan demikian perbandingan antara perawat dan pasien 1:3/4 artinya secara ideal satu perawat mendapat tanggung jawab merawat 3 sampai 4 pasien. Tim keperawatan tersebut bertanggung jawab dalam memberikan asuhan keperawatan ke sejumlah pasien selama 8 atau 12 jam (Priharjo, 1995).



Tujuan pemberian metode tim dalam asuhan keperawatan adalah untuk memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan obyektif pasien sehingga pasien merasa puas. Selain itu, metode tim dapat meningkatkan kerjasama dan koordinasi perawat dalam melaksanakan tugas, memungkinkan adanya *transfer of knowledge dan transfer of experiences* di antara perawat dalam memberikan asuhan keperawatan, meningkatkan pengetahuan dan keterampilan dan motivasi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan (Arwani, 2006). Berdasarkan tujuan tersebut tugas dan tanggung jawab ketua tim menjadi hal yang harus diperhitungkan secara cermat, karena keperawatan harus benar-benar diarahkan dan direncanakan secara matang, maka ketua tim dituntut memiliki beberapa kemampuan yang harus dimiliki untuk mencapai keberhasilan asuhan keperawatan.

Kemampuan yang harus dimiliki ketua tim, adalah 1) mengkomunikasikan dan mengorganisasikan semua kegiatan tim, 2) menjadi konsultan dalam asuhan keperawatan, 3) melakukan peran sebagai model peran, 4) melakukan pengkajian dan menentukan kebutuhan pasien, 5) menyusun rencana keperawatan untuk semua pasien, 6) merevisi dan menyesuaikan rencana keperawatan sesuai kebutuhan pasien, 7) melaksanakan observasi baik terhadap perkembangan pasien maupun kerja dari anggota tim, 8) menjadi guru atau pengajar dan melaksanakan evaluasi secara baik dan obyektif (Arwani, 2006).

Tanggung jawab ketua tim pada metode penugasan tim meliputi: 1) mengkaji setiap klien, 2) mengkoordinasikan dan menyusun rencana keperawatan untuk setiap pasien

yang menjadi tanggung jawabnya, 3) membimbing anggota tim untuk mencatat tindakan keperawatan yang telah dilakukan, 4) menyakinkan semua hasil evaluasi berupa respon klien terhadap tindakan keperawatan yang tercatat, 6) melakukan evaluasi kemajuan semua klien dan mendokumentasikannya (Kron, 1987; Endah, 2002; Sitorus, 2006). Selain itu menurut Arwani (2006) tanggung jawab ketua tim membagi tugas kepada semua anggota tim, melakukan evaluasi terhadap hasil kerja anggota tim, menerima laporan tentang perkembangan kondisi pasien dari anggota tim, melakukan revisi rencana keperawatan, dan melaporkan perkembangan pasien dan kesulitan yang dihadapi kepada perawat kepala ruangan, menjaga komunikasi yang efektif, melakukan pengajaran kepada pasien dan keluarga pasien.

Tanggung jawab anggota tim pada metode tim yaitu: 1) menyadari bahwa mereka memiliki tanggung jawab untuk setiap pasien yang menjadi tanggung jawabnya, 2) melaporkan secara tepat dan akurat tentang asuhan yang dilakukan serta respon yang ditunjukkan klien, 3) menerima bantuan dan bimbingan ketua tim (Kron, 1987; Endah, 2002).

Uraian tugas ketua tim dalam asuhan keperawatan adalah: 1) bertanggung jawab terhadap pengelolaan pasien, 2) serah terima pasien setiap pergantian dinas malam ke dinas pagi, pagi ke sore dan sore ke malam dilanjutkan dengan keliling ke kamar pasien, 3) membagi tugas yang harus dilakukan oleh setiap anggota tim dan memberikan bimbingan melalui pre dan post conference, 4) menerima pasien baru dan memberikan informasi tentang tata tertib rumah sakit dan ruangan, 5) mengkaji kondisi kesehatan,

membuat diagnosa keperawatan, dan membuat rencana keperawatan, 6) mengkomunikasikan rencana keperawatan kepada anggota tim, 7) mengarahkan dan membimbing anggota tim dalam melakukan tindakan keperawatan, 8) memeriksa kelengkapan dokumentasi keperawatan, 9) mengkoordinasikan rencana keperawatan dan melakukan kolaborasi dengan profesi lain, 10) membuat rencana pulang, 11) melakukan penyuluhan/ pendidikan kesehatan, 12) mengevaluasi kinerja anggota tim dan memberi laporan kepada kepala ruangan, 13) mengikuti kegiatan ilmiah, dan 14) bila ketua tim berhalangan hadir, untuk dinas pagi tugasnya diwakili oleh kepala ruangan sedangkan untuk dinas sore dan malam hari harus mencari pengganti perawat senior yang mempunyai kemampuan setingkat dengan ketua tim (Depkes, 1999)

Uraian tugas anggota tim dalam asuhan keperawatan meliputi: 1) mengikuti timbangan terima pasien dari dinas malam ke dinas pagi, pagi ke sore, dan sore ke malam bersama ketua tim, 2) mengikuti *pre dan post conference* dengan ketua tim, 3) melakukan pengkajian awal pada pasien baru jika ketua tim tidak ada di tempat, 4) melakukan implementasi berdasarkan rencana asuhan keperawatan yang telah dibuat oleh ketua tim, 5) pencatat dengan tepat dan benar asuhan keperawatan yang telah diberikan berdasarkan respon pasien, sesuai dengan format dokumentasi yang ada diruangan, 6) memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif dan berkesinambungan kepada pasien yang menjadi tanggung jawabnya, 7) menyiapkan pasien untuk pemeriksaan diagnostik/ laboratorium, pengobatan dan tindakan medik, 8) memberikan penjelasan atas pertanyaan pasien atau keluarga dengan bahasa yang mudah dimengerti, 9) berperan serta dalam melakukan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga, 10)

berkomunikasi dengan ketua tim tentang asuhan keperawatan, 11) menghargai bantuan dan bimbingan ketua tim (Depkes, 1999)

Uraian tugas kepala ruangan meliputi: 1) melaksanakan fungsi perencanaan antara lain: merencanakan kebutuhan tenaga, peralatan dan menentukan jenis kegiatan 2) melaksanakan fungsi pergerakan dan pelaksanaan antara lain: menyusun daftar dinas, memberikan program orientasi kepada pegawai baru, mengadakan pertemuan berkala, bertanggung jawab tentang pelaksanaan dokumentasi keperawatan, menciptakan dan memelihara suasana kerja yang baik antara petugas, memeriksa dan meneliti pengisian formulir sensus harian diruang rawat, 3) melaksanakan pengawasan dan pengendalian anatar lain: mengawasi dan menilai pelaksanaan pelayanan keperawatan, memberi penilaian pelaksanaan pekerjaan pegawai (DP3), mengawasi dan mengendalikan penyagunaan peralatan, obat-obatan, mengawasi pelaksanaan sistem pencatatan pelaporan atau pendokumentasian kegiatan pelayanan keperawatan (Depkes, 1999).

Peran perawat kepala ruang dalam penerapan metode penugasan tim yaitu: harus mampu mengoptimalkan fungsi tim melalui orientasi anggota tim dan pendidikan berkelanjutan, mengkaji kemampuan anggota tim, memberi tugas sesuai dengan keterampilannya dan sebagai model peran (Sitorus, 2006; Arwani, 2006). Sedangkan tanggung jawab kepala ruang pada metode penugasan metode tim yaitu menetapkan standar kinerja saf, membantu staf menetapkan sasaran keperawatan pada unit yang dipimpinnya, memberikan kesempatan pada ketua tim untuk mengembangkan keterampilan manajemen dan kepemimpinan, secara berkesinambungan mengorientasikan staf baru

tentang prosedur tim keperawatan, menjadi narasumber bagi ketua tim dan staf, memotivasi staf untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan dan melakukan komunikasi terbuka untuk setiap staf yang dipimpinya (Kron, 1987; Endah, 2002).

Keuntungan dari metode tim dalam pemberian asuhan keperawatan yaitu: 1) memfasilitasi pelayanan keperawatan yang komprehensif, 2) memungkinkan pencapaian proses keperawatan dan 3) konflik atau perbedaan pendapat antar staf dapat ditekan melalui rapat tim cara ini efektif untuk belajar, 4) memberikan kepuasan anggota tim dalam hubungan interpersonal dan memungkinkan menyatukan kemampuan anggota tim yang berbeda-beda dengan aman dan 5) efektif (Kron, 1987; Endah, 2002). Sedangkan keuntungan metode tim menurut Arwani (2006) yaitu 1) dapat memberikan kepuasan kepada pasien dan perawat, 2) perawat dapat mengenali pasien secara individual karena perawat hanya menangani pasien dalam jumlah sedikit, 3) perawat akan memperlihatkan kerja lebih produktif melalui kemampuan dalam bekerja sama dan berkomunikasi dalam tim.

Kerugian dari metode tim yaitu 1) rapat tim memerlukan waktu sehingga pada situasi sibuk rapat tim ditiadakan, 2) koordinasi antar anggota terganggu sehingga kelancaran tugas terhambat, 3) perawat yang belum terampil dan belum berpengalaman selalu tergantung pada ketua tim dan 4) akontabilitas dalam tim kabur (Kron, 1987; Endah, 2002). Sedangkan menurut Arwani (2006) kerugian metode tim adalah 1) memerlukan biaya yang lebih tinggi, 2) tidak efektif jika pengaturannya tidak baik, 3) memerlukan banyak kerjasama dan komunikasi, 4) kecenderungan banyak kegiatan keperawatan

dilakukan oleh perawat non profesional, dan 5) ketua tim perlu waktu lebih banyak untuk tugas manajerial seperti mengkaji, mendelegasikan, dan mengontrol kerja kelompok (Priharjo, 1995; Arwani, 2006).

Penerapan metode tim menurut Kron (1987) diperlukan beberapa hal diantaranya: 1) tersedia tenaga profesional, 2) perawat profesional dapat bertanggung jawab dalam membuat keputusan dan memberikan asuhan perawatan penuh, pembagian tugas oleh kepala ruang, 3) konferensi singkat dan informal yang dipimpin ketua tim, 4) pelaporan tentang pasien pada setiap pergantian shift, 5) ketua tim bersedia membantu, mengawasi, menilai dan membimbing anggota tim, 6) komunikasi, dan 7) dokumentasi keperawatan. Sedangkan menurut Arwani (2006) metode tim dapat diterapkan jika ada tenaga yang mampu dan mau memimpin kelompok kecil, dapat bekerjasama dan membimbing tenaga yang lebih rendah, kepala ruang harus mau membagi tanggung jawab dan tugasnya kepada orang lain (ketua tim dan anggota tim).

Pelaksanaan metode tim berlandaskan pada konsep bahwa ketua tim mampu: 1) menggunakan berbagai teknik kepemimpinan, 2) membuat keputusan tentang perencanaan, supervisi, dan evaluasi, 3) komunikasi efektif agar kontinuitas rencana keperawatan terjamin, dan 4) uraian tugas untuk ketua tim dan anggota tim harus jelas serta spesifik (Endah, 2002; Sitorus, 2006). Berdasarkan SK Menpan No.135 tahun 2004 tentang pedoman evaluasi kinerja instansi pemerintah bahwa pencapaian sasaran kinerja kelompok atau metode tim dikatakan baik jika  $\geq 90\%$ , sedangkan pencapaian sasaran  $< 90\%$  dikatakan kurang dan memerlukan upaya perbaikan (Simanjuntak, 2005).

Berdasarkan uraian tugas ketua tim dan anggota tim menurut Depkes (1999); Kron (1987); Endah (2002); Sitorus (2006); Arwani (2006), maka penerapan metode penugasan tim meliputi beberapa kegiatan: 1) pembagian tugas, 2) pelaksanaan asuhan keperawatan, 3) komunikasi, 4) supervisi. 5) koordinasi, dan 6) pendelegasian tugas.

### 1. Pembagian Tugas.

Prinsip Pembagian tugas adalah pekerjaan harus dikerjakan bersama, atau dibagi di antara beberapa pekerjaan yang mempunyai kategori teknis keahlian yang berbeda. (McMohan at al, 1999). Demikian juga menurut Endah (2002) prinsip dasar untuk mencapai efisiensi kerja yaitu pekerjaan dibagi-bagi sehingga setiap orang memiliki tugas tertentu (Endah, 2002, Pengorganisasian dalam keperawatan, ¶ 6, <http://andrian24.multiply.com/jurnal>, diperoleh tanggal 9 Februari 2008). Sedangkan menurut pendapat Siagian (2002) pembagian tugas adalah prinsip fungsionalisasi, dengan demikian dapat ditetapkan fungsi, tugas, dan aktivitas berbagai satuan kerja dalam organisasi. Artinya setiap satuan kerja mempunyai tugas dan kegiatan yang secara fungsional menjadi tanggung jawabnya.

Dalam keperawatan rincian serta pegelompokkan tugas yang akan dilakukan harus sesuai dengan fungsi dalam asuhan keperawatan, sehingga perlu memperhatikan hal-hal seperti: a) tiap-tiap unit ruangan harus mempunyai daftar rincian aktivitas yang jelas, b) tugas perawat dirinci dengan jelas, c) jumlah tugas masing-masing perawat hendaknya berkisar antara 4-15 macam, agar tidak membosankan dan juga tidak memberatkan, d) variasi tugas bagi perawat jangan terlalu jauh berbeda, e) beban

tugas yang merata, f) penempatan perawat hendaknya yang tepat sesuai dengan pengalaman, kecakapan, keahlian, pendidikan, kekuatan, jenis kelamin, umur, atau kesehatan, g) penambahan atau pengurangan pegawai hendaknya berdasarkan volume kerja (Endah, 2002; Swanburg, 2000; Siagian, 2002).

Pada metode penugasan tim, kepala ruang membagi tugas kepada setiap ketua tim, selanjutnya ketua tim bertanggung jawab dalam mengarahkan anggota tim untuk memberikan asuhan keperawatan kepada klien yang menjadi tanggung jawabnya (Endah, 2002, Pengorganisasian dalam keperawatan, ¶ 22, <http://andrian24.multiply.com/jurnal>, diperoleh tanggal 9 Februari 2008).

Keuntungan dari sistem pembagian tugas adalah tanggung jawab ketua tim terfokus pada sekelompok klien sehingga mampu dengan cepat mengidentifikasi dan melakukan pencegahan terjadinya komplikasi pada klien (Swansburg, 2000; Arwani, 2006). Hasil penelitian Rusmiati (2006) menyatakan ada hubungan yang bermakna antara pembagian tugas dengan kinerja perawat pelaksana.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa pembagian tugas yang jelas dan spesifik memungkinkan seluruh anggota tim dapat terfokus pada tugas dan pasien yang menjadi tanggung jawabnya, dengan demikian memungkinkan perawat untuk memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif dan berkualitas, salah satu indikator asuhan keperawatan berkualitas adalah tercapainya tujuan asuhan keperawatan, hal ini dapat diidentifikasi dari kelengkapan dan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan.



### 3. Pelaksanaan Asuhan Keperawatan

Proses keperawatan adalah suatu pendekatan yang teratur, sistematis dalam mengidentifikasi masalah klien, membuat rencana penyelesaiannya, melaksanakan rencana tersebut dan menilai daya guna rencana penyelesaian masalah yang telah diidentifikasi sebelumnya (Alfaro, 2006; Perry dan Potter, 2005). Proses keperawatan memberikan kerangka kerja bagi perawat dalam menggunakan pengetahuan dan keterampilannya untuk menolong pasien memenuhi kebutuhan kesehatannya sebab proses keperawatan adalah proses yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan yang saling berhubungan serta saling mempengaruhi untuk memecahkan masalah pasien (Kozair, Erb & Berman, 2004; Iyer & Camp, 2005)

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa proses keperawatan adalah suatu kerangka kerja ilmiah yang bertujuan menyelesaikan masalah secara sistematis, bersifat individual, berorientasi pada tujuan dengan menggunakan pengetahuan dan keterampilan perawat untuk memenuhi kebutuhan pasien, melalui tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi tindakan yang telah dilakukan, sehingga dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

Tahapan proses keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan (Alfaro, 2006; Perry dan Potter, 2005) meliputi:

#### a. Pengkajian

Pengkajian adalah pengumpulan data yang berhubungan dengan klien secara sistematis meliputi fisik, psikologis, sosiokultural, spiritual, kognitif, kemampuan fungsional, perkembangan ekonomi dan gaya hidup. Pada metode tim pengkajian dilakukan oleh ketua tim, kemudian ketua tim membuat riwayat keperawatan klien dengan melakukan semua pengkajian awal. Data dikumpulkan melalui wawancara, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan diagnostik.

b. Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah analisis data yang telah dikumpulkan untuk mengidentifikasi, memfokuskan dan mengatasi kebutuhan spesifik klien serta respon terhadap masalah aktual dan risiko tinggi. Dari data pengkajian awal selanjutnya ketua tim merumuskan diagnosa keperawatan dan memprioritaskan masalah yang akan ditangani lebih dahulu.

c. Perencanaan

Perencanaan adalah proses dua bagian; pertama identifikasi tujuan dan hasil yang diinginkan dari klien untuk memperbaiki masalah kesehatan atau kebutuhan yang telah dikaji, hasil yang diharapkan harus spesifik, realistis, dapat diukur, menunjukkan kerangka waktu yang pasti, mempertimbangkan keinginan dan sumber klien. Kedua pemilihan intervensi keperawatan yang tepat untuk membantu klien dalam mencapai hasil yang diharapkan. Ketua tim membuat perencanaan asuhan keperawatan untuk semua klien yang menjadi tanggung jawabnya sejak pasien masuk sampai dengan pulang. Pada tahap perencanaan,

perawat melibatkan klien untuk memutuskan masalah yang menjadi prioritas, mengembangkan hasil akhir yang diharapkan dan menentukan tindakan yang akan dilakukan perawat dan klien untuk mencapai hasil tersebut.

#### d. Implementasi

Implementasi adalah melakukan tindakan keperawatan sesuai rencana keperawatan. Pada tahap ini perencanaan dilaksanakan, respon klien dievaluasi dan pencatatan terhadap tindakan yang telah dilakukan beserta respon klien terhadap tindakan tersebut. Tindakan yang dilakukan pada tahap ini adalah tindakan mandiri (independen), tindakan ketergantungan (dependen) dan tindakan kolaborasi (interdependen). Ketua tim melaksanakan semua asuhan keperawatan secara langsung pada klien yang menjadi tanggung jawabnya. Perawatan langsung dapat juga dilaksanakan oleh anggota tim yang membantunya dengan mengacu pada rencana keperawatan yang telah disusun oleh ketua tim. Ketua tim bertanggung jawab melakukan koordinasi asuhan keperawatan klien dengan anggota tim kesehatan lainnya.

#### e. Evaluasi

Evaluasi adalah menentukan kemajuan klien terhadap pencapaian hasil yang diharapkan dan respon klien terhadap keefektifan perencanaan keperawatan. Evaluasi adalah proses berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan pada klien dan evaluasi terus menerus dilakukan pada respon klien terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Ketua tim melakukan

evaluasi hasil dari rencana keperawatan yang telah ditetapkan, respon klien terhadap asuhan keperawatan dan melakukan modifikasi rencana keperawatan bila dibutuhkan.

Dari uraian diatas bahwa proses keperawatan pada metode tim dilaksanakan dengan pembagian tugas; ketua tim melakukan pengkajian, merumuskan diagnosa keperawatan, menyusun rencana dan evaluasi keperawatan. Sedangkan anggota tim melaksanakan implementasi keperawatan, dengan demikian diharapkan dapat meningkatkan mutu asuhan keperawatan.

#### 4. Komunikasi

Komunikasi merupakan unsur yang penting dalam aktivitas manajemen dan sebagai bagian yang selalu ada dalam proses manajemen (Nursalam, 2002). Kemampuan untuk berkomunikasi secara efektif menentukan kesuksesan sebagai pemimpin atau manajer (Marquis dan Huston, 2006). Pimpinan yang mempunyai kemampuan berkomunikasi dan mampu berhubungan secara manusiawi dengan orang lain akan lebih mudah mempengaruhi dan menggerakkan orang lain sesuai harapannya dalam mencapai tujuan. Komunikasi juga berfungsi dalam pengendalian, motivasi, pengungkapan emosional, dan informasi dalam suatu kelompok atau organisasi (Robbins, 2006).

Komunikasi adalah suatu pertukaran pikiran, perasaan dan pendapat dan memberikan nasehat dimana terjadi antara dua orang atau lebih bekerja bersama

(Tappen, 1995 dalam Nursalam, 2002). Komunikasi dalam praktik keperawatan profesional merupakan unsur utama bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang optimal (Nursalam, 2002). Pengembangan metode tim merupakan sarana peningkatan komunikasi antara perawat dan tim kesehatan lainnya. Komunikasi adalah adanya suatu kejelasan dalam pemberian informasi dari masing-masing individu sesuai dengan kedudukannya sebagai ketua tim dan anggota tim. Keberhasilan kerja kelompok bergantung pada hubungan baik di antara anggota tim, terutama antara pemimpin tim dan anggota tim yang lain (McMohan, et al, 1999). Hal ini terbukti dari hasil penelitian Rustiani (2007) menunjukkan bahwa komunikasi dalam tim mempunyai hubungan yang bermakna dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan.

Dalam hubungan antara sesama perawat, ketua tim menggunakan berbagai cara untuk mengkomunikasikan proses keperawatan klien. Bila ketua tim sedang tidak bertugas, ketua tim menunjuk perawat pelaksana untuk memberi asuhan keperawatan pada klien dan mengarahkan tentang cara merawat klien dengan masalah spesifik (Gillies, 2000). Selain itu ketua tim mengkomunikasikan secara langsung mengenai asuhan keperawatan klien kepada tenaga kesehatan yang terlibat serta mampu memberikan jawaban yang memuaskan atas konsultasi yang diajukan (Kron, 1987). Komunikasi juga dapat dilakukan melalui dokumentasi rencana keperawatan, pengobatan, tindakan keperawatan dan penyuluhan yang telah diberikan. Hal ini akan memudahkan perawat pelaksana melakukan tindak lanjut keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien (Loveridge dan Cumming, 1996).

Berdasarkan uraian diatas dapat disimpulkan bahwa komunikasi merupakan elemen yang penting dari interaksi manusia yang memungkinkan seseorang untuk meningkatkan kontak dengan orang lain. Dengan demikian, seorang pemimpin tim harus memberi perhatian khusus pada mutu hubungan dalam tim, dan komunikasi sebagai sarana untuk menjaga hubungan baik, sehingga kebutuhan klien dapat terpenuhi.

## 5. Supervisi

Supervisi merupakan salah satu metode yang digunakan untuk memberikan support dalam pengembangan kompetensi seorang perawat pelaksana (Landmark, at al, 2003, dalam Sudarwati, 2006). Menurut Kron (1987) supervisi adalah proses merencanakan, mengarahkan, membimbing, mengajar, memperbaiki dan memberikan dorongan secara terus menerus dengan sabar, adil dan bijaksana sesuai dengan kemampuan dan keterbatasan tugas perawat. Sedangkan menurut Gillies, (2000) supervisi adalah di sebut juga pengawasan, dengan supervisi dapat mengevaluasi penampilan kinerja, dan menyetujui serta mengoreksi pekerjaan orang lain. Supervisi dalam praktik keperawatan profesional adalah suatu proses pemberian sumber-sumber yang dibutuhkan perawat untuk menyelesaikan tugas-tugas dalam mencapai tujuan organisasi (Nursalam, 2002; Swansburg, 2000).

Dari beberapa pengertian diatas, dapat disimpulkan bahwa supervisi merupakan kegiatan yang mengandung dua hal yaitu pemimpin dan anggota atau orang yang disupervisi. Pimpinan mampu melakukan pengawasan sekaligus menilai seluruh

kegiatan yang telah direncanakan bersama, dan anggota mampu menjalankan tugas-tugas yang menjadi tanggung jawabnya dengan sebaik-baiknya. Jadi dalam kegiatan supervisi semua orang yang terlibat, sebagai mitra kerja yang memiliki pendapat dan pengalaman yang perlu didengar, dihargai, dan diikutsertakan dalam usaha perbaikan proses kegiatan termasuk proses keperawatan.

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 pelaksanaan keperawatan, melatih staf dan pelaksana keperawatan, memberikan arahan dalam pelaksanaan kegiatan sebagai upaya untuk menimbulkan kesadaran dan mengerti peran serta fungsinya sebagai staf, dan difokuskan pada pemberian pelayanan kemampuan staf dan pelaksanaan keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan (Dharma, 2004; Arwani, 2006).

Prinsip-prinsip supervisi didasarkan atas hubungan profesional dan bukan hubungan pribadi, kegiatan yang harus direncanakan secara matang, bersifat edukatif, memberikan perasaan aman pada perawat pelaksana, dan harus mampu membentuk suasana kerja yang demokratis. Selain itu yang harus dipenuhi dalam kegiatan supervisi adalah harus dilakukan secara obyektif dan mampu memacu terjadinya penilaian diri, bersifat progresif, inovatif, fleksibel, dapat mengembangkan potensi atau kelebihan masing-masing orang yang terlibat, bersifat konstruktif dan kreatif

dalam mengembangkan diri disesuaikan dengan kebutuhan, dan supervisi harus dapat meningkatkan kinerja bawahan dalam upaya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan (Dharma, 2004; Arwani, 2006).

Hasil penelitian Rustiani (2007) menunjukkan bahwa supervisi mempunyai hubungan yang bermakna dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan. Demikian juga hasil penelitian Manurung (2003) menyebutkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara supervisi dengan komunikasi terapeutik oleh perawat pelaksana. Maka dapat disimpulkan bahwa Supervisi dilakukan untuk mencapai tujuan keperawatan dan menciptakan kepuasan bagi semua pihak yang terlibat, dan bertujuan peningkatan mutu pelayanan keperawatan.

## **6. Koordinasi**

Koordinasi adalah keselarasan tindakan, usaha, sikap dan penyesuaian antar tenaga yang ada dibangsal. Keselarasan ini dapat terjalin antar perawat dengan anggota tim kesehatan lain maupun dengan tenaga di bagian lain (Endah, 2002). Demikian juga menurut Gillies (2000), bahwa koordinasi adalah kegiatan yang menyebabkan anggota sebuah kelompok kerja bersama-sama secara harmonis. Sedangkan menurut Siagian (2002), koordinasi merupakan unsur kerja sama, untuk menyelaraskan tugas karena tidak mungkin tugas fungsional diselesaikan dengan baik dengan bekerja sendirian. Hasil penelitian Rusmiati (2006), menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara koordinasi dengan kinerja perawat pelaksana.



Kepala ruangan atau ketua tim adalah seorang yang paling tepat untuk mengkoordinasikan kegiatan pemberi perawatan langsung karena ia memiliki pengetahuan yang dekat akan tanggung jawab dan kegiatan pegawai serta dapat mempengaruhi komunikasi dan interaksi diantara pekerja (Gillies, 2000). Keselarasan dibidang keperawatan dalam pemberian asuhan keperawatan yaitu kesatuan tindakan menggunakan pendekatan proses keperawatan, standar kinerja (SOP/ SAK/ Protap) Keseimbangan antar tenaga dan klien yang dirawat sesuai tingkat ketergantungan klien dengan kompetensi perawat (Endah, 2002; Swansburg, 2000).

Manfaat koordinasi adalah untuk menghindari perasaan lepas antar tugas yang ada di bangsal dan perasaan lebih penting dari yang lain, menumbuhkan rasa saling membantu, menimbulkan kesatuan tindakan dan sikap antar staf. Cara melakukan koordinasi antara lain dengan komunikasi terbuka, dialog, pertemuan atau rapat rutin, pencatatan dan pelaporan, serta pembakuan formulir yang berlaku (Endah, 2002; Swanburg, 2002). Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa koordinasi merupakan unsur kerja sama, untuk menyejajarkan kesatuan tindakan antar perawat dengan anggota tim kesehatan, sehingga dapat meningkatkan kinerja perawat.

## **7. Pendelegasian Tugas.**

Pendelegasian tugas adalah pelimpahan wewenang dan tanggung jawab kepada staf untuk bertindak dalam batas-batas tertentu (Endah, 2002; Sutarto, 2002). Dengan pendelegasian tugas, seorang pimpinan dapat mencapai tujuan dan sasaran kelompok

melalui usaha orang lain. Menurut Sutarto (2002) pendelegasian dan wewenang atau pelimpahan wewenang berarti penyerahan sebagian hak untuk mengambil tindakan yang diperlukan agar tugas dan tanggung jawabnya dapat dilaksanakan dengan baik dari pejabat yang satu kepada pejabat yang lain.

Delegasi yang baik tergantung dari keseimbangan antara: a) tanggung jawab adalah suatu tanggung jawab terhadap penerimaan suatu tugas, b) kemampuan adalah seseorang dalam melaksanakan tugas limpahan, c) wewenang adalah pemberian hak dan kekuasaan penerimaan tugas limpahan untuk mengambil suatu keputusan terhadap tugas yang dilimpahkan (Nursalam, 2002). Keuntungan bagi staf dengan melakukan pendelegasian adalah mengembangkan rasa percaya diri, berkualitas, lebih komit dan puas pada pekerjaan. Dalam pendelegasian wewenang, masalah yang terpenting adalah apa tugas dan seberapa besar wewenang yang harus dan dapat dilimpahkan kepada staf (Endah, 2002).

Langkah yang harus ditempuh agar dapat melakukan pendelegasian yang efektif: 1) tetapkan tugas yang akan didelegasikan, 2) pilihlah orang yang akan diberi delegasi, 3) berikan uraian tugas yang akan didelegasikan dengan jelas, 4) uraikan hasil spesifik yang diharapkan dan kapan hasil tersebut harus tercapai, 5) jelaskan batas wewenang dan tanggung jawab yang dimiliki staf tersebut, 6) cek penerimaan staf atas tugas yang didelegasikan 7) tetapkan waktu untuk mengontrol perkembangan, 8) berikan dukungan dan 9) evaluasi hasilnya (Endah, 2002).

Manajer keperawatan sering melimpahkan tanggung jawabnya kepada staf dalam melaksanakan asuhan keperawatan kepada klien, misalnya dalam penerapan metode penugasa tim, ketua tim melimpahkan tanggung jawabnya dalam memberikan asuhan keperawatan kepada anggota tim. Ketua tim memberikan tanggung jawab yang penuh dalam merawat klien yang dilimpahkan (Nursalam, 2002). Hasil penelitian Rusmiati (2006) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pendelegasian wewenang dengan kinerja perawat pelaksana.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa pendelegasian tugas adalah penyerahan atau pelimpahan wewenang dan tanggung jawab dari pejabat yang satu kepada pejabat yang lain untuk bertindak dalam batas-batas tertentu, agar tugas dan tanggung jawabnya dapat dilaksanakan dengan baik. Dengan pendelegasian tugas, seorang pimpinan dapat mencapai tujuan melalui usaha orang lain.

#### **G. Dokumentasi Asuhan Keperawatan**

Pendokumentasian merupakan salah satu cara mengkomunikasikan informasi tentang keadaan pasien dan asuhan keperawatan yang telah diberikan oleh seorang perawat (Fischbach, 1991). Dokumentasi proses keperawatan merupakan sesuatu yang penting karena menjadi kerangka akuntabilitas perawat profesional (Sitorus, 2006). Demikian juga menurut Iyer dan Camp (1995) mengemukakan bahwa dokumentasi adalah bagian dari pertanggung jawaban perawat secara utuh terhadap klien yang dirawat. Kemampuan perawat untuk membuat perbedaan pada hasil akhir terhadap klien harus dicatat. Sedangkan menurut Potter dan Perry (2005) dokumentasi sebagai segala sesuatu yang

tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang. Dokumentasi adalah salah satu alat yang sering digunakan dalam komunikasi keperawatan dalam memvalidasi asuhan keperawatan, sarana komunikasi antar tim kesehatan lainnya, dan merupakan dokumen paten dalam pemberian asuhan keperawatan (Nursalam, 2001).

Berdasarkan beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa dokumentasi keperawatan merupakan pencatatan kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh seorang perawat dan merupakan alat komunikasi secara tertulis antar perawat dan tim pelayanan kesehatan serta merupakan sesuatu yang penting karena menjadi kerangka akuntabilitas perawat profesional.

Tujuan pendokumentasian proses keperawatan adalah untuk memfasilitasi kualitas asuhan keperawatan, menjamin dokumentasi dengan hasil yang berfokus kepada pasien, serta memfasilitasi konsistensi interdisiplin dan mengkomunikasikan perkembangan perawatan pasien (Doenges, 1999). Sedangkan pendokumentasian menurut (Depkes, 1997; Fischbach, 1991; Potter & Perry, 2005), bertujuan: 1) mengidentifikasi status kesehatan dalam rangka mencatat kebutuhan pasien, merencanakan, melaksanakan tindakan keperawatan dan mengevaluasi tindakan yang telah diberikan. 2) bukti kualitas asuhan keperawatan, 3) bukti legal dokumentasi sebagai pertanggung jawaban kepada pasien, 4) informasi terhadap perlindungan individu, 5) bukti aplikasi standar praktik keperawatan, 6) sumber informasi statistik untuk standar dan riset keperawatan, 7) persepsi hak pasien, 8) dokumentasi untuk tenaga profesional dan tanggung jawab etik,

9) data keuangan yang sesuai, dan 10) data perencanaan pelayanan kesehatan dimasa yang akan datang.

Standar dokumentasi keperawatan adalah suatu pernyataan tentang kualitas dan kualitas dokumentasi yang dipertimbangkan secara adekuat dalam situasi tertentu (Nursalam, 2001). Dengan adanya standar dokumentasi memberikan informasi bahwa adanya suatu ukuran terhadap kualitas dokumentasi keperawatan. Menurut Potter dan Perry (2005) ada 6 pedoman penting yang harus diikuti untuk kualitas dokumentasi dan pelaporan yaitu: dasar faktual, keakuratan, kelengkapan, keterkinian, organisasi, dan kerahasiaan. Adapun menurut Fiscbach, (1991) karakteristik standar dokumentasi keperawatan adalah sebagai berikut: 1) didasarkan kepada definisi keperawatan dan proses keperawatan yang sudah ditentukan, 2) diaplikasikan terhadap semua perawat yang praktik dalam sistem pelayanan kesehatan, 3) petunjuk tindakan keperawatan, 4) dapat dipertahankan dan promosi kesehatan yang optimal, dan 5) dapat diperoleh siapa saja yang memerlukan.

Tingkat keberhasilan penerapan standar dapat diketahui dengan melakukan penilaian secara obyektif yang menggunakan instrumen studi dokumentasi penerapan standar asuhan keperawatan di rumah sakit (Depkes, 1997). Penilaian tersebut untuk mengetahui sejauh mana proses keperawatan digunakan oleh perawat dalam memecahkan masalah pada saat memberikan asuhan keperawatan. Mutu pendokumentasian asuhan keperawatan dinilai berdasarkan kelengkapan dan ketepatan dalam mendokumentasikan mulai dari tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan dan evaluasi keperawatan.

Prinsip pencatatan dokumentasi keperawatan harus memenuhi prinsip-prinsip seperti: 1) waktu, merupakan hal yang penting bertujuan aspek legal dan keamanan pasien, serta harus segera dilakukan setelah tindakan ke pasien; 2) mencantumkan tanda tangan sesuai peraturan yang berlaku, 3) konfiden, data pasien dilindungi secara legal dan dianggap catatan yang bersifat rahasia, 4) pendokumentasian sesuai dengan urutan tahapan proses keperawatan, 5) pencatatan harus singkat dan mudah dimengerti oleh tim, serta menggunakan simbol atau singkatan yang telah disepakati tim perawatan (Kozier, 1995).

Tahapan Pendokumentasian keperawatan meliputi; format pengkajian, format diagnosa , format rencana, format tindakan, dan format evaluasi keperawatan (Depkes, 1997; Fiscbach, 1991; Potter & Perry, 2005),

#### 1. Format Pengkajian

Format pengkajian berisi hasil pengkajian awal perawat terhadap pasien yang baru masuk ke ruangan, dilakukan dengan cara wawancara langsung kepada pasien dan keluarganya, serta dilanjutkan dengan pemeriksaan fisik secara head to toe. Pengkajian dilakukan oleh perawat yang menerima pasien pada saat masuk dan dikonfirmasi kepada ketua tim sebagai penanggung jawab.

#### 2. Format Diagnosa Keperawatan

Format diagnosa keparawatan berisi tentang diagnosa keperawatan yang dirumuskan sesuai data yang ditemukan, tanggal ditemukan dan kapan diagnosa tersebut teratasi.

#### 3. Format Rencana Keperawatan

Setelah dilaksanakan pengkajian dan dirumuskan diagnosa keperawatan, maka ketua tim atau perawat yang diberi delegasi bertanggung jawab untuk menyusun rencana

keperawatan berdasarkan analisa data. Rencana keperawatan mengacu pada standar asuhan keperawatan.

#### 4. Format Tindakan Keperawatan

Pada lembar ini menggambarkan rangkaian tindakan keperawatan , format tersebut memungkinkan perawat untuk membuat semua tindakan keperawatan yang telah dilakukan. Jenis-jenis tindakan keperawatan mandiri dan tindakan kolaborasi dengan anggota tim kesehatan lain.

#### 5. Format evaluasi keperawatan.

Lembar ini berisi informasi tentang catatan perkembangan kondisi kesehatan pasien setiap hari berdasarkan rencana dan implementasi keperawatan yang telah dilakukan.

Bentuk format untuk menulis catatan. Perkembangan pasien yaitu Subyektif, Obyektif, Analisa, Planing, Intervensi/ Implementasi dan Evaluasi serta Revisi (SOAPIER) untuk lebih jelasnya sebagai berikut: 1) S: Subyektif, keluhan-keluhan atau apa yang dikatakan pasien, 2) O: Subyektif, apa yang diamati, dengan cara inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi dan pengukuran, 3) A: Analisa, kesimpulan/ analisis perawat tentang kondisi pasien, 4) P: Planing, atau rencana tindakan, 5) I: Intervensi, atau implementasi merupakan tindakan yang diberikan oleh perawat untuk mengatasi masalah yang ada, 6) E: Evaluasi, evaluasi terhadap tindakan keperawatan, dan 7) R: Revisi rencana atau modifikasi rencana keperawatan.

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa salah satu indikator kualitas asuhan keperawatan dapat dilihat dari kelengkapan dokumentasi keperawatan melalui audit dokumentasi keparawatan, yang meliputi aspek yang dinilai adalah pengkajian

keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

## H. Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Terhadap Perilaku Kerja

Faktor-faktor yang mempengaruhi perilaku kerja perawat secara teori terdapat tiga variabel yaitu: variabel individu, variabel organisasi dan variabel psikologis. Ketiga variabel tersebut mempengaruhi perilaku kerja (Gibson, 1996) Faktor-faktor yang terakait dengan penelitian ini adalah variabel individu meliputi: umur, lama kerja, pendidikan, dan pelatihan yang dikuti oleh perawat.

### 1. Umur

Hubungan antara umur dan kinerja merupakan isu penting, karena terdapat keyakinan bahwa kinerja dan produktivitas akan merosot dengan bertambahnya umur (Robbins, 2006; Muchlas, 2005). Pendapat tersebut bertentangan dengan pendapat Gibson (1996) mengemukakan bahwa pekerja yang lebih tua dianggap lebih cakap secara teknis, lebih banyak pengalaman dan lebih bijaksana dalam pengambilan keputusan. Demikian juga menurut Dessler (1998) menyebutkan bahwa penetapan karir seseorang terjadi pada periode umur tertentu: tahap percobaan berlangsung dari umur 25 sampai 30 tahun, sedangkan tahap pementapan karir antara umur 30-40 tahun. Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian Hariyati (1999) membuktikan bahwa perawat dengan umur < 30 tahun hanya 40,0% mempunyai nilai kualitas dokumentasi tinggi, sedangkan perawat dengan umur  $\geq$  30 tahun 68,4% mempunyai nilai kualitas dokumentasi tinggi, kesimpulan dari hasil penelitian



tersebut ada hubungan yang bermakna antara umur perawat dengan kualitas dokumentasi keperawatan. Pendapat tersebut tidak sejalan dengan hasil penelitian Widyantoro (2005) menyatakan bahwa umur tidak ada hubungan yang signifikan dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan.

Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa dengan bertambahnya umur karyawan, kinerja seorang karyawan menjadi lebih baik, demikian juga dengan bertambahnya umur perawat, kinerja dalam melakukan dokumentasi asuhan keperawatan menjadi lebih baik, hal ini terbukti bahwa perawat dengan umur lebih dari 30 tahun lebih baik kualitas dokumentasinya dibandingkan dengan perawat yang berumur kurang dari 30 tahun.

## 2. Lama Kerja

Lama kerja merupakan hal yang sangat penting karena dapat mencerminkan tingkat kepuasan akhir dan produktivitas yang dapat dicapai oleh karyawan. Menurut Robbins (2006) menyatakan terdapat suatu hubungan yang positif antara masa kerja dan produktivitas pekerjaan. Seorang karyawan menetapkan pekerjaannya yang cocok pada masa kerja < 7 tahun (Dessler, 1998). Makin lama seseorang bekerja makin trampil dan berpengalaman melaksanakan pekerjaan (Siagian, 2002).

Pendapat Dessler (1998) sejalan dengan hasil penelitian Hariyati (1999) menyatakan bahwa perawat dengan masa kerja < 7 tahun 43,2% mempunyai nilai kualitas dokumentasi tinggi, sedangkan perawat dengan lama kerja  $\geq$  7 tahun 59,1%

mempunyai nilai dokumentasi tinggi, namun kesimpulan hasil penelitian tersebut tidak ada hubungan yang bermakna antara lama kerja dengan kualitas dokumentasi perawatan. Demikian juga hasil penelitian Widyantoro (2005) dan Rustiani (2007) menyatakan tidak ada hubungan yang bermakna antara lama kerja dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan.

Dapat disimpulkan bahwa semakin lama seseorang bekerja semakin baik kinerjanya, hal ini terbukti bahwa perawat yang bekerja lebih dari 7 tahun mempunyai nilai kualitas dokumentasi tinggi lebih besar, dibandingkan dengan perawat dengan masa kerja kurang dari 7 tahun. Dengan kualitas dokumentasi yang baik, kelengkapan dokumentasi juga terjadi, semakin lama perawat bekerja maka makin lengkap dokumentasi keperawatannya.

### **3. Pendidikan**

Pendidikan merupakan suatu proses yang akan menghasilkan perubahan perilaku seseorang yang berbentuk peningkatan kemampuan kognitif, afektif dan psikomotor (Notoatmojo, 2003). Menurut Gibson (1996) mengemukakan bahwa tingkat pendidikan yang tinggi umumnya menyebabkan seseorang lebih mampu dan bersedia menerima tanggung jawab. Dengan pendidikan seseorang akan dapat meningkatkan kematangan intelektualnya, sehingga ia dapat membuat keputusan dalam bertindak, semakin tinggi pendidikan seseorang akan semakin mudah baginya untuk menerima serta mengembangkan pengetahuan dan teknologi (Green, 1980, dalam Manurung, 2003). Sedangkan menurut Siagian (2002), mengemukakan makin

tinggi pendidikan seseorang makin besar keinginan untuk memanfaatkan pengetahuan dan keterampilan. Pendapat tersebut berbeda dengan pendapat Robbins (2006) menyatakan bahwa pendidikan tinggi bukan merupakan prasarat untuk memperoleh kinerja yang baik, tetapi merupakan peramal atau prediksi yang kuat untuk kinerja seseorang.

Hasil penelitian Girsang (2006) menunjukkan bahwa perawat yang berpendidikan SPR/ SPK kurang kinerjanya dibandingkan perawat dengan pendidikan D.III Keperawatan, tetapi tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kinerja. Sedangkan hasil penelitian Rustiani (2007) menyatakan mempunyai hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan. Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa pendidikan merupakan upaya untuk merubah sikap dan perilaku agar dapat memanfaatkan pengetahuan, keterampilan dan teknologi serta bersedia menerima tanggung jawab dalam memberikan asuhan keperawatan termasuk melakukan dokumentasi keperawatan.

#### **4. Pelatihan**

Pelatihan adalah pendidikan untuk memperoleh kemahiran atau kecakapan dalam bidang tertentu (Depdikbud, 1990). Pelatihan merupakan bagian dari proses pendidikan untuk peningkatan pengetahuan dan keterampilan kerja (Notoatmojo, 2003). Sedangkan menurut Sujudi (2005) mengemukakan bahwa pelatihan merupakan pendidikan tambahan bagi perawat sebagai suatu proses untuk menghasilkan suatu perubahan perilaku yang dapat berbentuk peningkatan

kemampuan kognitif, afektif, dan psikomotor sehingga asuhan keperawatan dapat dilaksanakan dengan baik.

Selanjutnya Gibson (1996) menyatakan bahwa prinsip pengulangan dalam pelatihan klinik merupakan hal yang penting agar menjadi kompeten dalam melakukan sesuatu keterampilan yang pada akhirnya akan meningkatkan prestasi kerja. Pelatihan merupakan sesuatu cara untuk meningkatkan kemampuan praktis pada suatu bidang pengetahuan maupun keterampilan. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Girsang (2006) menyatakan bahwa perawat yang mengikuti pelatihan mempunyai kinerja lebih baik dalam melakukan kelengkapan dokumentasi keperawatan dibandingkan yang tidak mengikuti pelatihan.

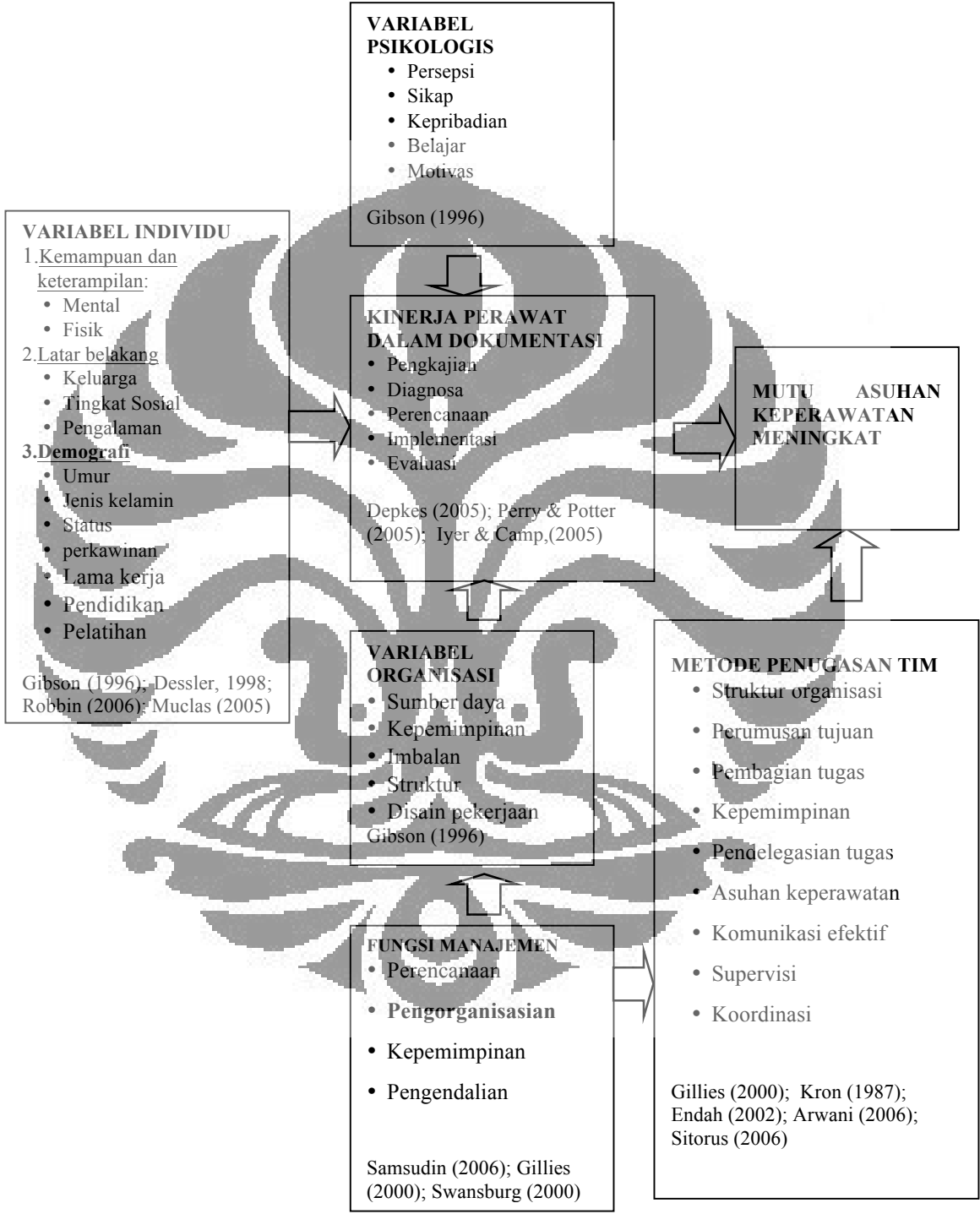
Dari uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa dengan pelatihan diharapkan terjadi peningkatan pengetahuan dan keterampilan perawat dalam melaksanakan tugasnya dan bertujuan menjembatani kesenjangan antara kecakapan perawat dengan tuntutan tugas dalam mencapai sasaran pekerjaan.

Berdasarkan uraian tinjauan pustaka yang meliputi manajemen keperawatan, metode penugasan tim, karakteristik perawat dan kelengkapan dokumentasi keperawatan, maka dibuat kerangka teori yang dapat dipergunakan sebagai kerangka berpikir dalam melakukan penelitian ini. Kerangka teori dapat dilihat pada bagan 2.1

### Bagan 3.1

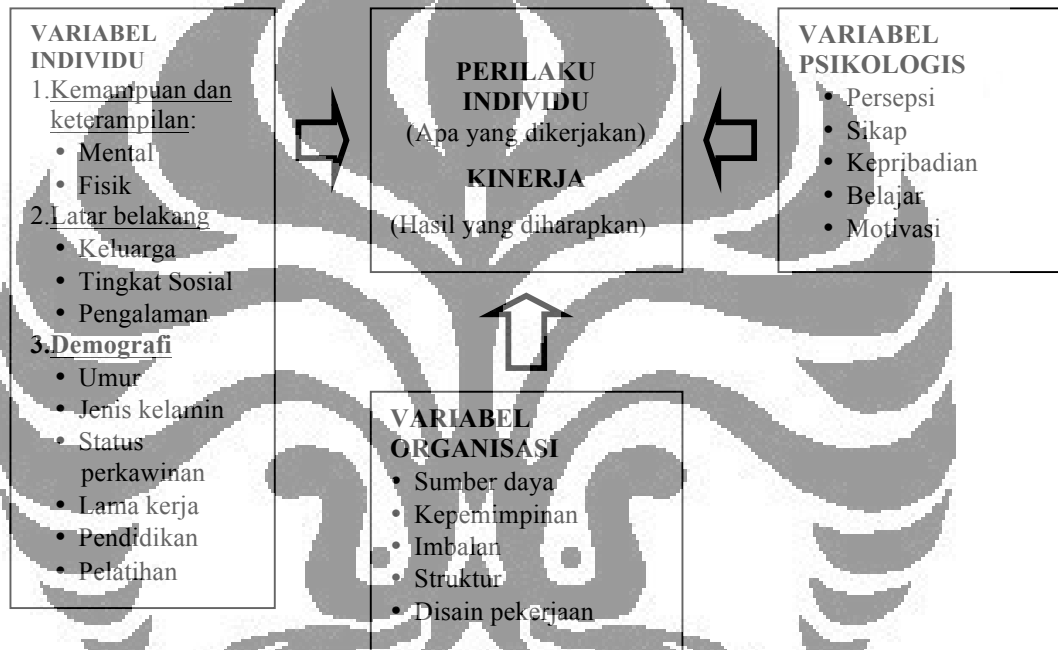
#### Kerangka Teori Penelitian

#### Hubungan Penerapan Metode Penugasan Tim dengan Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan



### Bagan 3.1

#### Teori Perilaku dan Kinerja dari Gibson (1996)



Sumber: Gibson, Ivancevich, Donnelly (1996)

## 1. Perumusan Tujuan Organisasi.

Tujuan merupakan pedoman ideal yang harus dicapai oleh tim atau organisasi dalam waktu tertentu. Menentukan tujuan tim kerja secara akurat, spesifik, dan didasari oleh nilai-nilai tim merupakan komponen yang penting, karena tujuan yang tepat dapat menyelesaikan sebagian yang dihadapi oleh tim kerja ( Ilyas, 2006). Untuk mencapai tujuan organisasi, pimpinan tim menjelaskan secara rinci tujuan organisasi kepada seluruh tim, sedangkan anggota tim harus menentukan dan mendefinisikan tujuan kinerja masing-masing, dan bekerja searah dalam mencapai cita-cita tim dan organisasi ( Ilyas, 2006; McMohan, at al, 1999). Tujuan organisasi pelayanan kesehatan berarti memberikan pelayanan perawatan untuk memelihara kesehatan, mengobati penyakit, menghilangkan nyeri dan penderitaan klien (Swanburg, 2000).

Tujuan pelayanan keperawatan pada umumnya ditetapkan untuk meningkatkan dan mempertahankan kualitas pelayanan rumah sakit, serta meningkatkan penerimaan masyarakat tentang profesi keperawatan. Tujuan ini dicapai dengan mendidik perawat agar mempunyai sikap profesional dan bertanggung jawab dalam pekerjaannya, meningkatkan hubungan dengan pasien/ keluarga/ masyarakat, meningkatkan pelaksanaan kegiatan umum dalam upaya mempertahankan kenyamanan pasien, dan meningkatkan komunikasi antar staf serta meningkatkan produktivitas dan kualitas kerja staf/ karyawan (Arwani, 2006).

Hasil penelitian tentang kinerja perawat pelaksana oleh Rusmiati (2006) menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara perumusan tujuan organisasi dengan kinerja perawat pelaksana. Sedangkan penelitian yang berhubungan dengan perumusan tujuan organisasi terhadap kelengkapan dokumentasi keperawatan belum pernah ada.

Dari uraian diatas dapat disimpulkan bahwa perumusan tujuan organisasi sangat penting, karena ada hubungan yang bermakna dengan kinerja perawat pelaksana, untuk itu setiap organisasi hendaknya mempunyai tujuan yang spesifik dan jelas, sehingga dapat dijadikan sebagai pedoman dalam melakukan tugas untuk mencapai tujuan organisasi.

#### **4. Status Perkawinan**

Perkawinan melaksanakan peningkatan tanggung jawab yang dapat membuat suatu pekerjaan yang tetap menjadi lebih berharga dan penting. Sangat mungkin perawat yang tekun dan puas lebih besar terdapat pada perawat yang menikah . Karyawan yang menikah lebih sedikit absensinya, mengalami pergantian yang lebih rendah dan lebih puas dengan hasil pekerjaannya daripada teman sekerja yang belum menikah (Robbins, 2003). Siagian (1995) juga mengetakan status perkawinan berpengaruh terhadap perilaku karyawan dalam kehidupan organisasinya, baik secara positif maupun negatif. Dengan demikian status perkawinan mempengaruhi perilaku kearah positif yaitu memiliki motivasi dan tingkat keputusan kerja yang lebih tinggi,



shingga karyawan yang telah menikah memiliki pencapaian kinerja yang lebih baik daripada yang belum menikah Hasil penelitian .....

## 2. Desain Pekerjaan

Desain pekerjaan merupakan hasil dari proses pengambilan keputusan yang menerjemahkan faktor tugas, manusia dan teknologi (Gibson, 1996). Berdasarkan pengertian tersebut maka, dapat ditentukan klasifikasi kerja berdasarkan faktor tugas dan teknologi, dan analisis ini difokuskan pada apa yang dikerjakan perawat, metode dan sarana yang dipakai, serta apa yang dihasilkan. Desain pekerjaan menguraikan tentang cakupan, kedalaman dan tujuan dari setiap pekerjaan.

Cakupan dan kedalaman pekerjaan akan membedakan satu pekerjaan dari pekerjaan lain, bukan saja dalam organisasi yang sama melainkan dapat juga diantara beberapa organisasi yang berbeda. Tujuan pekerjaan dilaksanakan melalui teknis analisis kerja, dimana para manajer menguraikan pekerjaan sesuai aktifitas yang dituntun agar dapat membuahkan hasil yang spesifik.

Penelitian yang berhubungan dengan desain pekerjaan antara lain penelitian tentang faktor-faktor determinan kinerja perawat oleh Nurhaeni (2001) menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara desain pekerjaan dengan kinerja perawat pelaksana. Pendapat ini berbeda dengan penelitian tentang penerapan komunikasi terapeutik oleh Manurung (2003) menyatakan bahwa separuh responden mengatakan desain pekerjaan/uraian tugas perawat pelaksana kurang jelas dan hasil analisisnya menyatakan ada hubungan

yang bermakna antara desain pekerjaan dengan komunikasi tepeutik. Hasil ini didukung hasil penelitian Rusmiati (2006) menyatakan ada hubungan yang signifikan antara desain pekerjaan: cakupan pekerjaan, hubungan pekerjaan, kedalaman pekerjaan terhadap kinerja perawat pelaksana. Namun hubungan desain pekerjaan yang terkait dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan belum ada.

Desain pekerjaan mengacu pada proses, dapat diterapkan oleh para manajer untuk memutuskan tugas pekerjaan dan wewenang. Para manajer

### **3. Pelaksanaan Asuhan Keperawatan (Proses Keperawatan)**

Menggambarkan identitas pasien, dokter yang, tanggal masuk, dan keluar, keadaan pasien saat pulang, tindakan yang dilakukan selama perawatan, penggunaan alat saat pulang, serta tindakan yang dapat dilakukan di rumah.

#### **6. Format ringkasan pasien pindah/ meninggal.**

Menggambarkan identitas pasien, dokter yang merawat, tanggal masuk, tanggal pindah atau meninggal, diagnosa medis pada saat pindah atau meninggal, riwayat pasien masuk, kondisi pasien saat perawatan, serta keadaan pasien saat pindah atau meninggal.

## **Metode Konseptual**

#### 4. Serah terima (operan) Pasien.

Operan adalah suatu cara dalam menyampaikan dan menerima sesuatu (laporan) yang berkaitan dengan keadaan klien (Nursalam, 2002). Ketua tim memberi laporan mengenai setiap klien yang menjadi tanggung jawabnya kepada perawat yang diberi tanggung jawab berikutnya. Informasi yang diberikan berdasarkan interaksi langsung dengan semua klien (Kront, T, 1987). Tujuan dari operan adalah menyampaikan kondisi atau keadaan secara umum klien, menyampaikan hal-hal penting yang perlu ditindaklanjuti oleh dinas berikutnya dan tersusunnya rencana kerja untuk dinas berikutnya (Nursalam, 2002).

Menurut Tappen (1995) ada empat elemen penting pada metode keperawatan tim meliputi: 1) pendelegasian otoritas kepada ketua tim untuk membuat penugasan anggota tim dan membimbing tim. Ketua tim adalah seorang perawat profesional, 2) ketua tim diharapkan menggunakan gaya kepemimpinan demokratik atau partisipatif dalam berinteraksi dengan anggota tim, 3) tim bertanggung jawab atas asuhan keperawatan total yang diberikan kepada sekelompok klien yang ditugaskan dan, 4) komunikasi antar anggota tim penting untuk keberhasilan keperawatan tim.

Hubungan perawat dan klien diidentifikasi sebagai tanda dari keperawatan profesional. Seorang perawat profesional selalu mengupayakan untuk berperilaku

terapeutik, yang berarti bahwa setiap interaksi yang dilakukan menimbulkan dampak terapeutik yang memungkinkan klien untuk tumbuh dan berkembang (Hamid, A. 1996). Klien tidak hanya penerima perawatan yang pasif tetapi ikut berpartisipasi aktif dalam proses keperawatannya (Nursalam, 2002). Sedangkan Keliat, B.A, (1992), mengemukakan bahwa hubungan perawat klien yang terapeutik, perawat memerankan dirinya secara terapeutik dan menggunakan berbagai teknik komunikasi agar perilaku klien berubah kearah yang positif seoptimal mungkin.

#### 5. Otonomi perawat

Setiap ketua tim membuat keputusan final asuhan keperawatan klien yang menjadi tanggung jawabnya (Kront, T. 1987). Ketua tim mempunyai tanggung jawab dan kewenangan serta memberi perhatian pada kliennya, dan keluarganya sejak dirawat sampai dengan pulang (Douglas 1992). Dengan demikian perawat merasa puas karena mempunyai kesempatan untuk menggunakan kemampuannya dalam otonomi. Menurut Marquis dan Huston (2000), individu yang berminat pada masalah otonomi akan lebih membuat keputusan dibandingkan dengan individu yang takut akan otonomi. Swanburg (2000) mengemukakan bahwa melalui peningkatan pengetahuan dan pengalaman, seorang perawat menjadi lebih ahli dalam memilih alternatif, proses pengambilan keputusan menjadi lebih intuitif sehingga tindakan pengambilan keputusan akan terjadi secara otomatis.

Manajemen asuhan keperawatan merupakan suatu penerapan proses keperawatan, konsep interaksi perawatan dengan klien dan didalamnya menggunakan konsep-konsep

manajemen seperti perencanaan, pengorganisasian, pengarahan dan pengadilan atau evaluasi. Konsep dasar manajemen keperawatan yang diaplikasikan dalam manajemen asuhan keperawatan adalah penetapan kebutuhan tenaga dan metode penugasan berdasarkan tingkat ketergantungan pasien, konsep proses keperawatan merupakan metode pemecahan masalah klien melalui kerjasama perawat dengan klien. Kron dan Gray (1997) dan Marquis (2000) mengatakan bahwa proses integrasi dari manajemen keperawatan dapat terlaksana melalui interaksi perawat dengan klien.

## 6. Komunikasi

### 2. Proses Keperawatan

Proses keperawatan merupakan suatu kegiatan yang terorganisir dengan menggunakan metode yang sistematis dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap individu, keluarga dan masyarakat yang berfokus pada respon klien yang unik terhadap suatu perubahan secara aktual/ potensial dari kesehatannya (Depkes RI, 1994). Sedangkan Potter & Perry (1993) mengatakan bahwa proses keperawatan adalah suatu pendekatan yang teratur, sistematis dalam mengidentifikasi masalah klien, membuat rencana penyelesaiannya, melaksanakan rencana tersebut dan menilai daya guna rencana penyelesaian masalah yang telah diidentifikasi sebelumnya.

Proses keperawatan mempunyai empat manfaat yaitu: 1) dari segi administratif, proses keperawatan mempunyai andil besar bagi profesionalisme keperawatan baik secara langsung maupun tidak langsung. Secara langsung kegiatan dokumentasi berupa pencatatan dan pelaporan merupakan salah satu indikator kualitas asuhan keperawatan. Secara tidak langsung kegiatan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan dengan

menggunakan proses keperawatan merupakan upaya mewujudkan aktualisasi perawat dan sebagai tolak ukur penilaian prestasi kerja, 2) dari segi hukum, salah satu ciri proses keperawatan sebagai metode ilmiah adalah melalui investigasi, observasi dan analisa. Tujuannya adalah menjamin agar masalah kesehatan klien teridentifikasi, sehingga dapat dipertanggung jawabkan dan dipertanggung gugatkan oleh perawat. Dengan demikian proses keperawatan memberikan perlindungan hukum bagi klien sebagai penerima jasa dan perawat sebagai pemberi jasa, 3) aspek ekonomi asuhan keperawatan dikatakan berkualitas apabila diberikan secara efektif dan efisien dalam mengatasi masalah kesehatan klien akan pelayanan kesehatan, 4) aspek pendidikan hubungan antara proses keperawatan dengan pendidikan dan penelitian sangat erat, ibarat two faces in one, artinya kedua aspek saling mengisi dan saling menunjang.

Sifat proses keperawatan (Potter & Perry, 1993) adalah: 1) dinamis, setiap langkah dalam proses keperawatan dapat diperbaharui bila situasi berubah. Hal ini mengingat manusia bersifat unik dan suatu saat akan mengalami perubahan artinya keperawatan akan mengikuti perubahan respon yang muncul dari klien. 2) Cycle, proses keperawatan berjalan sejalan secara siklus (berurutan sesuai tahapan-tahapannya), 3) Interdependen, setiap langkah dalam proses keperawatan saling ketergantungan, saling mempengaruhi untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan, 4) fleksibel, dapat ditetapkan dalam situasi dan kondisi yang berbeda pada semua tingkat sasaran, 5) sistematis, setiap bagian atau komponen dilaksanakan secara berurutan sesuai dengan kepentingannya dalam satu kesatuan.

Keuntungan dari metode primer yaitu: 1) Model praktik keperawatan profesional dapat dilakukan atau diterapkan, 2) memungkinkan asuhan keperawatan yang komprehensif, 3) memungkinkan penerapan proses keperawatan, 4) memberikan kepuasan kerja bagi perawat, 5) memberikan kepuasan bagi klien dan keluarga menerima asuhan keperawatan. Sedangkan kerugian dari metode primer yaitu: 1) hanya dapat dilakukan oleh perawat profesional, dan 2) biaya relatif lebih tinggi dibandingkan metode lain (Endah, 2002).

Prinsip-prinsip pengorganisasian meliputi

a. Pembagian kerja

Prinsip dasar untuk mencapai efisiensi yaitu pekerjaan dibagi-bagi sehingga setiap orang memiliki tugas tertentu. Untuk itu kepala bidang keperawatan perlu mengetahui tentang pendidikan dan pengalaman setiap staf, peran dan fungsi perawat yang diterapkan di RS tersebut, mengetahui ruang lingkup tugas kepala bidang keperawatan dan kedudukan dalam organisasi, mengetahui batas wewenang dalam melaksanakan tugas dan tanggung jawabnya, serta mengetahui hal-hal yang dapat didelegasikan kepada staf dan kepada tenaga non keperawatan.

Hal-hal yang perlu diperhatikan pada pengelompokan dan pembagian kerja; 1) jumlah tugas yang dibebankan seseorang terbatas dan sesuai dengan kemampuannya, 2) tiap bagian memiliki perincian aktivitas yang jelas dan tertulis, 3) tiap staf memiliki perincian tugas yang jelas, 4) Variasi tugas bagi seseorang diusahakan sejenis atau eray hubungannya, 5) mencegah terjadinya pengkotakkan antar staf atau kegiatan, 6) penggolongan tugas berdasarkan kepentingan mendesak, kesulitan dan waktu.

Disamping itu setiap staf mengetahui kepada siapa dia harus melapor, minta bantuan atau bertanya dan siapa atasan langsung serta dari siapa dia menerima tugas.

#### b. Pendelegasian tugas

Pendelegasian tugas adalah pelimpahan wewenang dan tanggung jawab kepada staf untuk bertindak dalam batas-batas tertentu. Dengan pendelegasian, seorang pimpinan dapat mencapai tujuan dan sasaran kelompok melalui usaha orang lain, hal mana merupakan inti manajemen. Selain itu dengan pendelegasian, seorang pimpinan mempunyai waktu lebih banyak untuk melakukan hal lain yang lebih penting seperti perencanaan dan evaluasi. Pendelegasian juga merupakan alat pengembangan dan latihan manajemen yang bermanfaat. Staf yang memiliki minat terhadap tantangan yang lebih besar akan menjadi lebih komit dan puas bila diberikan kesempatan untuk memegang tugas atau tantangan yang penting. Sebaliknya kurangnya pendelegasian akan menghambat inisiatif staf.

#### c. Koordinasi

Koordinasi adalah keselarasan tindakan, usaha, sikap dan penyesuaian antar tenaga yang ada di bangsal. Keselarasan ini dapat terjalin antar perawat dengan anggota tim kesehatan lain maupun dengan tenaga dari bagian lain. Manfaat koordinasi: 1) menghindari perasaan lepas antar tugas yang ada di bangsal dan perasaan lebih penting dari yang lain, 2) menumbuhkan rasa saling membantu 3) menimbulkan kesatuan tindakan dan sikap antar staf. Cara koordinasi dengan komunikasi terbuka, dialog, pertemuan/ rapat, pencatatan dan pelaporan, pembakuan formulir yang berlaku.



#### d. Manajemen Waktu

Dalam mengorganisir sumber daya, sering kepala bidang keperawatan mengalami kesulitan dalam mengatur dan mengendalikan waktu. Banyak waktu pengelola dihabiskan untuk orang lain. Oleh karena itu perlu pengontrolan waktu sehingga dapat ?

#### 7. Metode Alokasi Klien (Perawatan total)

Metode alokasi klien yaitu pengorganisasian pelayanan keperawatan atau asuhan keperawatan untuk satu atau beberapa klien oleh satu orang perawat pada saat bertugas selama periode waktu tertentu atau sampai klien pulang. Kepala ruangan bertanggung jawab dalam pembagian tugas dan menerima semua laporan tentang pelayanan klien.

Keuntungan metode alokasi klien yaitu: 1) Fokus keperawatan sesuai dengan kebutuhan klien, 2) memberikan kesempatan untuk melakukan keperawatan yang komprehensif, 3) memotivasi perawat untuk selalu bersama klien selama bertugas, 4) mendukung penerapan proses keperawatan dan 4) kepuasan tugas secara keseluruhan dapat dicapai. Sedangkan kerugiannya yaitu: Beban kerja tinggi terutamajika jumlah klien banyak sehingga tugas rutin yang sederhana terlewatkan, 2) pendelegasian perawatan klien hanya sebagian selama perawat penanggung jawab klien bertugas (Endah, 2002)

#### 7) Manfaat dan pentingnya dokumentasi keperawatan.

Menurut nursalam (2001)

- a. Hukum
- b. Jaminan mutu

- c. Komunikasi
- d. Keuangan
- e. Pendidikan
- f. Penelitian
- g. Akreditasi

### **Perincian faktor2 yg mempengaruhi metode tim**

Hal pokok yang harus ada pada metode tim keperawatan adalah konferensi tim yang dipimpin ketua tim, rencana keperawatan dan keterampilan kepemimpinan (Priharjo, R. 1995). Sedangkan menurut Arwani (2006) menjelaskan bahwa metode tim ini dapat diterapkan jika ada tenaga profesional yang mampu dan mau memimpin kelompok kecil, dapat bekerjasama, dan membimbing tenaga yang lebih rendah, kepala ruang harus mau membagi tanggung jawab dan tugasnya kepada orang lain (ketua tim dan anggota tim).

Menurut Sitorus (2006) pelaksanaan metode tim harus berlandaskan konsep:

- 1) Ketua tim, sebagai perawat profesional harus mampu menggunakan berbagai tehnik kepemimpinan.
- 2) Ketua tim harus dapat membuat keputusan tentang perencanaan, supervisi, dan evaluasi asuhan keperawatan.
- 3) Komunikasi yang efektif penting agar kontinuitas rencana keperawatan terjamin. Komunikasi yang terbuka dapat dilakukan melalui berbagai cara, terutama melalui rencana keperawatan tertulis yang merupakan pedoman pelaksanaan asuhan, supervisi dan evaluasi.

- 4) Anggota tim harus menghargai kepemimpinan ketua tim. Ketua tim membantu anggotanya untuk memahami dan melakukan tugas sesuai dengan kemampuan mereka.
- 5) Peran kepala ruangan penting dalam metode tim. Metode tim akan berhasil baik, apabila didukung oleh kepala ruangan.

Sedangkan menurut Endah (2002), Model keperawatan tim sebaiknya dilakukan dengan memperhatikan konsep:

- a) Ketua tim sebaiknya perawat yang berpendidikan/ berpengalaman, trampil dan memiliki kemampuan kepemimpinan.
- b) Ketua tim harus mampu memberikan asuhan keperawatan kepada klien sesuai dengan filosofi keperawatan.
- c) Ketua tim harus mampu melakukan supervisi pelayanan keperawatan
- d) Ketua tim harus menggunakan tehnik manajemen dan kepemimpinan
- e) Uraian tugas untuk ketua tim dan anggota tim harus jelas dan spesifik
- f) Komunikasi efektif. Komunikasi yang efektif diperlukan untuk kelanjutan asuhan keperawatan. Dengan demikian pencatatan rencana keperawatan untuk tiap klien harus selalu tepat waktu dan asuhan keperawatan selalu dinilai kembali untuk validitasnya.
- g) Ketua tim mampu melakukan supervisi pelayanan keperawatan.

Menurut Tappen ada empat elemen penting pada metode keperawatan tim (Tappen, 1995) meliputi:

- 1) Pendelegasian otoritas kepada ketua tim untuk membuat penugasan anggota tim dan membimbing tim. Ketua tim adalah seorang perawat profesional.
- 2) Ketua tim diharapkan menggunakan gaya kepemimpinan demokratik atau partisipatif dalam berinteraksi dengan anggota tim.
- 3) Tim bertanggung jawab atas asuhan keperawatan total yang diberikan kepada sekelompok klien yang ditugaskan.
- 4) Komunikasi antar anggota tim penting untuk keberhasilan keperawatan tim.

Menurut Kron, T. (1987) untuk penerapan konsep tim bila:

- 1) Tersediaan tenaga profesional
- 2) Perawat profesional dapat bertanggung jawab dalam membuat keputusan dan memberikan asuhan perawatan penuh.
- 3) Penugasan pada anggota tim
- 4) Konferensi singkat dan informal yang dipimpin ketua tim
- 5) Pelaporan tentang pasien pada setiap pergantian shif
- 6) Sistem penugasan pada anggota tim
- 7) Ketua tim bersedia membantu, mengawasi, menilai, mengajar kepada anggota tim dan memberikan umpan balik terhadap tindakan keperawatan yang telah dilakukan
- 8) Melakukan dokumentasi keperawatan

## h. Karakteristik Individu Mempengaruhi Kepuasan Kerja

Berkaitan dengan faktor personal, Robbins (2001/1998) menjelaskan bahwa ada beberapa karakteristik individu yang berpengaruh terhadap kepuasan kerja, antara lain: Umur, jenis kelamin, pendidikan, lama kerja, dan status menikah.

### 1) Umur

Beberapa hasil penelitian yang kutip oleh As'ad (2003) menyimpulkan adanya hubungan yang positif antara umur dan kepuasan kerja. Gilmer (1966) mengemukakan bahwa umur seseorang dalam bekerja berpengaruh terhadap tinggi rendahnya kepuasan kerja, rendahnya kepuasan kerja timbul pada saat karyawan berusia antara 20 tahun sampai awal 30 tahun. Berbeda dengan pendapat Atliselli dan Brown (1955) menjelaskan bahwa umur 25 – 30 tahun dan 45 – 54 tahun merupakan masa timbulnya kurang puas terhadap pekerjaan.

Penelitian yang dilakukan Hanafie (2005) melaporkan bahwa umur tidak ada hubungan yang bermakna dengan kepuasan kerja. Begitu juga penelitian Maridi (2006) menunjukkan bahwa umur tidak ada hubungan dengan kepuasan kerja. Hasil penelitian yang dikutip oleh As.ad dengan penelitian Hanafi atau Maridi masih menunjukkan perbedaan. Untuk itu. masih perlu dibuktikan bahwa umur berhubungan dengan kepuasan kerja.

## 2) Pendidikan

Pendidikan merupakan salah satu karakteristik yang penting dipertimbangkan karena dapat mempengaruhi persepsi perawat terhadap kejadian yang terjadi disekitarnya. Gilmer (1966, dalam As'ad, 2003) melaporkan bahwa karyawan yang berpendidikan tinggi merasa sangat puas dengan pekerjaan yang mereka lakukan. Hal serupa diungkapkan oleh Mc Closkey (1988, dalam Gillies, 2000/1996) yang menjelaskan bahwa perawat yang mempunyai pendidikan tinggi juga memiliki kemampuan kerja yang tinggi sehingga memiliki tuntutan yang tinggi terhadap organisasi, hal ini berdampak terhadap kepuasan kerja.

Berbeda dengan Daryo (2003) yang melakukan penelitian di RS Islam Jakarta, menemukan bahwa tingkat pendidikan tidak ada hubungan yang bermakna dengan tingkat kepuasan kerja. Kenyataan tersebut mendorong peneliti untuk mengkaji tentang hubungan pendidikan dengan kepuasan kerja.

## 3) Lama Kerja

Lama kerja mempunyai korelasi yang negatif terhadap kemangkiran dan pergantian karyawan akibat ketidakpuasan kerja (Robbins, 2001/1998). Lebih lanjut dikatakan bahwa tidak ada alasan yang meyakinkan bahwa karyawan yang sudah lama bekerja akan lebih produktif dan mempunyai motivasi tinggi. Sedangkan Siagian (2002) berpendapat bahwa makin lama seseorang bekerja pada suatu organisasi makin tinggi kepuasan kerja.

Berbeda dengan pendapat yang dikemukakan, penelitian yang dilakukan Wahab (2001); Syafdewiyani (2002); dan Hanafie (2005) melaporkan bahwa lama kerja tidak ada hubungan yang bermakna dengan kepuasan kerja. Dari uraian tersebut menunjukkan bahwa lama kerja belum dapat dipastikan ada hubungan dengan kepuasan kerja. Untuk itu, peneliti ingin mengkaji apakah lama kerja berhubungan dengan kepuasan kerja.

#### 4) Status Perkawinan

Slagian (1995) berpendapat bahwa status perkawinan berpengaruh terhadap perilaku karyawan dalam kehidupan organisasinya. Ia mengemukakan bahwa karyawan yang telah menikah memiliki motivasi dan tingkat kepuasan kerja yang lebih tinggi sehingga berdampak terhadap kinerjanya, sebaliknya dengan karyawan yang belum berumah tangga.

Penelitian Robbins (2001/1998) melaporkan bahwa karyawan yang menikah lebih sedikit absensinya, mengalami pindah kerja yang lebih rendah, dan lebih puas dengan pekerjaannya dari pada rekan kerjanya yang masih belum menikah. Sehingga sangat memungkinkan bahwa karyawan yang tekun dan puas lebih banyak ditemukan pada karyawan yang menikah dibandingkan karyawan yang belum menikah. Namun berbeda dengan hasil penelitian Maridi (2006) yang melaporkan bahwa status perkawinan tidak ada hubungan yang bermakna dengan kepuasan kerja.

### **BAB III**

## **KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL**

### **A. Kerangka Konsep**

Kerangka konsep dibuat berdasarkan beberapa teori yang telah diuraikan pada tinjauan pustaka yang meliputi manajemen keperawatan, metode penugasan tim, karakteristik perawat dan dokumentasi keperawatan. Metode penugasan tim merupakan salah satu faktor yang dapat mempengaruhi mutu asuhan keperawatan (Arwani, 2006). Beberapa faktor penerapan metode penugasan tim yang akan diteliti meliputi: pembagian tugas, pelaksanaan asuhan keperawatan, komunikasi, supervisi, koordinasi dan pendelegasian tugas (Depkes, 1999; Kron, 1987; Endah, 2002; Arwani, 2006; Sitorus, 2006). Sedangkan faktor lain seperti struktur organisasi, perumusan tujuan organisasi, dan kepemimpinan tidak dilakukan penelitian karena keterbatasan dana dan waktu penelitian.

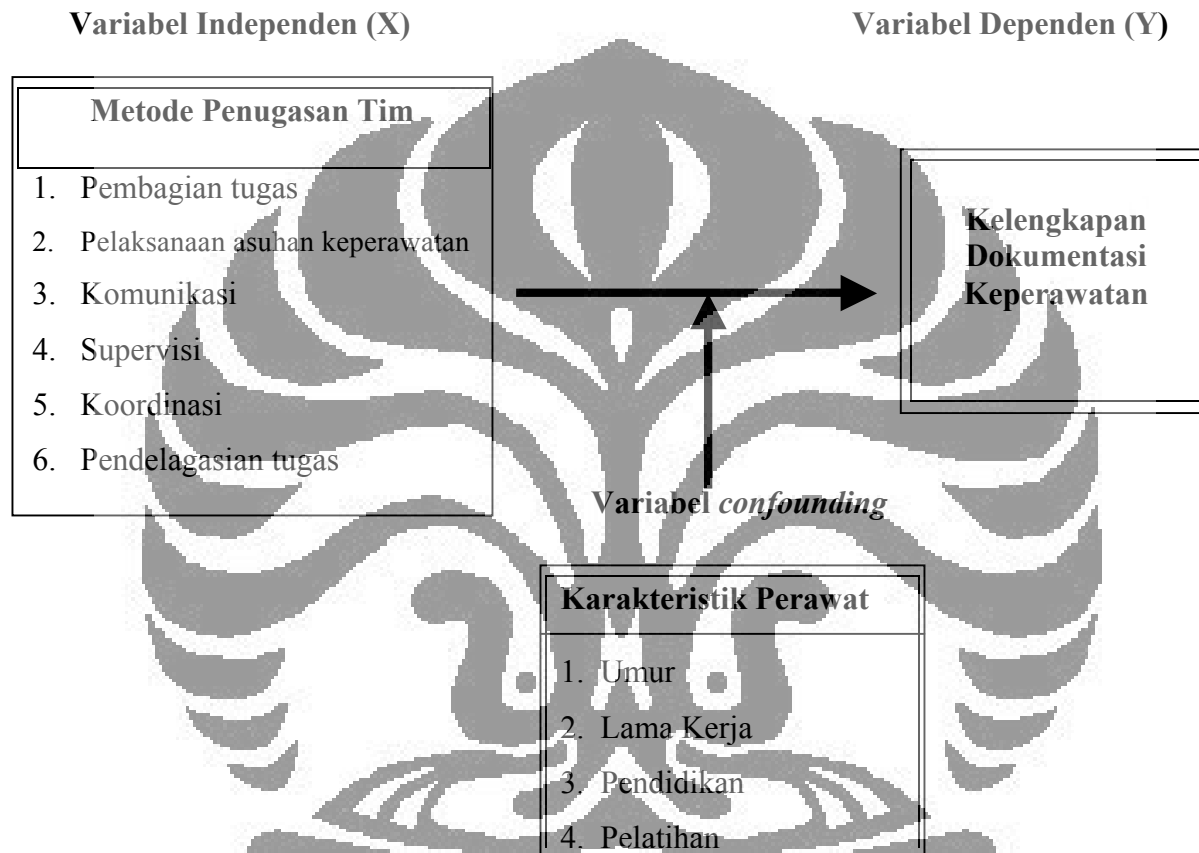
Dokumentasi keperawatan merupakan bagian dari pertanggung jawaban perawat secara utuh terhadap klien dalam memberikan asuhan keperawatan selama dirawat (Iyer & Camp, 2005). Tingkat keberhasilan asuhan keperawatan yang diberikan dapat diketahui, dengan menilai secara obyektif kelengkapan dokumentasi keperawatan yang meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Depkes, 2005; Potter & Perry 2005; Iyer & Camp, 2005). Kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan dipengaruhi oleh karakteristik perawat yang melakukan dokumentasi.



Karakteristik perawat dalam melakukan dokumentasi keperawatan yang akan diteliti berhubungan dengan umur, lama kerja, tingkat pendidikan dan pelatihan yang diikuti satu tahun terakhir oleh perawat (Gibson, 1996; Dessler, 1998; Robbins, 2003; Muchlas, 2005). Pendapat beberapa ahli bahwa dengan bertambahnya umur dan lama kerja produktivitas karyawan akan mengalami peningkatan karena lebih banyak pengalaman dan lebih bijaksana dalam mengambil keputusan. Pendidikan menurut Siagian (2002) menyatakan bahwa makin tinggi pendidikan seseorang makin besar keinginan untuk memanfaatkan pengetahuan dan keterampilannya. Sedangkan Notoatmojo (2003) mengemukakan bahwa pelatihan merupakan bagian dari proses pendidikan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan kerja. Karakteristik lain seperti jenis kelamin dan status perkawinan tidak diteliti karena berdasarkan hasil penelitian Widyantoro (2005) dan Rustiani (2007) jenis kelamin dan status perkawinan tidak terbukti berhubungan secara bermakna dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan.

Metode penugasan tim merupakan variabel independen dalam penelitian ini terdiri dari subvariabel: pembagian tugas, pelaksanaan asuhan keperawatan, komunikasi, supervisi, koordinasi dan pendelagasian tugas. Sebagai variabel dependen adalah kelengkapan dokumentasi keperawatan dinilai dari: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi keperawatan. Sedangkan variabel *confounding* karakteristik perawat yang meliputi: umur, lama kerja, pendidikan dan pelatihan tentang metode penugasan tim atau dokumentasi keperawatan yang pernah diikuti perawat satu tahun terakhir. Kerangka konsep penelitian seperti pada bagan 3.2.

**Bagan 3.2**  
**Kerangka Konsep Penelitian**



### **B. Hipotesis Kerja**

Berdasarkan kerangka konsep penelitian, peneliti merumuskan hipotesis pada penelitian ini sebagai berikut:

#### **1. Hipotesis Mayor**

Ada hubungan antara penerapan metode penugasan tim dan karakteristik perawat dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan.

## 2. Hipotesis Minor

Ada hubungan antara:

- a. Umur perawat dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan di RSUD Bekasi.
- b. Lama kerja dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan di RSUD Bekasi.
- c. Pendidikan perawat dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan di RSUD Bekasi.
- d. Pelatihan perawat dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan di RSUD Bekasi.
- e. Pembagian tugas dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di RSUD Bekasi.
- f. Pelaksanaan asuhan keperawatan dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di RSUD Bekasi.
- g. Komunikasi dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan di RSUD Bekasi.
- h. Supervisi dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan di RSUD Bekasi.
- i. Koordinasi dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan di RSUD Bekasi.
- j. Pendelegasian tugas dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan di RSUD Bekasi.

## C. Definisi Operasional

Untuk memberikan pemahaman yang sama terhadap variabel yang diteliti dan dalam rangka penyusunan instrumen penelitian serta menentukan langkah pengolahan dan analisis data, berikut disajikan definisi operasional dari variabel yang diukur, dapat dilihat pada tabel 3.1

**Tabel 3.1**  
**Definisi Operasional**

Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Hasil Ukur	Skala
<b>1. Confounding</b> a. Umur	Jumlah tahun yang dilalui responden dari mulai dilahirkan sampai ulang tahun terakhir pada saat penelitian dilakukan.	Menggunakan kuesioner A dengan pertanyaan terbuka diisi langsung oleh responden	Data dalam bentuk numerik, selanjutnya dikategorikan dengan <i>Cut of point</i> berdasarkan nilai median: 1. < 30 tahun 2. $\geq$ 30 tahun	Ordinal
b. Lama Kerja	Jumlah tahun lama kerja sebagai perawat di RSUD Bekasi.	Menggunakan kuesioner A dengan pertanyaan terbuka diisi langsung oleh responden	Data dalam bentuk numerik, selanjutnya dikategorikan: 1. < 7 tahun. 2. $\geq$ 7 tahun.	Ordinal
c. Pendidikan	Pendidikan keperawatan tertinggi yang pernah diikuti oleh responden melalui jalur formal yang ditetapkan.	Menggunakan kuesioner A dengan pertanyaan tertutup	Pendidikan perawat dengan kategori: 1. SPR/SPK 2. D.III Kep.	Ordinal
d. Pelatihan	Hitungan penambahan pengetahuan atau keterampilan yang pernah diikuti responden melalui pelatihan tentang metode penugasan tim atau dokumentasi keperawatan satu tahun terakhir.	Menggunakan kuesioner A dengan pertanyaan terbuka diisi langsung oleh responden	Data dalam bentuk numerik, selanjutnya dikategorikan: 1. Tidak pernah 2. Pernah	Nominal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Hasil Ukur	Skala
<b>2. Independen</b> Metode penugasan tim	Pendapat responden terhadap penerapan metode penugasan tim asuhan keperawatan yang dilihat dari pembagian tugas, pelaksanaan proses keperawatan, komunikasi, supervisi, koordinasi, dan pendelagasian tugas	Menggunakan kuesioner B diukur dengan 57 pernyataan terdiri dari 53 pernyataan positif dan 4 pernyataan negatif. Setiap item terdiri dari empat kemungkinan jawaban: 1. Tidak pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	Skor maksimal 228 dan skor minimal 57, selanjutnya data dikategorikan: 1. Kurang (<90%). 2. Baik ( $\geq 90\%$ ).	Nominal
a. Pembagian tugas	Pendapat responden tentang rincian pengelompokan aktivitas yang semacam, yang erat kaitannya satu sama lain dalam unit kerjanya terkait dengan dokumentasi keperawatan	Menggunakan kuesioner B sebanyak 7 pernyataan semuanya pernyataan positif. Setiap item terdiri dari empat kemungkinan jawaban: 1. Tidak pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu.	Skor maksimal 28 dan skor minimal 7, selanjutnya data dikategorikan: 1. Kurang (<90%). 2. Baik ( $\geq 90\%$ ).	Nominal
b. Pelaksanaan asuhan keperawatan	Pendapat responden tentang pelaksanaan proses keperawatan mencakup pengkajian, perumusan diagnosa keperawatan, perencanaan,	Menggunakan kuesioner B sebanyak 13 pernyataan yang terdiri dari 12 pernyataan positif dan 1 pernyataan negatif. Setiap item terdiri dari empat kemungkinan jawaban:	Skor maksimal 52 dan skor minimal 13, selanjutnya data dikategorikan: 1. Kurang (<90%). 2. Baik ( $\geq 90\%$ ).	Nominal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Hasil Ukur	Skala
	pelaksanaan, dan evaluasi terhadap dokumentasi keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak pernah</li> <li>2. Kadang-kadang</li> <li>3. Sering</li> <li>4. Selalu</li> </ol>		
c. Komunikasi	Pendapat responden tentang pelaksanaan komunikasi oleh ketua tim yang terkait dengan dokumentasi keperawatan	<p>Menggunakan kuesioner B sebanyak 7 pernyataan yang terdiri dari 6 pernyataan positif dan 1 pernyataan negatif. Setiap item terdiri dari empat kemungkinan jawaban:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak pernah</li> <li>2. Kadang-kadang</li> <li>3. Sering</li> <li>4. Selalu</li> </ol>	<p>Skor maksimal 28 dan skor minimal 7, selanjutnya data dikategorikan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kurang (&lt;90%).</li> <li>2. Baik (<math>\geq</math> 90%).</li> </ol>	Nominal
d. Supervisi	Pendapat responden tentang supervisi yang dilakukan oleh ketua tim terhadap pendokumentasian keperawatan	<p>Menggunakan kuesioner B sebanyak 12 pernyataan yang terdiri dari 11 pernyataan positif dan 1 pernyataan negatif. Setiap item terdiri dari empat kemungkinan jawaban:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak pernah</li> <li>2. Kadang-kadang</li> <li>3. Sering</li> <li>4. Selalu</li> </ol>	<p>Skor maksimal 48 dan skor minimal 12, selanjutnya data dikategorikan:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kurang (&lt;90%).</li> <li>2. Baik (<math>\geq</math> 90%).</li> </ol>	Nominal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Hasil Ukur	Skala
d. Koordinasi	Pendapat responden tentang penyalarsan aktivitas di unit-unit kerja diantara perawat dalam unit kerjanya terkait dengan pendokumentasian keperawatan	Menggunakan kuesioner B sebanyak 9 pernyataan yang terdiri dari 8 pernyataan positif dan 1 pernyataan negatif. Setiap item terdiri dari empat kemungkinan jawaban: 1. Tidak pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu	Skor maksimal 36 dan skor minimal 9, selanjutnya data dikategorikan: 1. Kurang (<90%). 2. Baik ( $\geq 90\%$ ).	Nominal
e. Pendegasian tugas	Pendapat responden tentang penyerahan tugas dalam pendokumentasian keperawatan kepada yang berkompeten agar tugas dan tanggung jawab dapat dilakukan dengan baik	Menggunakan kuesioner B sebanyak 9 pernyataan semuanya pernyataan positif. Setiap item terdiri dari empat kemungkinan jawaban: 1. Tidak pernah 2. Kadang-kadang 3. Sering 4. Selalu.	Skor maksimal 36 dan skor minimal 9, selanjutnya data dikategorikan: 1. Kurang (<90%). 2. Baik ( $\geq 90\%$ ).	Nominal
<b>2. Dependen</b> Kelengkapan Dokumentasi asuhan keperawatan	Kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pada dokumen rekam medik pasien mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi	Menggunakan lembar tilik kelengkapan dokumentasi keperawatan, dengan membandingkan dokumentasi yang ditemukan dalam rekam medik pasien dengan dokumentasi yang ditentukan dalam standar	Skor maksimal 24 dan skor minimal 0, selanjutnya data dikategorikan: 1. Kurang lengkap (<85% ). 2. Lengkap ( $\geq 85\%$ ).	Nominal

Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Hasil Ukur	Skala
	keperawatan, dibandingkan dengan standar asuhan keperawatan (SAK) Depkes (2005).	asuhan keperawatan (SAK). Lembar tilik terdiri dari 24 item pernyataan, setiap item terdiri dari dua kemungkinan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nilai 0 Jika dokumentasi tidak sesuai SAK.</li> <li>• Nilai 1 jika dokumentasi sesuai SAK.</li> </ul>		



## BAB IV

### METODOLOGI PENELITIAN

#### A. Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif, menggunakan desain deskriptif korelasi dengan pendekatan *Cross Sectional*, yaitu suatu pendekatan yang digunakan untuk mencari hubungan antara variabel independen dan variabel dependen melalui pengumpulan data dalam satu periode waktu yang bersamaan (Notoatmodjo, 2002). Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh informasi tentang hubungan antara penerapan metode penugasan tim sebagai variabel independen dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan sebagai variabel dependen.

#### B. Populasi dan Sampel Penelitian.

##### 1. Perawat

Populasi perawat dalam penelitian ini adalah semua perawat pelaksana yang bekerja sebagai perawat fungsional di Instalasi Rawat Inap RSUD Bekasi, sebanyak 106 orang. Untuk penentuan besar sampel dengan populasi lebih kecil dari 10.000, menggunakan rumus menurut Notoatmodjo (2002):

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

Keterangan:

N= Besar populasi

n = Besar sampel

d = Tingkat Kepercayaan 95% ( $\alpha = 0,05$ )

$$\text{Besar Sampel Perawat} = \frac{106}{1 + 106 (0,05^2)} = \frac{106}{1,27} = 83,5 = 84 + 10\% = 92 \text{ orang.}$$

Besar sampel perawat 84 orang, untuk mengantisipasi kekurangan karena *drop out*, sampel ditambah 10% (8 orang) menjadi 92 orang. Kriteria inklusi yang ditetapkan: 1) responden adalah perawat pelaksana di instalasi rawat inap, 2) tidak sedang cuti sakit atau cuti melahirkan, 3) lama kerja di RSUD Bekasi minimal 1 tahun, alasannya mereka telah selesai program rotasi dan sudah mulai beradaptasi dengan lingkungan kerja di RSUD Bekasi. Teknik sampling yang digunakan adalah *proportional stratified random sampling* terhadap tingkat pendidikan.

Penetapan sampel perawat pelaksana di setiap ruangan dilakukan dengan langkah-langkah:

- a. Menetapkan proporsi sampel untuk setiap ruangan, yaitu: jumlah perawat pelaksana di setiap ruang rawat inap kali besar sampel dibagi populasi.
- b. Menetapkan proporsi sampel untuk lulusan SPK/SPR dan DIII Keperawatan.
- c. Membuat daftar nama dan kode sampel berdasarkan tingkat pendidikan di setiap ruang rawat inap kemudian diundi sampai memperoleh sejumlah sampel yang ditetapkan.

Proporsi besar sampel perawat pelaksana berdasarkan tingkat pendidikan di setiap ruang rawat inap dapat dilihat pada tabel 4.1

**Tabel 4.1**  
**Distribusi Sampel Perawat Di Setiap Ruang Rawat Inap**  
**RSUD Bekasi Tahun 2008**

No	Ruangan	Populasi			Sampel		
		SPK/ SPR	DIII Kep	Jumlah	SPK/ SPR	DIII Kep	Jumlah
1	WK Atas	2	11	13	2	9	<b>11</b>
2	Buogenvil	4	9	13	3	8	<b>11</b>
3	Nusa Indah	6	4	10	5	4	<b>9</b>
4	Teratai	2	11	13	2	9	<b>11</b>
5	Perina	1	7	8	1	6	<b>7</b>
6	Mawar	4	5	9	3	5	<b>8</b>
7	Melati	9	15	24	8	13	<b>21</b>
8	Anggrek	4	12	16	3	11	<b>14</b>
	<b>Jumlah</b>	32	74	106	27	65	<b>92</b>

Sumber : Bid. Perawatan RSUD Bekasi (November, 2007).

Pada pelaksanaan penelitian dari 92 responden, 3 responden *drop out*, karena satu responden tidak lengkap dalam menjawab kuesioner dan dua responden tidak memenuhi kriteria inklusi, sehingga jumlah responden dalam penelitian ini sebanyak 89 orang.

## 2. Rekam Medik

Populasi rekam medik dalam penelitian ini adalah seluruh rekam medik pasien yang sudah pulang dari ruang rawat inap RSUD Bekasi, sebanyak 151 rekam medik. Untuk penentuan besar sampel dengan populasi lebih kecil dari 10.000, menggunakan rumus menurut Notoatmodjo (2002):

$$n = \frac{N}{1 + N (d^2)}$$

Keterangan:

N= Besar populasi

n= Besar sampel

d= Tingkat Kepercayaan 95% ( $\alpha = 0,05$ )

$$\text{Besar Sampel Rekam Medik} = \frac{151}{1 + 151 (0,05^2)} = \frac{151}{1,38} = 109 + 10\% = 120 \text{ buah.}$$

Besar sampel rekam medik yang akan ditilik (dinilai) ditetapkan berdasarkan jumlah tempat tidur dan *Bed Occupancy rate* (BOR) disetiap ruang rawat Inap RSUD Bekasi. Kriteria inklusi dokumen rekam medik pasien yang akan ditilik ditetapkan: 1) dokumen pasien yang sudah pulang, 3) dokumen belum dikembalikan ke medical record, 3) dokumen pasien yang dirawat minimal 3 hari (Depkes, 2005). Teknik sampling yang digunakan adalah *proportional stratified random sampling* disetiap ruang rawat inap RSUD Bekasi.

Penetapan besar sampel rekam medik disetiap ruangan dilakukan dengan langkah-langkah:

- a. Tetapkan proporsi sampel rekam medik pasien yang sudah pulang pada bulan Mei 2008 disetiap ruangan yaitu: jumlah rekam medik pasien disetiap ruang rawat inap kali besar sampel dibagi populasi.
- b. Pengecekan nomor register pasien yang sudah pulang pada bulan Mei 2008 melalui register perawat.
- c. Buat daftar nomor register dan kode sampel rekam medik pasien yang sudah pulang berdasarkan ruangan.

Proporsi besar sampel rekam medik yang akan ditilik disetiap ruang rawat inap dapat dilihat pada tabel 4.2

**Tabel 4.2**  
**Distribusi Sampel Rekam Medik Di Ruang Rawat Inap**  
**RSUD Bekasi Tahun 2008**

No	Ruangan	Populasi			Jumlah Sampel
		Jumlah TT	BOR	Jumlah pasien	
1.	WK Atas	33	66,2	22	17
2.	Buogenvil	20	79,8	16	13
3	Nusa Indah	24	93,1	22	17
4	Teratai	24	91,9	22	17
5	Mawar	13	58,7	8	6
6	Perina	12	85,9	10	10
7	Melati	32	85,2	27	21
8	Anggrek	36	66,5	24	19
	<b>Jumlah</b>	194		151	120

Sumber : Rekam Medik RSUD Bekasi (Februari, 2008)

Pada pelaksanaan penelitian dari 120 sampel rekam medik yang direncanakan dapat mencapai target 100% dan penilaian dokumen rekam medik seluruhnya dilakukan dengan lengkap, sehingga pelaksanaan penilaian melalui observasi dokumen rekam medik keperawatan sebanyak 120 dokumen rekam medik.

### C. Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di RSUD Bekasi. Alasan memilih RSUD Bekasi karena: 1) sudah melaksanakan metode penugasan tim sejak tahun 2004, 2) merupakan RS tipe B yang sudah terakreditasi, 3) merupakan rumah sakit rujukan di wilayah Kota Bekasi, 4)

belum pernah dilakukan penelitian tentang hubungan penerapan metode penugasan tim dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan.

#### **D. Waktu Penelitian**

Pelaksanaan penelitian diawali dengan penyusunan proposal dari bulan Maret sampai April 2008. Pengumpulan data melalui observasi dokumen rekam medik keperawatan dan melalui kuesioner dilaksanakan selama tiga minggu, yaitu dari tanggal 12 Mei 2008 sampai dengan 31 Mei 2008. Pengolahan hasil data penelitian, penyusunan laporan hasil penelitian pada bulan Juni 2008. Sedangkan seminar hasil penelitian pada tanggal 10 Juli 2008. Untuk lebih jelasnya waktu penelitian dapat dilihat pada lampiran 8

#### **E. Etika Penelitian**

Surat permohonan persetujuan disampaikan kepada Direktur RSUD Bekasi, dengan tembusan kepada Kepala Bidang Keperawatan dan Kepala Bidang Diklat RSUD Bekasi. Sebelum pengumpulan data penelitian, terlebih dahulu responden diberi penjelasan tentang rencana penelitian, tujuan penelitian dan kerahasiaan identitasnya. Setiap responden diberi hak penuh untuk secara sukarela bersedia atau menolak menjadi subyek penelitian. Responden diberi kesempatan untuk bertanya, setelah memahami semua penjelasan, diminta menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*) menjadi subyek penelitian. Responden diberi jaminan bahwa data yang diberikan tidak berdampak negatif pada pekerjaannya. Data yang diperoleh dari penelitian ini disimpan dan dimusnahkan oleh peneliti setelah proses penyusunan pelaporan penelitian diterima sebagai hasil penelitian yang sah.

## **F. Instrumen Pengumpulan Data**

Instrumen pengumpulan data pada penelitian ini adalah kuesioner dan lembar tilik kelengkapan dokumentasi keperawatan, disusun berdasarkan tinjauan pustaka sesuai variabel yang akan diteliti, sebagai berikut:

### **1. Pengukuran Variabel Penerapan Metode Penugasan Tim**

Pengukuran variabel penerapan metode penugasan tim (pembagian tugas, penerapan asuhan keperawatan, komunikasi, supervisi, koordinasi dan pendelegasian tugas) dengan menggunakan kuesioner B, yang dikembangkan dan dibuat sendiri oleh peneliti dengan mengacu pada konsep yang ada pada tinjauan pustaka. Kuesioner B berjumlah 57 pernyataan terdiri dari 53 pernyataan positif dan 4 pernyataan negatif, dengan kemungkinan jawaban menggunakan skala likert 1-4. Untuk pernyataan positif kategori 1= tidak pernah (tidak pernah melakukan), 2= kadang-kadang (melakukan <3 kali), 3=sering (melakukan 3-4 kali), 4=selalu (selalu melakukan). Sedangkan untuk pernyataan negatif kategorinya kebalikan dari kategori positif yaitu 4=tidak pernah, 3=kadang-kadang, 2=sering, 1=selalu. Untuk lebih jelasnya lembar kuesioner B dapat dilihat pada lampiran 4.

### **2. Pengukuran Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan**

Pengukuran variabel kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan dengan observasi dokumen rekam medik keperawatan, dengan menggunakan lembar tilik yang merujuk pada instrumen evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan di rumah sakit, yang terdiri dari 24 pernyataan (Depkes, 2005). Dalam pemberian nilai

ada dua katagori yaitu nilai satu jika  $\geq 75\%$  aspek yang dinilai dilakukan, sedangkan nilai nol jika aspek yang dinilai dilakukan  $<75\%$  (Sitorus, 2006). Sedangkan untuk menentukan nilai kumulatif setiap ruangan dibuat dua katagori yaitu kurang jika nilai rata-rata ruangan  $< 85\%$  dan dikatakan lengkap jika  $\geq 85\%$ , dalam hal ini peneliti mengacu pada standar minimal pelayanan di rumah sakit (Depkes, 2007). Lembar tilik dokumen rekam medik keperawatan dapat dilihat pada lampiran 5.

### **3. Pengukuran karakteristik perawat**

Pengukuran variabel karakteristik perawat (umur, lama kerja, pendidikan dan pelatihan yang pernah dikuti satu tahun terakhir), menggunakan kuesioner A, dengan 4 pertanyaan essay yang terdiri dari 3 pertanyaan terbuka dan satu pertanyaan tertutup. Lembar kuesioner dapat dilihat pada lampiran 3

### **4. Uji Coba Instrumen**

#### **a. Kuesioner**

Uji coba kuesioner dilakukan pada 30 orang perawat pelaksana di Instalasi Rawat Inap A dan B RS Persahabatan Jakarta. Pelaksanaan uji coba kuesioner diawali dengan menjelaskan maksud dan tujuan uji coba kuesioner kepada jajaran Manajer Keperawatan, Kepala Instalasi Rawat Inap dan Bagian Diklat RS Persahabatan Jakarta, yang dilaksanakan pada tanggal 7 Mei 2008, sedangkan penyebaran kuesioner dilaksanakan pada tanggal 12 Mei 2008. Semua kuesioner kembali dan terisi lengkap, kemudian dilakukan entry data untuk melakukan uji validitas dan reliabilitas kuesioner.



Uji validitas adalah melakukan korelasi antara skor masing-masing pernyataan dengan skor totalnya, dengan menggunakan teknik *Corelation Coeficient pearson product moment*. Pernyataan dinyatakan valid karena skor pernyataan mempunyai korelasi secara signifikan dengan skor totalnya, yaitu jika  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel. Dengan *degree of preedom* 28 ( $n-2$ ) angka  $r$  tabel = 0,361. Setelah mengeluarkan pernyataan yang tidak valid, selanjutnya melakukan uji reliabilitas dengan menggunakan tehnik *Alpha-Cronbach*, yaitu membandingkan  $r$  alpha dengan  $r$  tabel, bila  $r$  alpha lebih besar dari  $r$  tabel, maka pernyataan tersebut dinyatakan reliabel (Hastono, 2006). Hasil uji validitas dan reliabilitas kuesioner penerapan metode penugasan tim, dari 75 pernyataan diperoleh 50 pernyataan (66,7%) yang valid dengan  $r$  hitung antara 0,379 - 0,845 dan  $r$  alpha 0,361.

**Tabel 4.3**  
 Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas Instrumen  
 Penerapan Metode Penugasan Tim  
 Di RSUD Bekasi Juni 2008

Subvariabel	Peryataan uji coba	Pernyataan valid	Pernyataan tdk valid	Pernyataan direvisi	Pernyataan yg dipakai penelitian	r Hitung	r Alpha
Pembagian tugas	10	7	3	2	9	0,379-0,724	0,848
Pelaksanaan Askep	15	10	5	3	13	0,490-0,814	0,874
Komunikasi	12	6	6	1	7	0,490-0,720	0,818
Supervisi	15	10	5	2	12	0,550-0,831	0,915
Koordinasi	11	7	4	2	9	0,599-0,769	0,884
Pendelegasian tugas	12	10	2	0	10	0,463-0,845	0,909
<b>Jumlah</b>							
<b>Pernyataan</b>	<b>75</b>	<b>50</b>	<b>25</b>	<b>10</b>	<b>60</b>		

Setelah mengkaji pernyataan yang tidak valid, terdapat beberapa pernyataan secara substansi sangat penting, yaitu pernyataan nomor: 4,10,15,19,22,31,51,52,54 dan 58

( $r$  hitung: 0,306, 0,142, 0,142, -0,002, 0,144, 0,177, 0,338, 0,179, 0,089, dan 0,130). Untuk itu, pernyataan tersebut tidak dikeluarkan dari instrumen tetapi dilakukan revisi. Pernyataan yang direvisi tidak dilakukan uji coba ulang, namun dilakukan dengan cara *expert judgement*, artinya pernyataan tersebut ditelaah oleh orang ahli pada bidang terkait, dalam hal ini adalah pembimbing tesis. Adapun pernyataan yang tidak valid lainnya, yaitu: 5, 11, 23, 26, 28, 30, 34, 36, 43, 46, 49, 57, 59, 66, dan 69, dikeluarkan dari instrumen penerapan metode tim asuhan keperawatan. Setelah pengambilan data penelitian dilakukan uji validitas dan reliabilitas ulang pada seluruh pernyataan pada seluruh responden (89 responden), dengan *degree of freedom* 80 ( $n-2$ ) angka  $r$  tabel = 0,217. Hasil uji validitas dan reliabilitas yang kedua didapatkan 3 pernyataan yang tidak valid yaitu pernyataan nomor 9, 4 dan 54, sehingga jumlah pernyataan yang valid sebanyak 57 pernyataan.

#### **b. Lembar Tilik Dokumen Rekam Medik Keperawatan**

Instrumen lembar tilik dokumen rekam medik keperawatan penulis mengacu pada instrumen evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan di rumah sakit yang disusun oleh Tim Departemen Kesehatan RI (Depkes, 2005), sehingga peneliti tidak melakukan uji validitas dan reliabilitas terhadap instrumen lembar tilik dokumen rekam medik keperawatan karena sudah baku dari Departemen Kesehatan RI.

## G. Prosedur Pengumpulan Data

### 1. Data Dari Perawat Pelaksana.

Pengumpulan data penerapan metode penugasan tim menggunakan kuesioner yang diisi sendiri oleh perawat pelaksana, dengan cara perawat pelaksana menjawab pernyataan tentang dirinya untuk mengukur karakteristik perawat, dan memberikan jawaban terhadap pernyataan yang terkait dengan penerapan metode penugasan tim sesuai dengan yang dikerjakan responden, ketua tim dan kepala ruangan.

Adapun langkah-langkah pengumpulan data dilakukan sebagai berikut:

- a) Perizinan penelitian mendapat jawaban dari RSUD Bekasi bulan Mei 2008
- b) Peneliti menemui Ka.Bid. Keperawatan untuk koordinasi dengan bidang terkait dalam pelaksanaan penelitian.
- c) Presentasi proposal penelitian pada hari Jum'at 9 Mei 2008, dihadapan Kepala Bidang Perawatan, seluruh staf bidang perawatan, Kepala Instalasi Rawat Inap dan seluruh Kepala Ruang Rawat Inap RSUD Bekasi, untuk memberikan penjelasan tentang rencana penelitian.
- d) Penjelasan kepada kepala ruangan yang membantu mendistribusikan kuesioner, untuk melakukan pengundian secara acak guna menentukan responden di setiap ruangan sesuai dengan jumlah sampel yang telah ditetapkan dan memenuhi kriteria inklusi.
- e) Pada tanggal 26 Mei 2008 kuesioner dibagikan kepada responden bersama kepala ruangan. Responden diberi penjelasan tentang tujuan penelitian, hak-hak responden, dan penandatanganan persetujuan menjadi responden (*informed consent*).

- f) Responden diberi penjelasan cara pengisian kuesioner kemudian diminta membaca kuesioner dan mengisi kuesioner tersebut sesuai dengan kondisi yang sebenarnya.
- g) Responden yang dinas pagi pada tanggal 26 Mei 2008, setelah diisi langsung dikumpulkan pada kepala ruangan, selanjutnya pada hari yang sama peneliti kumpulkan dari seluruh ruangan.
- h) Responden yang dinas sore kuesioner dibagikan dan diambil pada tanggal 27 Mei 2008, sedangkan yang dinas malam pada tanggal 28 Mei 2008.
- i) Responden yang libur shif, kuesioner dibagikan dan diambil pada tanggal 29 Mei 2008. Pengecekan akhir seluruh kuesioner dari seluruh ruangan dilakukan pada tanggal 30 Mei 2008, berjumlah 92 kuesioner.

## **2. Data Observasi Dokumen Rekam Medik Keperawatan**

Pengumpulan data dokumen rekam medik keperawatan dilakukan melalui observasi, dengan menggunakan lembar tilik dokumen rekam medik keperawatan dengan prosedur sebagai berikut:

- a. Membentuk tim penilai dokumen rekam medik keperawatan yang terdiri dari 8 kepala ruangan.
- b. Penjelasan lembar tilik dan petunjuk penilaian dokumen rekam medik keperawatan kepada tim penilai.
- c. Peneliti dan tim penilai dokumen rekam medik keperawatan, melakukan pengecekan nomor register pasien yang sudah pulang pada buku register pasien pulang setiap hari, mulai tanggal 12 Mei sampai 24 Mei 2008, kemudian

membuat kode dokumen rekam medik yang dinilai bekerja sama dengan petugas rekam medik di tiap ruangan untuk memilih dokumen rekam medik pasien yang memenuhi kriteria inklusi.

- d. Penilaian dokumen rekam medik keperawatan dilakukan mulai tanggal 12 Mei sampai dengan 24 Mei 2008, setiap dokumen dinilai dari hari pertama dirawat sampai pasien pulang, dengan menggunakan lembar tilik dan berpedoman pada petunjuk penilaian dokumen rekam medik keperawatan.
- e. Setelah penilaian dokumen rekam medik keperawatan selesai, peneliti menggumpulkan lembar tilik dan melakukan validasi kelengkapan pengisian setiap hari. Pengecekan akhir lembar tilik seluruhnya dari setiap ruangan dilakukan pada tanggal 24 Mei 2008, berjumlah 120 dokumen rekam medik keperawatan.

## H. Pengolahan Data

### 1. Dari Perawat Pelaksana (Kuesioner).

Pengolahan data yang dikumpulkan melalui kuesioner diolah menggunakan komputer, melalui tahapan sebagai berikut:

- a. *Editing*, dilakukan untuk memeriksa ulang kelengkapan pengisian dan kesalahan serta melihat konsistensi jawaban setiap kuesioner.
- b. *Koding*, memberikan kode dengan cara mengkonversi jawaban ke dalam bentuk angka-angka, guna mempermudah saat *entry* data dan analisa data.
- c. *Processing*, pemrosesan data dilakukan dengan cara *entry* data dari kuesioner ke program komputer.

- d. *Cleaning*, melakukan pengecekan kembali data yang sudah *dientry*, selanjutnya dilakukan analisis data.

## 2. Hasil Observasi Dokumen Rekam Medik Keperawatan (Lembar Tilik Dokumen)

Pengolahan data hasil observasi dokumen rekam medik keperawatan sebagai berikut:

- a. *Editing*, dilakukan untuk memeriksa ulang kelengkapan penilaian dan kesalahan dari setiap lembar tilik dokumen rekam medik keperawatan.
- b. *Koding*, memberikan kode dengan cara mengkonversi hasil penilaian ke dalam bentuk prosentase guna mempermudah saat *entry* data dan analisa data.
- c. *Processing*, pemrosesan data dilakukan dengan cara *entry* data dari lembar tilik dokumen rekam medik keperawatan ke program komputer,
- d. *Cleaning*, melakukan pengecekan kembali data yang sudah *dientry*, selanjutnya dilakukan analisis data.

### I. Analisis Data

#### 1. Data Dari Perawat Pelaksana (Kuesioner).

Analisis data dari kuesioner dilakukan tiga tahap analisis data, yaitu: analisis univariat, analisis bivariat, dan analisis multivariat.

- a. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk memperoleh gambaran dari variable penerapan metode penugasan tim dan karakteristik perawat, menggunakan distribusi frekuensi dengan ukuran prosentase atau proporsi. Hasil analisis univariat disajikan dalam bentuk tabel.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan guna melihat hubungan antara variabel independen (penerapan metode penugasan tim), variabel *confounding* (karakteristik perawat) dengan variabel dependen (kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan). Sesuai dengan jenis data yang ada yaitu katagorik dan katagorik maka uji statistik yang digunakan adalah uji *Chi-Square* dengan tingkat kepercayaan 95% atau  $\alpha = 0,05$  (Sugiyono, 2005; Hastono, 2006).

c. Analisis Multivariat

Analisis multivariat bertujuan untuk mengetahui komponen variabel independen yang paling berhubungan dengan variabel dependen sekaligus mengontrol variabel *confounding*. Pada penelitian ini menggunakan uji statistik *regresi logistik ganda* yaitu salah satu pendekatan model matematis untuk menganalisis hubungan satu atau beberapa variabel independen dengan satu variabel dependen katagorik yang bersifat dikotom. Langkah-langkah yang digunakan adalah pemodelan faktor resiko melalui tahapan sebagai berikut (Hastono, 2006):

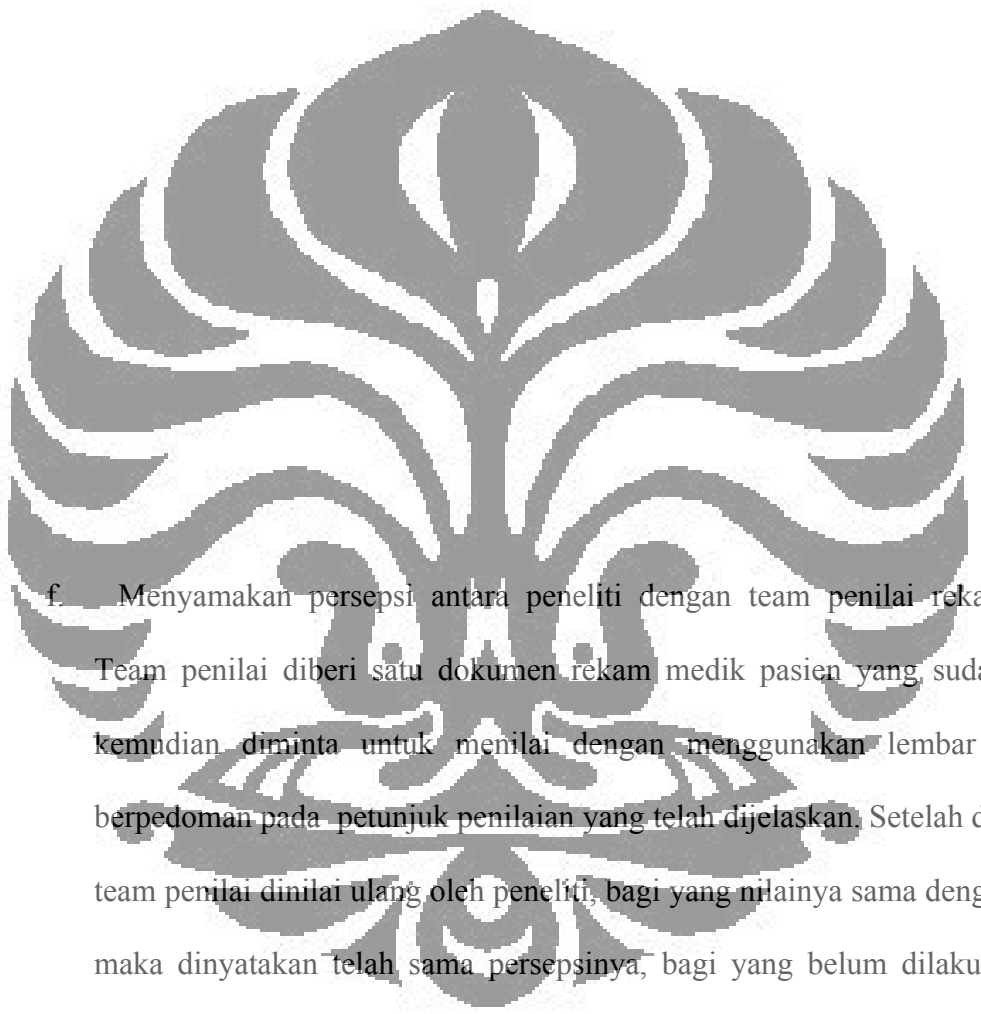
- 1) Setelah melakukan analisis bivariat antara variabel karakteristik perawat dan variabel independen dengan variabel dependen, kemudian melakukan pemodelan lengkap mencakup: variabel karakteristik perawat dan variabel penerapan metode penugasan tim dengan subvariabelnya dengan cara memasukkan semua variabel hasil uji bivariat yang mempunyai nilai  $p < 0.25$  ke dalam model multivariat. Untuk variabel yang nilai  $p > 0.25$  namun secara substansi penting, maka variabel tersebut dapat masuk ke dalam analisis multivariat.

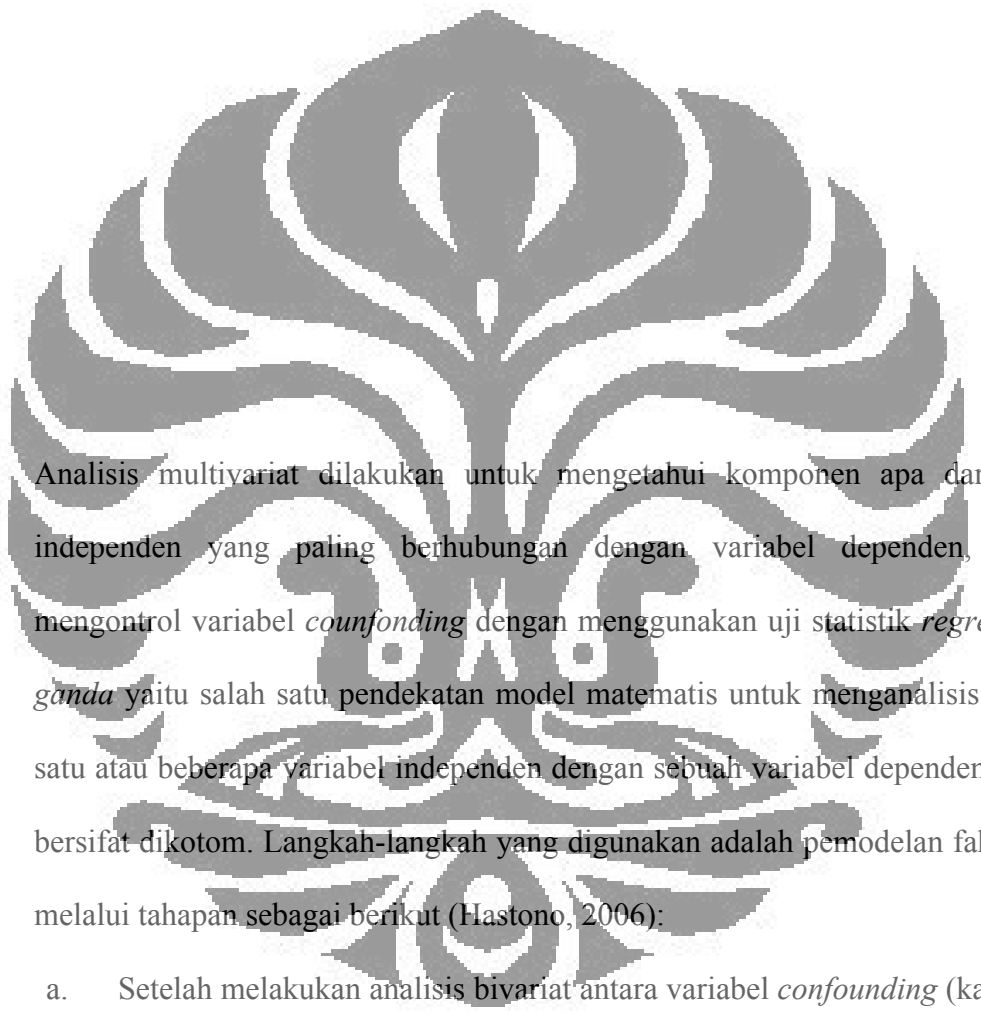
- 2) Melakukan uji interaksi dengan cara mengeluarkan variabel interaksi yang mempunyai nilai  $p$  tidak signifikan ( $p > 0.05$ ) dikeluarkan dari model multivariat secara berurutan satu persatu dimulai dari nilai  $p$  terbesar.
- 3) Melakukan uji *confounding* dengan cara membandingkan nilai OR variabel independen sebelum dan sesudah variabel *confounding* dikeluarkan. Pada variabel dengan selisih OR lebih dari 10%, variabel tersebut dinyatakan sebagai *confounding* dan harus tetap berada dalam pemodelan.
- 4) Pemodelan terakhir, yaitu tampilan akhir dari variabel independen dan variabel dependen yang signifikan.

## **2. Data Hasil Observasi Dokumen Rekam Medik Keperawatan**

Analisis data hasil observasi dokumen rekam medik hanya dilakukan analisis univariat, karena kelengkapan dokumentasi keperawatan merupakan variabel dependen. Analisis univariat dilakukan untuk memperoleh gambaran kelengkapan dokumentasi keperawatan, menggunakan distribusi frekuensi dengan ukuran prosentase atau proporsi. Hasil analisis univariat disajikan dalam bentuk tabel.



- 
- f. Menyamakan persepsi antara peneliti dengan team penilai rekam medik. Team penilai diberi satu dokumen rekam medik pasien yang sudah pulang, kemudian diminta untuk menilai dengan menggunakan lembar tilik dan berpedoman pada petunjuk penilaian yang telah dijelaskan. Setelah dinilai oleh team penilai dinilai ulang oleh peneliti, bagi yang nilainya sama dengan peniliti maka dinyatakan telah sama persepsinya, bagi yang belum dilakukan sekali lagi dengan status yang berbeda.

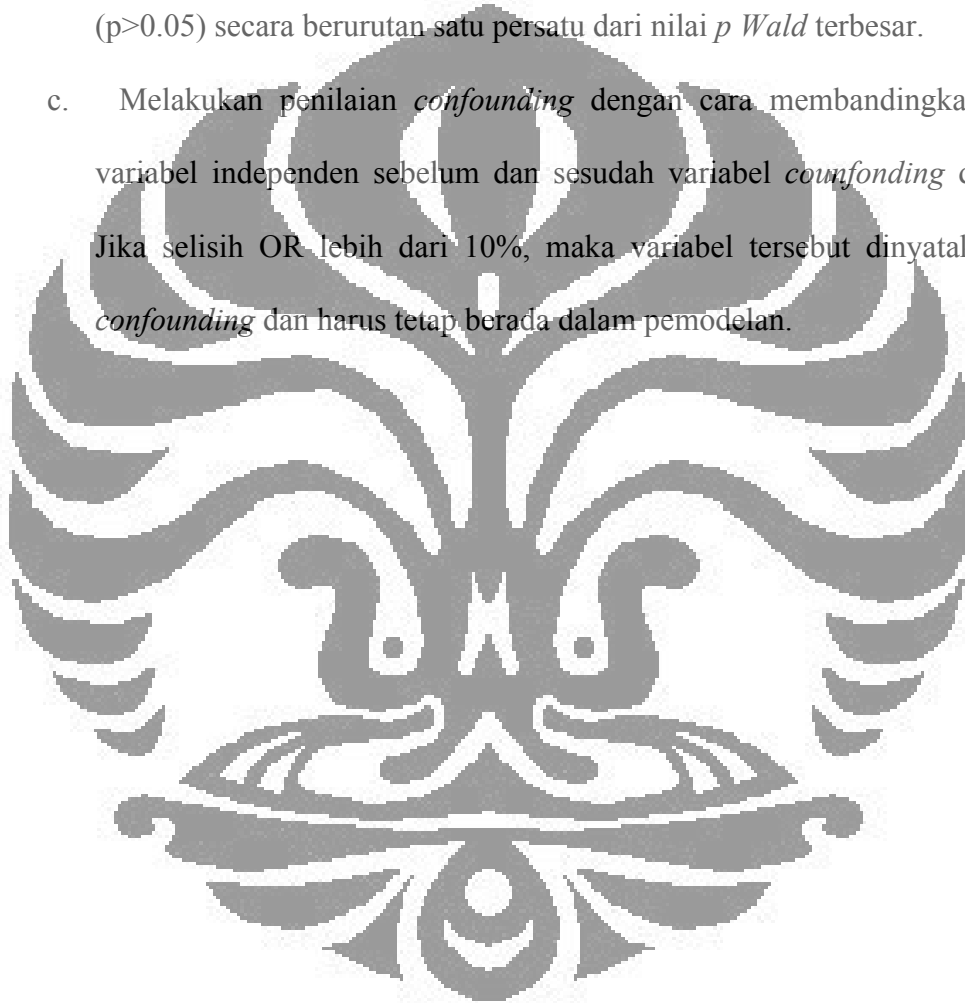


Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui komponen apa dari variabel independen yang paling berhubungan dengan variabel dependen, sekaligus mengontrol variabel *confounding* dengan menggunakan uji statistik *regresi logistik ganda* yaitu salah satu pendekatan model matematis untuk menganalisis hubungan satu atau beberapa variabel independen dengan sebuah variabel dependen katagorik bersifat dikotom. Langkah-langkah yang digunakan adalah pemodelan faktor resiko melalui tahapan sebagai berikut (Hastono, 2006):

- a. Setelah melakukan analisis bivariat antara variabel *confounding* (karakteristik individu) dengan variabel dependen, kemudian melakukan pemodelan lengkap mencakup: variabel penerapan metode penugasan tim dengan sub variabelnya, variabel *confounding*, serta variabel kelengkapan dokumentasi sebagai variabel dependen, dengan cara memasukkan semua hasil uji bivariat yang mempunyai

nilai  $p < 0.25$  ke dalam model multivariat. Untuk variabel yang  $p > 0.25$  namun secara substansi penting, maka variabel tersebut dapat masuk ke dalam analisis multivariat.

- b. Melakukan penilaian interaksi dengan cara mencari nilai  $p$  *Wald* dari model multivariat, kemudian mengeluarkan nilai  $p$  *Wald* yang tidak signifikan ( $p > 0.05$ ) secara berurutan satu persatu dari nilai  $p$  *Wald* terbesar.
- c. Melakukan penilaian *confounding* dengan cara membandingkan nilai OR variabel independen sebelum dan sesudah variabel *confounding* dikeluarkan. Jika selisih OR lebih dari 10%, maka variabel tersebut dinyatakan sebagai *confounding* dan harus tetap berada dalam pemodelan.



## 2. Uji Coba Instrumen

Uji coba instrumen dilakukan pada 30 orang perawat di Instalasi Rawat Inap A, B, dan C RS Fatmawati yang mana karakter perawat dan status rumah sakitnya hampir sama dengan RSUP Persahabatan. Pelaksanaan uji coba diawali dengan mempresentasikan proposal penelitian serta menjelaskan maksud dan tujuan penyebaran kuesioner di RS Fatmawati kepada jajaran Manajer Keperawatan, Kepala Instalasi Rawat Inap, Bagian Diklat, dan komite etik; dilaksanakan pada tanggal 08 Mei 2007, sedangkan penyebaran kuesioner dilaksanakan pada tanggal 09 – 11 Mei 2007.

Semua kuesioner kembali dan terisi lengkap, kemudian dilakukan *entry* data untuk melakukan uji validitas dan reliabilitas instrumen. Uji validitas yaitu melakukan korelasi antara skor masing-masing pernyataan dengan skor totalnya, menggunakan teknik *Corelation Coeficient Pearson Product Moment*. Suatu pernyataan/pertanyaan dinyatakan valid jika skor item pernyataan berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya, yaitu jika  $r$  hitung  $>$   $r$  tabel. Dengan *degree of preedom* 28 ( $n-2$ ) angka  $r$  tabel = 0,361. Setelah mengeluarkan item yang tidak valid, selanjutnya melakukan Uji Reliabilitas dengan menggunakan teknik *Alpha-Cronbach*, yaitu

membandingkan nilai  $r$  *alpha* dengan  $r$  tabel. Bila  $r$  *alpha* >  $r$  tabel, pernyataan tersebut dinyatakan reliabel (Hastono, 2006).

Hasil uji validitas pada variabel sistem pengembangan karir, melalui empat tahap pengujian, dari 44 item pernyataan terdapat sembilan item (20%) yang tidak valid, yaitu nomor 1, 2, 3, 6, 9, 18, 23, 32, dan 34. Nilai  $r$  hitung yang diperoleh antara 0,394 – 0,874 dan  $r$  *alpha* 0,962. Pada variabel kepuasan kerja terdapat delapan item (18%) yang tidak valid, yaitu nomor 5, 6, 8, 42, 14, 20, 11, dan 16. Nilai  $r$  hitung antara 0,394 – 0,834 dan  $r$  *alpha* 0,958. Berdasarkan subvariabel sistem pengembangan karir, hasil uji validitas dan reliabilitas disajikan pada tabel 4.2 sebagai berikut:

Tabel 4.2  
Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas  
Subvariabel Sistem Pengembangan Karir

Subvariabel	Jlh Item	Item Tdk Valid	Revisi Item	Item yg digunakan	r Hitung antara	r Alpha
Pengembangan Diri	11 item	5 item	1, 2, dan 36	9 item	0,400 – 0,699	0,816
Kedudukan/Jabatan	14 item	5 item	-	9 item	0,379 - 0,923	0,847
Penghargaan	10 item	2 item	20	9 item	0,598 – 0,815	0,922
Promosi	9 item	1 item	38	9 item	0,465 – 0,855	0,908

Setelah mengkaji item pernyataan yang tidak valid, ternyata ada beberapa item yang secara substansi sangat penting, untuk itu, item nomor 1, 2, 20, 36, dan 38 ( $r$  hitung: 0,320, 0,362, 0, 327, 0,275, dan 0,358) tidak dibuang tapi dilakukan revisi, sekaligus dalam rangka memperoleh proporsi yang seimbang antar subvariabel. Pernyataan yang direvisi tidak dilakukan ujicoba ulang, namun dilakukan dengan cara *expert*

*judgement*, artinya item-item pernyataan instrumen ditelaah oleh orang ahli pada bidang terkait, dalam hal ini adalah pembimbing tesis. sedangkan item yang tidak valid lainnya dibuang, yaitu item nomor: 32, 37, 8, 9, 17, 34, dan 23.

## **G. Prosedur Pengumpulan Data**

Data yang diperoleh adalah data primer berdasarkan kuesioner yang diisi sendiri oleh responden, yaitu responden menjawab pertanyaan tentang dirinya untuk mengukur karakteristik individu, dan memberikan persetujuan terhadap pernyataan yang terkait dengan sistem pengembangan karir dan kepuasan kerja sesuai dengan kondisi dan yang dirasakan oleh responden.

Adapun langkah-langkah pengumpulan data dilakukan sebagai berikut:

- j) Proses perizinan dari Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan UI melalui surat yang ditujukan kepada Direktur RSUP Persahabatan Jakarta.
- k) Setelah mendapat izin, peneliti menemui Kepala Bidang Keperawatan untuk negosiasi dan koordinasi dengan bidang terkait dalam pelaksanaan penelitian.
- l) Mempresentasikan proposal penelitian pada hari Rabu 16 Mei 2007, dihadapan tim komite etik penelitian di RSUP Persahabatan, yang terdiri dari: Kepala Bagian Pendidikan dan Latihan, Kepala Seksi Pendidikan dan Latihan, Kepala Bidang Keperawatan, dan Kepala Instalasi Rawat Inap, A, B, dan C.
- m) Memberikan penjelasan kepada tiga sukarelawan yang akan membantu mendistribusikan kuesioner, untuk melakukan pengundian secara acak guna menentukan responden di tiap ruangan sesuai dengan jumlah sampel yang telah

ditetapkan dan memenuhi syarat inklusi, serta memberikan penjelasan kepada responden tentang rencana penelitian sehingga bersedia untuk menjadi responden dan menandatangani surat persetujuan (*inform consent*).

- n) Pada tanggal 23 Mei 2007 kuesioner dibagikan kepada responden melalui jasa sukarelawan dan kepala ruangan. Responden diberi penjelasan tentang tujuan dan manfaat penelitian serta hak-hak responden. Diminta untuk membaca penjelasan, menandatangani *informed consent* dan mengisi kuesioner tersebut sesuai dengan kondisi yang sebenarnya, kemudian mengembalikannya sesuai waktu yang disepakati.
- o) Pengambilan kuesioner di tiap-tiap ruangan dilaksanakan pada tanggal 28 Mei 2007 dan meneliti langsung kelengkapan dan kebenaran pengisiannya, jika tidak lengkap langsung divalidasi.

## H. Pengolahan Data

Pengolahan data menggunakan komputer, melalui tahapan sebagai berikut:

- 5) *Editing*, dilakukan untuk memeriksa ulang kelengkapan pengisian dan kemungkinan kesalahan serta melihat konsistensi jawaban setiap kuesioner.
- 6) *Koding*, memberikan kode dengan cara mengkonversi jawaban ke dalam bentuk angka-angka, guna mempermudah saat *entry* data dan analisa data,
- 7) *Processing*, pemrosesan data dilakukan dengan cara *entry* data dari kuesioner ke program komputer,
- 8) *Cleaning*, melakukan pengecekan kembali data yang sudah *dientry* apakah ada kesalahan atau tidak, sehingga data siap dianalisis.

## I. Analisis Data

Penelitian ini menggunakan tiga tahap analisis data, yaitu: analisis univariat, analisis bivariat, dan analisis multivariat.

### 9) Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk memperoleh gambaran atau mendeskripsikan masing-masing variabel. Data katagorik menggunakan distribusi frekuensi dengan ukuran persentase atau proporsi, disajikan dalam bentuk diagram. Sedangkan data numerik menggunakan nilai mean, median, standar deviasi, angka minimal maksimal, dan disajikan dalam bentuk tabel.

### 10) Analisis Bivariat

Analisis bivariat dilakukan guna melihat hubungan antara variabel independen (pengembangan karir dan subvariabelnya), variabel *confounding* (karakteristik individu) dengan variabel dependen (kepuasan kerja perawat). Untuk data numerik dilakukan uji statistik dengan teknik *Corelation Coeficient Pearson Product Moment*, sedangkan untuk karakteristik individu yang menghasilkan data katagorik dilakukan uji *Chi-Square* dan regresi logistik sederhana, dengan tingkat kemaknaan  $\alpha = 0,05$  (Sugiyono, 2005; Hastono, 2006).

### 11) Analisis Multivariat



Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui komponen apa dari variabel independen yang paling berhubungan dengan variabel dependen, sekaligus mengontrol variabel *confounding* dengan menggunakan uji statistik *regresi logistik ganda* yaitu salah satu pendekatan model matematis untuk menganalisis hubungan satu atau beberapa variabel independen dengan sebuah variabel dependen katagorik bersifat dikotom. Langkah-langkah yang digunakan adalah pemodelan faktor resiko melalui tahapan sebagai berikut (Hastono, 2006):

- a. Setelah melakukan analisis bivariat antara variabel *confounding* (karakteristik individu) dengan variabel dependen, kemudian melakukan pemodelan lengkap mencakup: variabel sistem pengembangan karir dengan sub variabelnya, variabel *confounding*, serta variabel kepuasan kerja sebagai variabel dependen, dengan cara memasukkan semua hasil uji bivariat yang mempunyai nilai  $p < 0.25$  ke dalam model multivariat. Untuk variabel yang  $p > 0.25$  namun secara substansi penting, maka variabel tersebut dapat masuk ke dalam analisis multivariat.
- b. Melakukan penilaian interaksi dengan cara mencari nilai  $p$  *Wald* dari model multivariat, kemudian mengeluarkan nilai  $p$  *Wald* yang tidak signifikan ( $p > 0.05$ ) secara berurutan satu persatu dari nilai  $p$  *Wald* terbesar.
- c. Melakukan penilaian *confounding* dengan cara membandingkan nilai OR variabel independen sebelum dan sesudah variabel *confounding* dikeluarkan. Jika selisih OR lebih dari 10%, maka variabel tersebut dinyatakan sebagai *confounding* dan harus tetap berada dalam pemodelan.

**Tabel 4.2**  
**Jadual Penelitian**

KEGIATAN	Maret 2007				April 2007					Mei 2007					Juni 2007				Juli 2007		
	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3
1. Penyusunan Proposal	V	V	V	V	V	V															
2. Seminar Proposal							V														
3. Perbaikan Proposal								V	V												
4. Uji Coba Instrumen										V											
5. Pelaksanaan Penelitian											V	V	V								
6. Pengolahan dan Analisa Data													V	V							
7. Penyusunan Laporan Hasil													V	V	V						
8. Seminar Hasil Penelitian																V					
9. Perbaikan Laporan Hasil															V	V					
10. Ujian Akhir Tesis/ Sidang																	V	V			
11. Perbaikan Tesis																	V	V			
12. Pengumpulan Tesis																					V

**Tabel 4.2**  
**Jadual Penelitian**

No	Kegiatan	Maret				April				Mei					Juni				Juli	
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2
1	Penyusunan Proposal																			
2	Seminar Proposal																			
3	Perbaikan Proposal																			
4	Uji Coba Instrumen																			
5	Pelaksanaan Penelitian																			
6	Pengolahan & Analisa Data																			
7	Penyusunan Laporan Hasil																			
8	Seminar Hasil Penelitian																			
9	Perbaikan Laporan Hasil																			
10	Ujia Akhir Tesis/Sidang																			
11	Perbaikan Laporan Tesis																			
12	Pengumpulan Laporan Tesis																			

## **BAB V**

### **HASIL PENELITIAN**

Hasil penelitian hubungan penerapan metode penugasan tim dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan di RSUD Bekasi, dilaksanakan pada tanggal 12 Mei sampai dengan 30 Mei 2008. Data penelitian ini didapat dari perawat pelaksana melalui pengisian kuesioner dan hasil observasi dokumen rekam medik menggunakan lembar tilik. Dari data yang dikumpulkan selanjutnya dilakukan analisis univariat, bivariat dan multivariat yang diuraikan berikut ini.

#### **A. Analisis Univariat**

##### **1. Data Dari Perawat Pelaksana (Melalui Kuesioner).**

Dari 92 kuesioner yang dibagikan kepada responden kembali seluruhnya, tetapi satu kuesioner tidak lengkap jawabannya dan dua kuesioner tidak memenuhi kriteria inklusi, jadi 3 kuesioner (3%) *drop out*, sehingga jumlah kuesioner yang dianalisis berjumlah 89 kuesioner.

##### **a. Karakteristik Perawat**

Hasil analisis univariat terhadap karakteristik perawat digambarkan berdasarkan umur, lama kerja, pendidikan, dan pelatihan metode penugasan tim atau dokumentasi asuhan keperawatan yang pernah diikuti perawat pelaksana satu tahun terakhir. Hasil analisis data karakteristik perawat pelaksana disajikan pada tabel 5.1.

**Tabel 5.1**  
Distribusi Responden Berdasarkan Umur, Lama Kerja, Pendidikan  
dan Pelatihan di Ruang Rawat Inap RSUD Bekasi  
Juni 2008 (n=89)

No.	Variabel	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1.	<b>Umur</b> - Kurang dari 30 tahun (< 30 tahun) - 30 tahun atau lebih ( $\geq$ 30 tahun)	38 51	42,7 57,3
2.	<b>Lama Kerja</b> - Kurang dari 7 tahun (< 7 tahun) - 7 tahun atau lebih ( $\geq$ 7 tahun)	39 50	43,8 56,2
3.	<b>Pendidikan</b> - SPR/ SPK - D.III Keperawatan	13 76	14,6 85,4
4.	<b>Pelatihan yang diikuti Perawat</b> - Tidak pernah - Pernah	73 16	82,0 18,0

Tabel 5.1 menunjukkan bahwa umur responden sebagian besar pada kelompok umur  $\geq$  30 tahun sebanyak 57,3%, dengan lama kerja responden lebih banyak pada kelompok  $\geq$  7 tahun sebesar 56,2%. Sedangkan pendidikan responden mayoritas lulusan D.III Keperawatan sebesar 85,4% dan pelaksanaan pelatihan sebagian besar responden tidak pernah mengikuti pelatihan sebanyak 82,0%.

#### b. Penerapan Metode Penugasan Tim

Metode penugasan tim terdiri dari enam subvariabel meliputi: pembagian tugas, pelaksanaan asuhan keperawatan, komunikasi, supervisi, koordinasi, dan pendelegasian tugas. Hasil analisis penerapan metode penugasan tim disajikan pada tabel 5.2.

**Tabel 5.2**  
Distribusi Responden Berdasarkan Penerapan Metode Penugasan Tim  
Di Ruang Rawat Inap RSUD Bekasi Juni 2008 (n=89)

No.	Variabel	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1.	<b>Pembagian Tugas</b>		
	Kurang	56	62,9
	Baik	33	37,1
2.	<b>Pelaksanaan Asuhan Keperawatan</b>		
	Kurang	55	61,8
	Baik	34	38,2
3	<b>Komunikasi</b>		
	Kurang	56	62,9
	Baik	33	37,1
4	<b>Supervisi</b>		
	Kurang	70	78,7
	Baik	19	21,3
5	<b>Koordinasi</b>		
	Kurang	65	73,0
	Baik	24	27,0
6	<b>Pendelegasian Tugas</b>		
	Kurang	47	52,8
	Baik	42	47,2
<b>Rata-rata penerapan metode tim</b>			
	Kurang	349	65,5
	Baik	185	34,6

Tabel 5.2 menunjukkan bahwa pembagian tugas perawat sebagian besar dalam katagori kurang baik (62,9%) dan pelaksanaan asuhan keperawatan lebih dari setengah termasuk dalam katagori kurang baik (61,8%). Komunikasi perawat dalam tim lebih banyak dalam katagori kurang baik (62,9%) dan pelaksanaan supervisi mayoritas responden menyatakan dalam katagori kurang baik (78,7%). Sedangkan koordinasi dalam tim mayoritas responden menyatakan kurang baik (73,0%), dan pendelegasian tugas lebih dari setengah dalam katagori kurang baik (52,8%). Dari keenam subvariabel penerapan metode penugasan tim, sebagian besar perawat menyatakan kurang baik sebesar 65,3%, sedangkan yang menyatakan baik hanya 34,7%.

## 2. Data Observasi Dokumen Rekam Medik Keperawatan

Hasil analisis data observasi dokumen rekam medik keperawatan terdiri dari enam komponen, yaitu pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, tindakan keperawatan, evaluasi dan catatan keperawatan. Kelengkapan dokumentasi keperawatan dapat dilihat pada tabel 5.3.

**Tabel 5.3.**  
Distribusi Data Observasi Dokumen Rekam Medik Keperawatan  
Berdasarkan Enam Komponen Proses Keperawatan  
Di Ruang Rawat Inap RSUD Bekasi Juni 2008  
(n = 120)

<b>Ruangan</b> <b>Subvariabel</b>	<b>WK</b> <b>(%)</b>	<b>BG</b> <b>(%)</b>	<b>NI</b> <b>(%)</b>	<b>TRT</b> <b>(%)</b>	<b>MW</b> <b>(%)</b>	<b>PER</b> <b>(%)</b>	<b>ML</b> <b>(%)</b>	<b>ANG</b> <b>(%)</b>	<b>RATA-RATA</b>
Pengkajian	90,1	98,1	89,7	88,3	70,8	90,0	84,5	88,4	87,6
Diagnosa. Kep.	90,1	96,3	85,2	100	66,7	100	92,0	97,2	92,2
Perencanaan	77,3	77,1	77,4	89,2	83,3	53,6	84,1	80,5	81,6
Tindakan Kep.	68,5	61,6	67,6	83,8	58,3	75,0	82,1	81,5	75,9
Evaluasi Kep.	100	95,3	84,2	85,2	100	50,0	85,7	78,9	81,9
Catatan Askep	88,7	100	83,7	94,1	86,7	95,0	92,3	80,0	88,7
<b>Rata-rata nilai tiap ruangan</b>	<b>85,7</b>	<b>88,1</b>	<b>81,3</b>	<b>90,1</b>	<b>77,8</b>	<b>77,1</b>	<b>86,7</b>	<b>84,4</b>	<b>84,7</b>

WK (WK atas), BG (Bougenvil), NI (Nusa Indah), MW (Mawar), PER (Perina), ML (Melati), ANG (Anggrek)

Dari tabel 5.3 menunjukkan komponen diagnosa keperawatan mempunyai nilai tertinggi (92,2%), sedangkan komponen tindakan keperawatan mempunyai nilai terendah (75,9%). Hasil analisis data observasi dokumen rekam medik dari tiap ruangan dapat dilihat pada tabel 5.4

**Tabel 5.4.**  
Distribusi Data Observasi Dokumen Rekam Medik Keperawatan  
Berdasarkan Sampel Dokumen Rekam Medik Tiap Ruang  
Di RSUD Bekasi Juni 2008

No	Ruang Rawat Inap	n Dokumen rekam medik	n Perawat Pelaksana	Rata-rata (%)
1.	Ruang WK Atas	17	11	85,8
2.	Ruang Bougenvil	13	11	88,1
3.	Ruang Nusa Indah	17	9	81,3
4.	Ruang Teratai	17	11	90,4
5.	Ruang Mawar	6	7	77,8
6.	Ruang Perina	10	8	77,1
7.	Ruang Melati	21	19	86,7
8.	Ruang Anggrek	19	14	84,4
	Jumlah	120	89	

Berdasarkan tabel 5.4 menunjukkan nilai data observasi dokumen rekam medik keperawatan yang terendah 77,1% dan nilai tertinggi 90,4%, sedangkan nilai rata-rata dokumen rekam medik keperawatan 84,7%. Kemudian nilai observasi dokumen rekam medik keperawatan dikategorikan menjadi dua kategori yaitu kurang lengkap jika nilai dokumentasi keperawatan  $< 85\%$  dan lengkap jika nilai dokumentasi  $\geq 85\%$ . Selanjutnya untuk analisis data hasil observasi dilakukan dengan cara setiap perawat dalam satu ruang rawat mendapat nilai sama untuk satu ruangan, misalnya ruang WK Atas nilai rata-rata dokumen rekam medik keperawatan 85,8%, maka seluruh perawat yang menjadi sampel penelitian (11 perawat) mendapat nilai sama yaitu 85,8%. Hasil analisis data observasi dokumen rekam medik keperawatan setelah dikategorikan disajikan pada tabel 5.5



**Tabel 5.5**  
Distribusi Data Observasi Dokumen Rekam Medik Keperawatan  
Berdasarkan Katagori Di Ruang Rawat Inap RSUD Bekasi  
Juni 2008 (n=89)

No	Dokumentasi Keperawatan	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
1.	Kurang Lengkap	38	42,7
2.	Lengkap	51	57,3
	Jumlah	89	100

Pada tabel 5.5 menunjukkan bahwa distribusi kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan sebagian besar termasuk dalam katagori lengkap yaitu sebanyak 57,3%, sedangkan sisanya termasuk dalam katagori kurang lengkap yaitu sebesar 42,7%.

## B. Analisis Bivariat

### 1. Hubungan Karakteristik Perawat dengan Kelengkapan Dokumentasi

Hasil analisis hubungan antara variabel karakteristik perawat yang terdiri dari umur, lama kerja, pendidikan dan pelatihan dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan.

#### a. Hubungan Umur dengan Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan

Hasil analisis hubungan antara umur dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan disajikan pada tabel 5.6.

**Tabel 5.6**  
Hubungan Umur Terhadap Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan  
Di Ruang Rawat Inap RSUD Bekasi Juni 2008  
(n=89)

Umur	Dokumen Keperawatan				Total		OR 95% CI	Nilai p
	Kurang		Lengkap		f	%		
	f	%	f	%				
< 30 tahun	18	47,4	20	52,6	38	100	1,395 0,597-3,262	0,581
≥ 30 tahun	20	39,2	31	60,8	51	100		
Total	38	42,7	51	57,3	89	100		

Hasil analisis pada tabel 5.6 menunjukkan bahwa perawat dengan umur  $\geq 30$  tahun mempunyai dokumentasi keperawatan lengkap sebesar 60,8%, sedangkan perawat dengan umur  $< 30$  tahun mempunyai dokumentasi keperawatan lengkap sebanyak 52,6%. Hasil analisis diketahui nilai  $p=0,581$ , artinya tidak terdapat hubungan yang bermakna antara umur dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan.

#### b. Hubungan Lama Kerja dengan Kelengkapan dokumentasi keperawatan

Hasil analisis hubungan antara lama kerja dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan disajikan pada tabel 5.7

**Tabel 5.7**  
Hubungan Lama Kerja Terhadap Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan  
Di Ruang Rawat Inap RSUD Bekasi Juni 2008  
(n=89)

Lama Kerja	Dokumen Keperawatan				Total		OR 95% CI	Nilai p
	Kurang		Lengkap					
	f	%	f	%	f	%		
< 7 tahun	16	41,0	23	59,0	39	100	0,885 0,379-2,067	0,948
$\geq 7$ tahun	22	44,0	28	56,0	50	100		
Total	38	42,7	51	57,3	89	100		

Dari tabel 5.7 menunjukkan bahwa perawat yang mempunyai lama kerja  $< 7$  tahun mempunyai dokumentasi keperawatan lengkap 59,0%, sedangkan perawat dengan lama kerja  $\geq 7$  tahun mempunyai dokumentasi keperawatan lengkap sebesar 56,0%. Hasil analisis diketahui nilai  $p=0,948$ , artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara lama kerja dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan.

**c. Hubungan Pendidikan dengan Kelengkapan Dokumentasi**

Hasil analisis hubungan pendidikan terhadap kelengkapan dokumentasi keperawatan disajikan pada tabel 5.8.

**Tabel 5.8**  
 Hubungan Pendidikan Terhadap Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan  
 Di Ruang Rawat Inap RSUD Bekasi Juni 2008  
 (n=89)

Pendidikan	Dokumen Keperawatan				Total		OR 95% CI	Nilai p
	Kurang		Lengkap		f	%		
	F	%	f	%				
SPR/ SPK	6	46,2	7	53,8	13	100	1,179 0,362-3,842	1,000
D3 Keperawatan	32	42,1	44	57,9	76	100		
Total	38	42,7	51	57,3	89	100		

Hasil analisis pada tabel 5.8 menunjukkan bahwa perawat yang berpendidikan D.III Keperawatan mempunyai dokumentasi keperawatan lengkap sebesar 57,9%, sedangkan perawat yang berpendidikan SPR/SPK mempunyai dokumentasi keperawatan lengkap sebanyak 53,8%. Hasil analisis didapatkan nilai  $p=1,000$ , artinya tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan.

**d. Hubungan Pelatihan dengan Kelengkapan dokumentasi keperawatan**

Hasil analisis hubungan pelatihan terhadap kelengkapan dokumentasi keperawatan disajikan pada tabel 5.9.

**Tabel 5.9**  
 Hubungan Pelatihan Terhadap Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan  
 Di Ruang Rawat Inap RSUD Bekasi Juni 2008  
 (n=89)

Pelatihan	Dokumen Keperawatan				Total		OR 95% CI	Nilai p
	Kurang		Lengkap		f	%		
	f	%	f	%				
Tidak pernah	32	43,8	41	56,2	73	100	1,301 0,428-3,958	0,853
Pernah	6	37,5	10	62,5	16	100		
Total	38	42,7	51	57,3	89	100		

Hasil analisis pada tabel 5.9 menunjukkan bahwa perawat yang pernah mengikuti pelatihan memiliki dokumentasi keperawatan lengkap sebesar 62,5%, sedangkan perawat yang tidak pernah mengikuti pelatihan memiliki dokumentasi keperawatan lengkap sebanyak 56,2%. Hasil analisis diketahui nilai  $p=0,853$ , artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pelatihan dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan.

## 2. Hubungan Metode Penugasan Tim Terhadap Kelengkapan Dokumentasi.

Pada penelitian ini penerapan metode penugasan tim terdiri dari pembagian tugas, pelaksanaan asuhan keperawatan, komunikasi, supervisi, koordinasi dan pendelegasian tugas. Hasil analisis disajikan dalam tabel sebagai berikut:

### a. Hubungan Pembagian Tugas dengan Kelengkapan dokumentasi

Hasil analisis hubungan pembagian tugas terhadap kelengkapan dokumentasi keperawatan disajikan pada tabel 5.10.

**Tabel 5.10**  
 Hubungan Pembagian Tugas Terhadap Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Bekasi Juni 2008 (n=89)

Pembagian tugas	Dokumen Keperawatan				Total		OR 95% CI	Nilai p
	Kurang		Lengkap		f	%		
	f	%	f	%				
Kurang	28	50,0	28	50,0	56	100	2,300 0,927-5,706	0,111
Baik	10	30,3	23	69,7	33	100		
Total	38	42,7	51	57,3	89	100		

Hasil analisis pada tabel 5.10 menunjukkan bahwa perawat dengan pembagian tugas yang baik memiliki dokumentasi keperawatan lengkap sebesar 69,7%, sedangkan perawat dengan pembagian tugas kurang baik memiliki dokumentasi keperawatan lengkap sebanyak 50%. Hasil analisis menunjukkan nilai  $p=0,111$ , artinya tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pembagian tugas dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan.

**b. Hubungan Pelaksanaan Asuhan Kep. Terhadap Kelengkapan Dokumentasi**

Hasil analisis hubungan pelaksanaan asuhan keperawatan terhadap kelengkapan dokumentasi keperawatan disajikan pada tabel 5.11.

**Tabel 5.11**  
 Hubungan Pelaksanaan Asuhan Kep. Terhadap Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Bekasi Juni 2008 (n=89)

Asuhan Keperawatan	Dokumen Keperawatan				Total		OR 95% CI	Nilai p
	Kurang		Lengkap		f	%		
	f	%	f	%				
Kurang	22	40,0	33	60,0	55	100	0,750 0,316-1,777	0,665
Baik	16	47,1	18	52,9	34	100		
Total	38	42,7	51	57,3	89	100		

Hasil analisis pada tabel 5.11 didapatkan bahwa perawat yang melaksanakan asuhan keperawatan kurang baik mempunyai dokumentasi keperawatan lengkap sebesar 60,0%, sedangkan perawat yang melaksanakan asuhan keperawatan dengan baik mempunyai dokumentasi keperawatan lengkap sebanyak 52,9%. Hasil analisis diketahui nilai  $p=0,665$ , artinya tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pelaksanaan asuhan keperawatan dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan.

### c. Hubungan komunikasi Terhadap kelengkapan dokumentasi Keperawatan

Hasil analisis hubungan komunikasi terhadap kelengkapan dokumentasi keperawatan disajikan pada tabel 5.12.

**Tabel 5.12**  
Hubungan Komunikasi Terhadap Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan  
Di Ruang Rawat Inap RSUD Bekasi Juni 2008  
(n=89)

Komunikasi	Dokumen Keperawatan				Total		OR 95% CI	Nilai p
	Kurang		Lengkap		f	%		
	f	%	f	%				
Kurang	23	41,1	33	58,9	56	100	0,836	0,856
Baik	15	45,5	18	54,5	33	100	0,351-1,992	
Total	38	42,7	51	57,3	89	100		

Hasil analisis menunjukkan bahwa perawat yang kurang melakukan komunikasi dalam tim memiliki dokumentasi keperawatan lengkap sebanyak 58,9%, sedangkan perawat yang melakukan komunikasi dalam tim dengan baik memiliki dokumentasi keperawatan lengkap sebesar 54,5%. Hasil analisis didapatkan nilai  $p=0,856$ , artinya tidak mempunyai hubungan yang signifikan antara komunikasi dalam tim dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan.

#### d. Hubungan Supervisi Terhadap Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan

Hasil analisis hubungan supervisi terhadap kelengkapan dokumentasi keperawatan disajikan pada tabel 5.13.

**Tabel 5.13**  
Hubungan Supervisi Terhadap Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan  
Di Ruang Rawat Inap RSUD Bekasi Juni 2008  
(n=89)

Supervisi	Dokumen Keperawatan				Total		OR 95% CI	Nilai p
	Kurang		Lengkap		f	%		
	f	%	f	%				
Kurang	35	50,0	35	50,0	70	100	5,333 1,426-19,947	0,016
Baik	3	15,8	16	84,2	19	100		
Total	38	42,7	51	57,3	89	100		

Hasil analisis pada tabel 5.13 menunjukkan bahwa perawat dengan supervisi baik memiliki dokumentasi keperawatan lengkap 84,2%, sedangkan perawat dengan supervisi kurang memiliki dokumentasi keperawatan lengkap sebesar 50,0%. Hasil analisis diketahui nilai  $p=0,016$ , artinya supervisi mempunyai hubungan yang signifikan dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan. Nilai Odds Ratio (OR) sebesar 5,333, dapat artikan bahwa perawat pelaksana yang mendapat supervisi dengan baik berpeluang melakukan kelengkapan dokumentasi keperawatan 5,333 kali dibanding perawat yang mendapat supervisi kurang.

#### e. Hubungan Koordinasi dengan Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan

Hasil analisis hubungan koordinasi terhadap kelengkapan dokumentasi keperawatan disajikan pada tabel 5.14.

**Tabel 5.14**  
 Hubungan Koordinasi Terhadap Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan  
 Di Ruang Rawat Inap RSUD Bekasi Juni 2008  
 (n=89)

Koordinasi	Dokumen Keperawatan				Total		OR 95% CI	Nilai p
	Kurang		Lengkap		f	%		
	f	%	f	%				
Kurang	25	38,5	40	61,5	65	100	0,529 0,205-1,362	0,277
Baik	13	54,2	11	45,8	24	100		
Total	38	42,7	51	57,3	89	100		

Dari hasil analisis didapatkan bahwa perawat dengan koordinasi kurang mempunyai dokumentasi lengkap sebanyak 61,5%, sedangkan perawat dengan koordinasi baik mempunyai dokumentasi lengkap sebesar 45,8%. Hasil analisis menunjukkan nilai  $p=0,277$ , artinya tidak ada hubungan yang bermakna antara koordinasi dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan.

**f. Hubungan Pendelegasian Tugas dengan Kelengkapan dokumentasi**

Hasil analisis hubungan pendelegasian tugas terhadap kelengkapan dokumentasi keperawatan disajikan pada tabel 5.15

**Tabel 5.15**  
 Hubungan Pendelegasian Tugas Terhadap Kelengkapan Dokumentasi  
 Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Bekasi Juni 2008  
 (n=89)

Pendelegasian Tugas	Dokumen Keperawatan				Total		OR 95% CI	Nilai p
	Kurang		Lengkap		f	%		
	f	%	f	%				
Kurang	22	46,8	25	53,2	47	100	1,430 0,614-3,333	0,539
Baik	16	38,1	26	61,9	42	100		
Total	38	42,7	51	57,3	89	100		

Hasil analisis menunjukkan bahwa perawat dengan pendelegasian tugas baik mempunyai dokumentasi keperawatan lengkap sebesar 61,9%, sedangkan



perawat dengan pendelegasian tugas kurang baik, memiliki dokumentasi keperawatan lengkap sebesar 53,2%. Hasil analisis diketahui nilai  $p=0,539$ , artinya tidak ada hubungan yang signifikan antara pendelegasian tugas dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan.

### C. Analisis Multivariat

Analisis multivariat dilakukan untuk menguji hubungan beberapa variabel independen dengan satu variabel dependen pada waktu bersamaan. Pada penelitian ini, analisis multivariat yang digunakan adalah uji regresi logistik ganda, dengan tahapan pemilihan variabel kandidat, pemodelan awal multivariat, uji interaksi dan pemodelan akhir multivariat.

#### 1. Pemilihan Kandidat Multivariat.

Pada tahap ini dilakukan analisis bivariat antara masing-masing variabel *confounding* yaitu umur, lama kerja, pendidikan dan variabel independen yaitu pembagian tugas, penerapan asuhan keperawatan, komunikasi, supervisi, koordinasi dan pendelegasian tugas dengan variabel dependen yaitu kelengkapan dokumentasi keperawatan. Jika analisis bivariat didapatkan nilai  $p < 0,25$  maka variabel tersebut dapat masuk ke pemodelan multivariat, tetapi jika analisis bivariat nilai  $p > 0,25$  namun secara substansi penting, maka variabel tersebut dapat dimasukkan dalam model multivariat. Seleksi bivariat menggunakan uji regresi logistik sederhana, hasil analisis bivariat dapat dilihat pada tabel 5.16

**Tabel 5.16**  
 Hasil Analisis Bivariat Regresi Logistik Sederhana Antara Variabel  
 Independen dan *Confounding* dengan Variabel Dependen  
 Di RSUD Bekasi Juni 2008

Variabel	Nilai p	OR (expB)
Independen (Penerapan metode penugasan tim):		
1. Pembagian tugas	<b>0,072</b>	2,300
2. Pelaksanaan Askep	0,513	0,750
3. Komunikasi	0,686	0,836
4. Supervisi	<b>0,013</b>	5,333
5. Koordinasi	<b>0,187</b>	0,529
6. Pendelegasian tugas	0,407	1,430
<i>Confounding</i> (Karakteristik Perawat):		
1. Umur	0,442	1,395
2. Lama kerja	0,778	0,885
3. Pendidikan	0,643	1,179
4. Pelatihan	0,785	1,301

Hasil analisis pada tabel 5.16 menunjukkan bahwa variabel pembagian tugas, supervisi dan koordinasi mempunyai nilai  $p < 0,25$ , maka variabel tersebut dapat masuk pada pemodelan multivariat. Sedangkan variabel pelaksanaan asuhan keperawatan, komunikasi, umur, lama kerja, pendidikan, dan pelatihan nilai  $p > 0,25$ , sehingga tidak dapat masuk pada pemodelan multivariat, tetapi untuk variabel pendelegasian tugas walaupun nilai  $P > 0,25$  dimasukkan pada pemodelan multivariat, karena secara substansi mempunyai pengaruh terhadap kelengkapan dokumentasi keperawatan.

## 2. Pemodelan Awal Multivariat.

Pada tahap pemodelan multivariat awal dilakukan dengan cara memasukan secara bersama-sama semua variabel yang terpilih menjadi kandidat multivariat, kemudian dilakukan uji regresi logistik ganda dengan metode *Enter*. Selanjutnya secara bertahap variabel yang nilai  $p > 0,05$  dikeluarkan dari model secara berurutan, dimulai dari variabel dengan nilai  $p$  paling besar. Sedangkan variabel yang nilai  $p < 0,05$  dipertahankan dalam pemodelan. Hasil analisis pemodelan multivariat awal dapat dilihat pada tabel 5.17 sebagai berikut:

**Tabel 5.17**  
Hasil Analisis Pemodelan Awal Multivariat  
Variabel Independen (Penerapan Metode Penugasan Tim)  
Di RSUD Bekasi, Juni 2008

Variabel	B	SE	Wald	Nilai p	OR (expB)	95% CI OR (expB)	
						Min	Mak
1. Supervisi	3,537	1,245	8,067	0,005	34,379	2,993	394,857
2. P. tugas	0,135	0,563	0,057	0,811	1,144	0,379	3,450
3. Koordinasi	-3,554	1,178	9,094	0,003	0,029	0,003	0,288
4. Delegasi tugas	1,204	0,651	3,420	0,064	3,333	0,930	11,943

Hasil analisis pada tabel 5.17 menunjukkan bahwa terdapat dua variabel yang nilai  $p > 0,05$  yaitu variabel pembagian tugas dan pendelegasian tugas, sehingga harus dikeluarkan dari pemodelan multivariat secara bertahap, dimulai dari variabel yang nilai  $p$  terbesar. Variabel yang pertama dikeluarkan adalah pembagian tugas dengan nilai  $p=0,811$  dan selanjutnya variabel pendelegasian tugas dikeluarkan dari pemodelan karena mempunyai nilai  $p$  terbesar kedua yaitu 0,064. Sedangkan variabel supervisi dan koordinasi mempunyai nilai  $p < 0,05$  maka dipertahankan dalam pemodelan multivariat.

### 3. Uji *Confounding*

Uji *confounding* dilakukan dengan cara melihat perubahan nilai OR pada variabel yang diikutsertakan pada uji *confounding* dengan mengeluarkan variabel yang mempunyai nilai  $p > 0,05$ , pengeluaran dilakukan secara bertahap dimulai dari variabel yang memiliki nilai  $p$  terbesar, bila perubahannya  $> 10\%$ , maka variabel tersebut dinyatakan sebagai variabel *confounding* dan harus tetap berada dalam pemodelan. Hasil analisis disajikan dalam tabel 5.8

**Tabel 5.18**  
Hasil Perhitungan Perubahan Nilai OR Pada Variabel Independen  
(Penerapan Metode Penugasan Tim) di Ruang Rawat Inap  
Di RSUD Bekasi Juni 2008

Variabel	Nilai p	OR Awal	OR tugas (-)	Perubahan OR tugas (-)	OR delegasi (-)	Perubahan OR delegasi (-)
1. Supervisi	0,005	34,379	37,637	9,476	39,638	5,316
2. P. Tugas	0,811	1,144	-	-	-	-
3. Koordinasi	0,003	0,029	0,028	-3,448	0,064	<b>128,571</b>
4. Delegasi Tugas	0,064	3,333	3,273	-1,800	-	-

Hasil analisis pada tabel 5.18 memperlihatkan bahwa setelah dikeluarkan variabel pembagian tugas, diperoleh perubahan OR tidak ada yang  $> 10\%$ , dengan demikian variabel pembagian tugas dikeluarkan dari model. Selanjutnya variabel delegasi tugas dikeluarkan dari pemodelan karena mempunyai nilai  $p$  terbesar kedua, ketika variabel delegasi tugas dikeluarkan nampak perubahan OR pada variabel koordinasi  $> 10\%$  (128,571), maka variabel delegasi tugas dimasukkan kembali kedalam pemodelan. Hasil analisis menunjukkan bahwa

variabel delegasi tugas sebagai variabel *confounding* dalam hubungan antara koordinasi dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan.

#### 4. Pemodelan Akhir Multivariat

Setelah dilakukan uji *confounding* diperoleh pemodelan terakhir multivariat seperti yang tercantum pada tabel 5.19

**Tabel 5.19**  
Hasil Analisis Pemodelan Akhir Multivariat dengan Regresi Logistik Ganda dengan Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Bekasi Juni 2008

Variabel	B	SE	Wald	Nilai p.	OR (expB)	95% CI OR (expB)	
						Min	Mak
1. Supervisi	3,628	1,188	9,329	<b>0,002</b>	<b>37,637</b>	3,669	386,082
2. Koordinasi	-3,565	1,177	9,170	0,002	0,028	0,003	0,284
3. Delegasi Tugas	1,186	0,646	3,569	0,066	3,273	0,923	11,612
Constant	-1,246	0,905	1,885	0,170	0,289		

Dari tabel 5.19 menunjukkan bahwa variabel yang mempunyai hubungan secara bermakna dengan kelengkapan dokumentasi adalah variabel supervisi dan koordinasi. Hasil analisis didapatkan nilai OR dari variabel supervisi 37,637 artinya perawat yang mendapat supervisi baik berpeluang melakukan dokumentasi keperawatan lengkap sebesar 37,637 kali dibanding perawat yang mendapat supervisi kurang.

## **BAB VI**

### **PEMBAHASAN**

Pada bab ini akan menguraikan hasil penelitian karakteristik perawat dan penerapan metode penugasan tim dihubungkan dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan, dengan cara menginterpretasikan hasil analisa data yang telah diolah, dikaitkan dengan teori yang mendukung dan hasil penelitian yang telah dilakukan sebelumnya. Bagian akhir pada bab ini dijelaskan pula keterbatasan penelitian dan implikasi keperawatan

#### **A. Interpretasi dan Diskusi Hasil**

Interprestasi hasil penelitian dimulai dari pembahasan hasil analisa karakteristik perawat, penerapan metode penugasan tim dan kelengkapan dokumentasi keperawatan, sebagai berikut:

##### **1. Karakteristik Perawat**

###### **a. Umur**

Perawat di RSUD Bekasi sebagian besar berumur  $\geq 30$  tahun sebanyak 57,3%, sedangkan yang lainnya berumur  $< 30$  tahun sebanyak 42,7%. Hasil analisis hubungan antara umur dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan menunjukkan bahwa perawat yang berumur  $\geq 30$  tahun mempunyai kelengkapan dokumentasi keperawatan lengkap sebesar 60,8%, sedangkan perawat yang berumur  $< 30$  tahun memiliki dokumentasi keperawatan kurang lengkap sebesar 52,6%. Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian Hariyati (1999) membuktikan bahwa perawat dengan umur  $\geq 30$  tahun 68,4% mempunyai nilai

kualitas dokumentasi tinggi dibanding perawat dengan umur < 30 tahun hanya 40,0% yang mempunyai nilai kualitas dokumentasi tinggi.

Hasil analisis data diperoleh nilai  $p=0,581$ , dapat diinterpretasikan bahwa umur tidak berhubungan secara signifikan dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan. Hasil Penelitian ini sejalan dengan penelitian Widyantoro (2005) menyatakan bahwa umur tidak berhubungan secara signifikan dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan. Namun hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Hariyati (1999) menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara umur perawat dengan kualitas dokumentasi keperawatan. Walaupun penelitian ini tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan, tetapi hasil penelitian ini dapat menjelaskan bahwa perawat yang berumur  $\geq 30$  tahun memiliki dokumentasi keperawatan lengkap lebih banyak dibanding dengan perawat yang berumur < 30 tahun.

Peneliti berpendapat bahwa perawat yang berusia dewasa dan produktif lebih rasional dalam memberikan penilaian, mempunyai kematangan untuk bekerja sama dalam tim dan mempunyai komitmen yang tinggi terhadap mutu pelayanan yang diberikan. Hasil penelitian ini didapatkan sebagian besar perawat berumur  $\geq 30$  tahun, hal tersebut merupakan aset bagi rumah sakit karena mempunyai pegawai yang senior lebih banyak, sehingga diharapkan dapat meningkatkan mutu

pelayanan keperawatan dengan melakukan dokumentasi keperawatan secara lengkap.

Asumsi peneliti tidak bermaknanya variabel umur terhadap kelengkapan dokumentasi keperawatan karena perawat yang berumur < 30 tahun hampir setengahnya (42,7%) pada kelompok dewasa muda, sehingga belum mempunyai kematangan pengalaman dalam menyelesaikan pekerjaannya maupun dalam memberikan penilaian secara rasional. Asumsi ini mendukung pendapat Dessler (1998) menyebutkan bahwa penetapan karir seseorang terjadi pada periode umur tertentu yaitu tahap percobaan berlangsung pada umur 25 sampai 30 tahun, sedangkan tahap pematangan karir seseorang pada umur > 30 sampai 40 tahun. Hal tersebut diperkuat oleh pendapat Gibson (1996) mengemukakan bahwa pekerja yang lebih tua dianggap lebih cakap secara teknis, lebih banyak pengalaman dan lebih bijaksana dalam pengambilan keputusan. Namun pendapat ini bertentangan dengan pendapat Muchlas, (2005), menyebutkan bahwa kinerja dan produktivitas akan merosot dengan bertambahnya umur.

#### **b. Lama Kerja**

Perawat di RSUD Bekasi sebagian besar mempunyai lama kerja  $\geq 7$  tahun sebanyak 56,2%, sedangkan selebihnya mempunyai masa kerja < 7 tahun sebanyak 43,8%. Hasil analisis hubungan antara lama kerja dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan menunjukkan bahwa perawat dengan lama kerja < 7 tahun mempunyai dokumentasi keperawatan lengkap sebesar 59,0%, sedangkan



perawat dengan lama kerja  $\geq 7$  tahun mempunyai dokumentasi lengkap sebanyak 56,0%. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Hariyati (1999) menyatakan bahwa perawat dengan lama kerja  $\geq 7$  tahun 59,1% mempunyai nilai kualitas dokumentasi tinggi, sedangkan perawat dengan lama kerja  $< 7$  tahun 43,2% mempunyai nilai kualitas dokumentasi tinggi. Hasil penelitian ini dapat menjelaskan bahwa perawat dengan lama kerja  $< 7$  tahun mempunyai dokumentasi keperawatan lengkap lebih banyak dibanding dengan perawat dengan lama kerja  $\geq 7$  tahun.

Penelitian ini tidak mendukung pendapat Siagian (2002) menyatakan bahwa makin lama seseorang bekerja makin terampil dan berpengalaman melaksanakan pekerjaannya. Demikian juga pendapat Dessler (1998) menyatakan bahwa penetapan karir seorang karyawan terjadi pada masa kerja  $\geq 7$  tahun, dengan penetapan karirnya, karyawan akan mempunyai kinerja yang lebih tinggi, dibanding karyawan yang belum mempunyai kemantapan karir dalam bekerja.

Hasil analisis data didapatkan nilai  $p = 1,000$ , maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara lama kerja dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Hariyati (1999) menyatakan tidak ada hubungan yang bermakna antara masa kerja dengan kualitas dokumentasi perawatan. Demikian juga hasil penelitian Widyantoro (2005) dan Rustiani (2007) menyatakan tidak ada hubungan yang bermakna antara lama kerja dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan.

Asumsi peneliti tidak bermaknanya penelitian ini bahwa perawat dengan lama kerja  $\geq 7$  tahun dapat menyebabkan seorang perawat merasa bosan dengan rutinitas pekerjaan sehari-hari yang monoton. Selain itu tingkat pendidikan perawat dapat menyebabkan lama kerja tidak bermakna, karena mayoritas perawat dengan lama kerja  $< 7$  tahun, mempunyai pendidikan D.III Keperawatan, maka pemahaman dan kemampuan dokumentasi keperawatan hampir sama. Hal ini didukung dengan hasil observasi penilaian dokumentasi keperawatan dari setiap ruangan homogen.

### c. Pendidikan

Hasil penelitian di RSUD Bekasi menunjukkan bahwa sebagian besar perawat pelaksana berpendidikan D.III Keperawatan (85,4%), namun masih ada perawat yang berpendidikan SPR/ SPK (14,6%). Hasil analisis hubungan antara pendidikan dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan didapatkan bahwa perawat yang berpendidikan D.III Keperawatan mempunyai dokumentasi keperawatan lengkap sebesar 57,9%, sedangkan perawat yang berpendidikan SPR/ SPK mempunyai dokumentasi keperawatan lengkap sebesar 53,8%. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Girsang (2006) menyatakan bahwa perawat yang berpendidikan D.III Keperawatan kinerjanya lebih baik dibanding perawat dengan pendidikan SPR/SPK.

Hasil analisis menunjukkan nilai  $p=1,000$ , dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Girsang (2006)

menyatakan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan kinerja perawat pelaksana dalam melakukan asuhan keperawatan. Namun hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Rustiani (2007) dan Mobiliu (2005) menyatakan bahwa tingkat pendidikan perawat mempunyai hubungan yang bermakna dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan.

Asumsi peneliti tidak bermaknanya hasil penelitian ini karena proporsi perawat yang berpendidikan D.III Keperawatan lebih besar (85,4), sedangkan proporsi perawat yang berpendidikan SPR/ SPK hanya 14,6%, sehingga dalam melakukan dokumentasi keperawatan kualitasnya cenderung homogen. Hal ini didukung hasil observasi dokumentasi keperawatan dari setiap ruangan didapatkan nilai dokumentasi keperawatan sangat homogen atau kurang bervariasi. Namun hasil penelitian ini dapat menjelaskan bahwa perawat yang berpendidikan D.III Keperawatan mempunyai dokumentasi lengkap lebih banyak dibanding perawat yang berpendidikan SPR/ SPK. Hasil penelitian ini mendukung pendapat Siagian (2002), mengemukakan bahwa makin tinggi pendidikan seseorang makin besar keinginan untuk memanfaatkan pengetahuan dan keterampilannya.

#### **d. Pelatihan**

Pelatihan merupakan pendidikan tambahan bagi perawat sebagai suatu proses untuk menghasilkan suatu perubahan perilaku yang dapat berbentuk peningkatan kemampuan kognitif, afektif, dan psikomotor sehingga asuhan keperawatan dapat dilaksanakan dengan baik (Sujudi, 2005). Hasil analisis data pelatihan yang pernah

diikuti oleh perawat pelaksana menunjukkan bahwa pada umumnya perawat pelaksana tidak pernah mengikuti pelatihan sebanyak 82,0%, dan hanya 18,0% perawat yang mengikuti pelatihan. Hasil analisis hubungan antara pelatihan dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan menunjukkan bahwa perawat yang pernah mengikuti pelatihan mempunyai dokumentasi lengkap sebesar 62,5%, sedangkan perawat yang tidak pernah mengikuti pelatihan mempunyai dokumentasi keperawatan lengkap sebesar 56,2%. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Girsang (2006) menyatakan bahwa perawat yang mengikuti pelatihan mempunyai kinerja lebih baik dibanding perawat yang tidak mengikuti pelatihan.

Hasil analisis data diperoleh nilai  $p=0,853$ , maka dapat disimpulkan bahwa pelatihan tidak terdapat hubungan yang bermakna dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Manurung (2003) menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pelatihan dengan kemampuan perawat pelaksana dalam penerapan komunikasi terapeutik. Hasil ini mendukung pendapat Gibson (1996) menyatakan bahwa prinsip pengulangan dalam pelatihan klinik merupakan hal yang penting agar menjadi kompeten dalam melakukan sesuatu keterampilan yang pada akhirnya akan meningkatkan prestasi kerja.

Asumsi peneliti tidak bermaknanya penelitian ini karena proporsi perawat yang tidak mengikuti pelatihan sebagian besar (80,0%), sehingga kualitas dokumentasi

keperawatan yang dibuat oleh perawat hampir sama, hal tersebut dapat dilihat pada hasil observasi dokumentasi keperawatan dari setiap ruangan cenderung hampir sama nilainya atau kurang bervariasi. Namun hasil penelitian ini dapat menjelaskan bahwa perawat yang pernah mengikuti pelatihan mempunyai kelengkapan dokumentasi lebih banyak dibanding dengan perawat yang tidak pernah mengikuti pelatihan. Pelatihan merupakan salah satu cara untuk meningkatkan kemampuan praktis pada bidang pengetahuan maupun keterampilan seorang perawat. Dalam rangka pengembangan sumber daya rumah sakit, setiap karyawan ditargetkan mengikuti pelatihan 20 jam pertahun, baik pelatihan di dalam rumah sakit maupun di luar rumah sakit, dengan pelatihan diharapkan perawat akan lebih profesional (Depkes, 2005).

## **2. Penerapan Metode Penugasan Tim**

Penerapan metode penugasan tim terdiri dari enam variabel yaitu: pembagian tugas, pelaksanaan asuhan keperawatan, komunikasi, supervisi, koordinasi, dan pembagian tugas. Dari enam subvariabel penerapan metode penugasan tim pada umumnya perawat pelaksana menyatakan dalam katagori kurang sebanyak 65,3%, dibanding dengan katagori baik (34,7%).

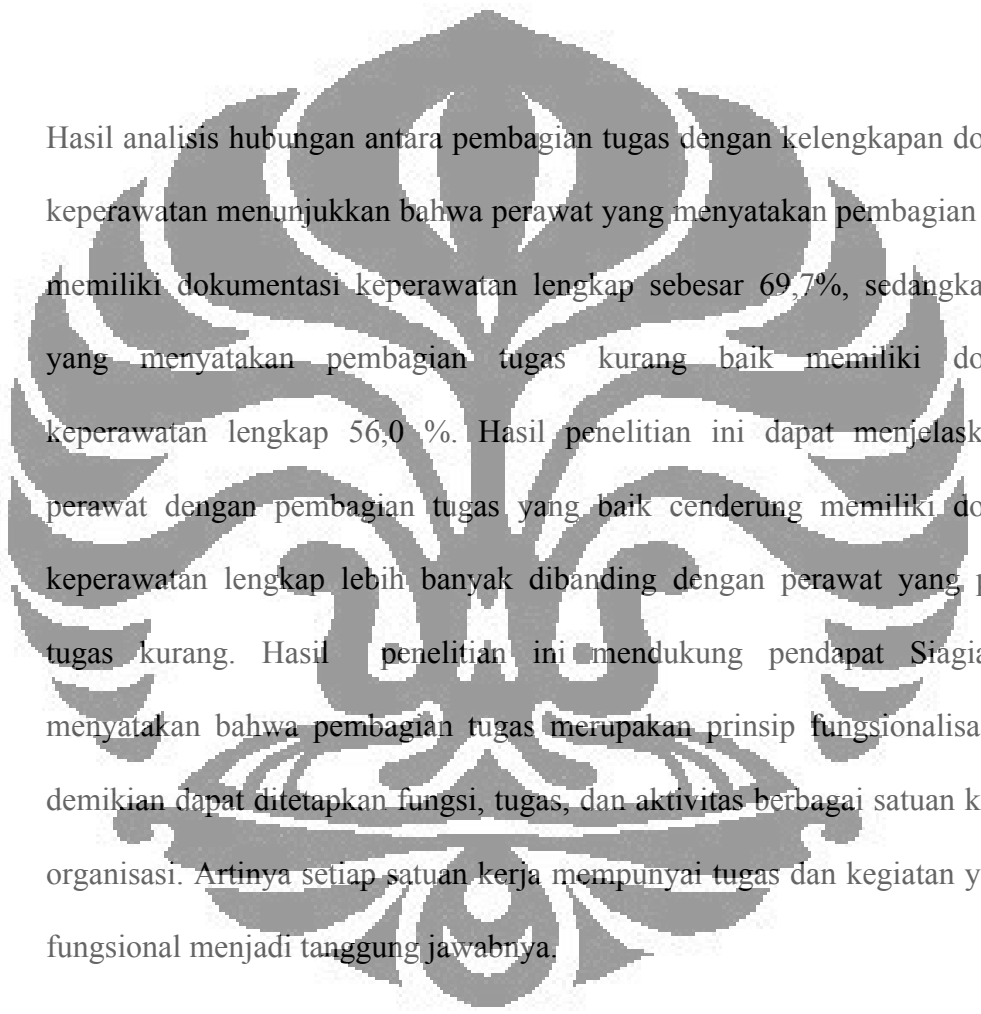
Hasil studi dokumen di RSUD Bekasi bahwa penerapan metode penugasan tim merupakan kebijakan bidang keperawatan yang diperkuat dengan SK Direktur RSUD Bekasi tahun 2004, sudah mempunyai struktur organisasi tim dan uraian tugas. Asumsi peneliti faktor yang menyebabkan penerapan metode penugasan tim

dalam katagori kurang, karena pembagian tim untuk setiap shift tidak sama, pembagian tugas untuk setiap anggota tim pada setiap shift sangat bervariasi yaitu antara 6-12 pasien setiap perawat, jumlah tenaga perawat yang bertugas di ruang rawat inap saat ini baru mencapai 34,9%-46,5% dari standart, sedangkan pencapaian *Bed Occupancy Rate* (BOR) rata-rata 81,6% (Suratun, 2007). Selain itu pelaksanaan supervisi belum optimal, berdasarkan data mahasiswa residensi bahwa perawat pelaksana yang menyatakan supervisi dilakukan secara langsung sebesar 66,7%, sedangkan supervisi melalui dokumentasi keperawatan sebesar 73,3% dan dilakukan satu tahun sekali (Suratun, 2007). Secara rinci hasil penelitian penerapan metode penugasan tim sebagai berikut.

#### **a. Pembagian Tugas**

Pembagian tugas mencakup penetapan tugas-tugas apa yang harus dilakukan, siapa yang harus melakukan, bagaimana tugas itu dikelompokkan, siapa yang melapor dan kepada siapa melapor serta dimana keputusan harus diambil (Robbins, 2006). Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar perawat menyatakan pembagian tugas kurang (62,9%), sedangkan perawat yang menyatakan pembagian tugas baik hanya 37,1%. Asumsi peneliti hal ini disebabkan karena keterbatasan tenaga diruang rawat inap, sehingga pembagian tugas pada shift pagi terbagi dalam dua tim dan tiap anggota tim mendapat tugas merawat 3-5 pasien, sedangkan shift sore/ malam hanya satu tim dan tiap anggota tim mendapat tugas merawat 6-12 pasien. Kondisi tersebut tidak sejalan dengan pendapat Arwani (2006) bahwa pembagian tugas pada tim keperawatan idealnya setiap tim terdiri dari 3-5 perawat,

sedangkan jumlah pasien yang dirawat dalam satu tim antara 10-15 pasien, dan idealnya satu anggota tim mendapat tugas merawat 3-4 pasien. Swansburg (2000) menyatakan bahwa keuntungan dari pembagian tugas adalah tanggung jawab ketua tim terfokus pada sekelompok pasien sehingga mampu dengan cepat mengidentifikasi dan melakukan pencegahan terjadinya komplikasi pada pasien.



Hasil analisis hubungan antara pembagian tugas dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan menunjukkan bahwa perawat yang menyatakan pembagian tugas baik memiliki dokumentasi keperawatan lengkap sebesar 69,7%, sedangkan perawat yang menyatakan pembagian tugas kurang baik memiliki dokumentasi keperawatan lengkap 56,0 %. Hasil penelitian ini dapat menjelaskan bahwa perawat dengan pembagian tugas yang baik cenderung memiliki dokumentasi keperawatan lengkap lebih banyak dibanding dengan perawat yang pembagian tugas kurang. Hasil penelitian ini mendukung pendapat Siagian (2002) menyatakan bahwa pembagian tugas merupakan prinsip fungsionalisasi, dengan demikian dapat ditetapkan fungsi, tugas, dan aktivitas berbagai satuan kerja dalam organisasi. Artinya setiap satuan kerja mempunyai tugas dan kegiatan yang secara fungsional menjadi tanggung jawabnya.

Hasil analisis data didapatkan nilai  $p=0,111$ , maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara pembagian tugas perawat dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian Rusmiati (2006) yang menyatakan ada hubungan yang bermakna

antara pembagian tugas dengan kinerja perawat pelaksana. Asumsi peneliti tidak bermaknanya hasil penelitian ini bahwa pembagian tugas pada metode penugasan tim dilakukan oleh kepala ruangan dan ketua tim, sehingga perawat pelaksana kurang memahami tentang pembagian tugas yang seharusnya, karena mayoritas (82,0%) perawat pelaksana tidak pernah mengikuti pelatihan metode penugasan tim dalam satu tahun terakhir. Pendapat ini diperkuat oleh pernyataan Endah (2002) bahwa pembagian tugas pada metode penugasan tim, dilakukan oleh kepala ruangan dan ketua tim bertanggung jawab dalam mengarahkan anggota tim untuk memberikan asuhan keperawatan kepada klien yang menjadi tanggung jawabnya.

#### **b. Pelaksanaan Asuhan Keperawatan**

Metode tim didasarkan pada keyakinan bahwa setiap anggota kelompok mempunyai kontribusi dalam merencanakan dan memberikan asuhan keperawatan sehingga menimbulkan motivasi perawat dan rasa tanggung jawab yang tinggi (Sitorus, 2006). Hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar perawat di RSUD Bekasi menyatakan pelaksanaan asuhan keperawatan pada katagori kurang sebesar 61,8%, sedangkan yang menyatakan baik sebanyak 38,2%. Hasil analisis hubungan antara pelaksanaan asuhan keperawatan dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan menunjukkan bahwa perawat yang melaksanakan asuhan keperawatan dengan baik mempunyai dokumentasi keperawatan lengkap sebanyak 52,9%, sedangkan perawat yang melaksanakan asuhan keperawatan kurang mempunyai dokumentasi keperawatan lengkap sebesar 60,0%.



Hasil penelitian ini menjelaskan bahwa perawat yang melaksanakan asuhan keperawatan dengan baik mempunyai dokumentasi lengkap lebih rendah dibanding perawat yang melaksanakan asuhan keperawatan kurang baik, namun demikian pelaksanaan asuhan keperawatan dengan baik harus tetap ditingkatkan karena proses keperawatan memberikan kerangka kerja bagi perawat dalam menggunakan pengetahuan dan keterampilannya untuk menolong pasien memenuhi kebutuhan kesehatannya sebab proses keperawatan adalah proses yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan yang saling berhubungan serta saling mempengaruhi untuk memecahkan masalah pasien (Kozeir, Erb & Berman, 2004; Iyer & Camp, 2005).

Hasil analisis menunjukkan nilai  $p=0,665$ , maka dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pelaksanaan asuhan keperawatan dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Salbiah (2005) menyatakan tidak terdapat hubungan antara kinerja dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan, namun penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Mobiliu (2005) bahwa beban kerja mempunyai hubungan yang bermakna dengan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan.

Asumsi peneliti tidak bermaknanya hasil penelitian ini berkaitan dengan minimnya pelatihan yang diikuti oleh perawat pelaksana yaitu hanya sebesar 18,0% dan pembagian tugas yang kurang baik terutama perawat pada shift sore/ malam, sehingga pelaksanaan asuhan keperawatan tidak dapat dilakukan secara maksimal

(61,8% kurang lengkap). Selain itu kemungkinan karena jumlah pernyataan pada kuesioner secara keseluruhan 57 pernyataan dan memerlukan waktu antara 50 sampai 60 menit untuk pengisian kuesioner, hal ini menyebabkan responden cenderung bosan dan tidak membaca secara teliti saat mengisi, sehingga hasilnya tidak dapat menggambarkan kondisi yang sesungguhnya.

### c. Komunikasi

Komunikasi dalam praktik keperawatan profesional merupakan unsur utama bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan untuk mencapai hasil yang optimal (Nursalam, 2002). Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar perawat di RSUD Bekasi menyatakan komunikasi perawat dalam tim kurang (62,9%) dan hanya 37,1% perawat yang menyatakan komunikasi dalam tim baik. Hasil analisis hubungan antara komunikasi perawat dalam tim dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan menunjukkan bahwa perawat dengan komunikasi kurang dalam tim memiliki dokumentasi keperawatan lengkap sebanyak 58,9%, sedangkan perawat dengan komunikasi baik dalam tim memiliki dokumentasi keperawatan lengkap sebesar 54,5%.

Asumsi peneliti bahwa perawat yang kurang melakukan komunikasi dalam tim, mempunyai banyak waktu untuk melakukan dokumentasi keperawatan, sehingga mempunyai kelengkapan dokumentasi lebih tinggi dibanding dengan perawat yang komunikasi dalam timnya baik. Namun demikian pelaksanaan komunikasi dalam tim dengan baik harus tetap ditingkatkan, karena menurut pendapat yang dikemukakan

McMohan, et al (1999) bahwa keberhasilan kerja kelompok bergantung pada hubungan baik di antara anggota tim, terutama antara pemimpin tim dan anggota tim.

Dari hasil analisis diketahui nilai  $p=0,856$ , dengan demikian dapat disimpulkan tidak mempunyai hubungan yang signifikan antara komunikasi perawat dalam tim dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan. Hasil penelitian ini berbeda dengan hasil penelitian Rustiani (2007) menyatakan bahwa komunikasi mempunyai hubungan yang bermakna dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan. Asumsi peneliti tidak bermaknanya hasil penelitian ini karena tingkat pendidikan perawat mayoritas D.III Keperawatan program khusus dan mayoritas tidak pernah mengikuti pelatihan dalam satu tahun terakhir, sehingga dalam memberikan jawaban pernyataan dalam kuesioner cenderung homogen. Selain itu karena kegiatan dokumentasi keperawatan merupakan kegiatan yang rutin dilakukan, maka komunikasi tidak hanya dengan komunikasi lisan saja tetapi dapat juga dilakukan melalui tulisan yang dibuat ketua tim atau kepala ruangan. Asumsi ini mendukung pendapat Cumming & Loveridge (1996) menyatakan bahwa komunikasi juga dapat dilakukan melalui dokumentasi rencana keperawatan, pengobatan, tindakan keperawatan dan penyuluhan yang telah diberikan.

#### **d. Supervisi**

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 (Dharma, 2004).

Supervisi diarahkan pada kegiatan mengorientasikan staf dan pelaksanaan keperawatan, melatih staf dan pelaksana keperawatan, memberikan arahan dalam pelaksanaan kegiatan sebagai upaya untuk menimbulkan kesadaran dan mengerti peran serta fungsinya sebagai staf, dan difokuskan pada pemberian pelayanan kemampuan staf dan pelaksanaan keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan.

Hasil penelitian didapatkan bahwa sebagian besar perawat di RSUD Bekasi menyatakan pelaksanaan supervisi kurang baik sebanyak 78,7% dan hanya 21,3% yang menyatakan supervisi baik. Hasil analisis hubungan antara supervisi dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan menunjukkan bahwa perawat dengan supervisi baik memiliki dokumentasi keperawatan lengkap sebesar 84,2%, sedangkan perawat dengan supervisi kurang memiliki dokumentasi keperawatan lengkap sebesar 50,0%. Hasil analisis menunjukkan nilai  $p=0,016$ , maka dapat disimpulkan bahwa supervisi mempunyai hubungan yang signifikan dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan. Nilai Odds Ratio (OR) sebesar 5,333, dapat diinterpretasikan bahwa perawat dengan supervisi baik mempunyai peluang melakukan kelengkapan dokumentasi 5,333 kali lebih banyak dibanding perawat dengan supervisi kurang baik.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Rustiani (2007) menyatakan bahwa supervisi mempunyai hubungan yang bermakna terhadap kelengkapan dokumentasi keperawatan, demikian juga hasil penelitian Manurung (2003) menyebutkan bahwa

ada hubungan yang bermakna antara supervisi dengan komunikasi terapeutik oleh perawat pelaksana. Mengacu pada pendapat Gillies (2000) dengan supervisi dapat mengevaluasi penampilan kinerja, dan menyetujui serta mengoreksi pekerjaan orang lain. Hal tersebut juga sejalan dengan pendapat Landmark, et al (2003, dalam Sudarwati, 2006) yang menyebutkan bahwa supervisi merupakan salah satu metode yang digunakan untuk memberikan support dalam pengembangan kompetensi seorang perawat pelaksana.

Menurut pendapat Dharma (2004) bahwa prinsip-prinsip supervisi didasarkan atas hubungan profesional dan bukan hubungan pribadi, kegiatan yang harus direncanakan secara matang, bersifat edukatif, memberikan perasaan aman pada perawat pelaksana, dan harus mampu membentuk suasana kerja yang demokratis. Arwani (2006) menambahkan bahwa yang harus dipenuhi dalam kegiatan supervisi adalah harus dilakukan secara obyektif dan mampu memacu terjadinya penilaian diri, bersifat progresif, inovatif, fleksibel, dapat mengembangkan potensi atau kelebihan masing-masing orang yang terlibat, bersifat konstruktif dan kreatif dalam mengembangkan diri disesuaikan dengan kebutuhan, dan supervisi harus dapat meningkatkan kinerja bawahan dalam upaya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.

#### **e. Koordinasi**

Koordinasi merupakan kegiatan yang menyebabkan anggota kelompok kerja bersama-sama secara harmonis (Gillies, 2000). Hasil penelitian menunjukkan bahwa

sebagian besar perawat menyatakan koordinasi pada katagori kurang sebanyak 73,0%, selebihnya pada katagori baik sebesar 27,0%. Hasil analisis hubungan antara koordinasi dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan didapatkan bahwa perawat dengan koordinasi kurang mempunyai dokumentasi keperawatan lengkap sebesar 61,5%, sedangkan perawat yang mempunyai dokumentasi baik mempunyai dokumentasi keperawatan lengkap sebanyak 45,8%. Namun demikian koordinasi baik dalam penerapan metode penugasan tim harus tetap ditingkatkan karena menurut pendapat Endah (2002) bahwa manfaat koordinasi untuk menghindari perasaan lepas antar tugas yang ada di bangsal dan perasaan lebih penting dari yang lain, menumbuhkan rasa saling membantu, menimbulkan kesatuan tindakan dan sikap antar staf. Swansburg (2000) menambahkan bahwa cara melakukan koordinasi antara lain dengan komunikasi terbuka dengan ketua tim atau kepala ruangan, dialog dengan baik sesuai tugas yang dikerjakan, pertemuan atau rapat rutin yang sudah terjadwal, pencatatan dan pelaporan semua kegiatan yang dilakukan baik kepala ruangan, ketua tim dan anggota tim, serta pembakuan formulir asuhan keperawatan yang berlaku di rumah sakit tersebut.

Hasil penelitian didapatkan nilai  $p=0,277$ , maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang bermakna antara koordinasi dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Rusmiati (2006) menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara koordinasi dengan kinerja perawat pelaksana. Hasil penelitian ini juga bertentangan dengan pendapat Siagian (2002) menyebutkan bahwa koordinasi merupakan unsur kerja sama, untuk

menyelaraskan tugas karena tidak mungkin tugas fungsional diselesaikan dengan baik dengan bekerja sendiri, karena tugas perawat yang kompleks sangat diperlukan koordinasi dengan orang lain maupun tim kesehatan lainnya.

Asumsi peneliti tidak bermaknanya hasil penelitian ini bahwa koordinasi dalam metode penugasan tim dilakukan oleh ketua tim dan kepala ruangan, hal ini dapat timbul perbedaan persepsi antara apa yang dikerjakan ketua tim atau kepala ruangan dengan persepsi perawat pelaksana, sehingga hasilnya terjadi perbedaan antara pernyataan perawat pelaksana dengan kenyataan yang dilakukan oleh ketua tim atau kepala ruangan. Asumsi ini didukung dengan hasil observasi dokumen rekam medik keperawatan bahwa pelaksanaan koordinasi di RSUD Bekasi sudah dilaksanakan dengan baik antara lain koordinasi antar anggota tim, dengan tim kesehatan lain, dengan pasien dan keluarganya, namun koordinasi dengan SAK dalam penyusunan rencana keperawatan sebagian besar perawat belum melakukannya, hal ini dapat dilihat pada rencana keperawatan sebagian besar perawat hanya membuat rencana keperawatan pada masalah prioritas. Selain itu tingkat pendidikan perawat mayoritas D.III Keperawatan dan sebagian besar perawat tidak mengikuti pelatihan metode penugasan tim, sehingga jawaban pernyataan dalam pengisian kuesioner cenderung homogen.

#### **f. Pendelegasian Tugas**

Pendelegasian tugas dan wewenang berarti penyerahan sebagian hak untuk mengambil tindakan yang diperlukan agar tugas dan tanggung jawabnya dapat

dilaksanakan dengan baik dari pejabat yang satu kepada pejabat yang lain (Sutarto, 2002). Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa lebih dari setengah perawat menyatakan pendelegasian tugas kurang baik 52,8%, sedangkan perawat yang menyatakan pendelegasian baik sebesar 47,2%. Hasil analisis hubungan antara pendelegasian tugas dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan menunjukkan bahwa perawat dengan pendelegasian tugas baik mempunyai dokumentasi keperawatan lengkap sebesar 61,9%, sedangkan perawat dengan pendelegasian tugas kurang baik memiliki dokumentasi keperawatan lengkap sebesar 53,2%. Hasil penelitian ini dapat menjelaskan bahwa perawat dengan pendelegasian tugas baik mempunyai dokumentasi keperawatan lengkap lebih banyak dibanding dengan perawat dengan pendelegasian tugas kurang baik.

Hasil analisis diketahui nilai  $p=0,539$ , maka dapat disimpulkan tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pendelegasian tugas dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian Rusmiati (2006) menunjukkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pendelegasian tugas dan wewenang dengan kinerja perawat pelaksana. Demikian juga penelitian Rohana (2004) menyatakan pendelegasian tugas mempunyai hubungan yang bermakna dengan kinerja perawat, dimana ketua tim yang mendapat pendelegasian yang baik dari kepala ruangan, mempunyai peluang bekerja lebih baik sebesar 4 kali dibanding ketua tim yang mendapat pendelegasian kurang baik.



Hasil penelitian ini dapat menjelaskan bahwa perawat dengan pendelegasian tugas yang baik mempunyai dokumentasi keperawatan lengkap lebih banyak dibanding dengan perawat dengan pendelegasian tugas kurang baik. Hasil ini mendukung pendapat Nursalam (2002) mengemukakan bahwa pendelegasian tugas yang baik tergantung dari keseimbangan antara: tanggung jawab adalah suatu tanggung jawab terhadap penerimaan suatu tugas, kemampuan adalah seseorang dalam melaksanakan tugas limpahan, wewenang adalah pemberian hak dan kekuasaan penerimaan tugas limpahan untuk mengambil suatu keputusan terhadap tugas yang dilimpahkan. Pendapat ini didukung oleh pendapat Endah (2002) agar dapat melakukan pendelegasian yang efektif, tetapkan tugas yang akan didelegasikan, pilihlah orang yang akan diberi delegasi, berikan uraian tugas yang akan didelegasikan dengan jelas, uraikan hasil spesifik yang diharapkan dan kapan hasil tersebut harus tercapai, jelaskan batas wewenang dan tanggung jawab yang dimiliki staf tersebut, cek penerimaan staf atas tugas yang didelegasikan, tetapkan waktu untuk mengontrol perkembangan, dan berikan dukungan serta evaluasi hasilnya.

Asumsi peneliti tidak bermaknanya hasil penelitian ini karena tingkat pendidikan perawat pelaksana mayoritas D.III Keperawatan sehingga pemahaman tentang pendelegasian tugas hampir sama, hal ini menyebarkan jawaban pada kuesioner homogen. Selain itu pendelegasian tugas pada metode penugasan tim dilakukan oleh kepala ruangan dan ketua tim, kemungkinan perawat pelaksana kurang pemahaman tentang pendelegasian tugas yang dilakukan oleh kepala ruangan maupun ketua tim. Faktor lain yang berkaitan dengan hal tersebut jumlah pernyataan secara keseluruhan

sebanyak 57 pernyataan dan memerlukan waktu 50 sampai 60 menit untuk pengisian kuesioner, hal ini dapat menyebabkan pengisian kuesioner kurang efektif, sehingga hasilnya tidak dapat menggambarkan kondisi yang sesungguhnya.

### 3. Dokumen Rekam Medik Keperawatan

Hasil analisis observasi dokumen rekam medik keperawatan di RSUD Bekasi menunjukkan bahwa sebagian besar dokumentasi keperawatan dengan katagori lengkap yaitu sebesar 57,3%, sedangkan 42,7% dengan katagori kurang lengkap. Hasil ini sejalan dengan hasil penelitian di RS Krakatau Medika Cilegon oleh Salbiah (2005) menyatakan kelengkapan dokumentasi keperawatan sebagian besar dalam katagori baik, namun tidak sejalan dengan hasil penelitian di RSUD Kabupaten Cianjur oleh Rustiani (2007) menyatakan kelengkapan dokumentasi sebagian besar dalam katagori kurang lengkap.

Asumsi peneliti bahwa kelengkapan dokumentasi keperawatan yang sebagian besar dalam katagori baik (57,3%), didukung oleh penetapan standar kelengkapan dokumentasi keperawatan tiap point dari 24 point pada dokumen keperawatan mengacu pada standar normatif yaitu nilai satu jika dokumentasi keperawatan dilakukan sebanyak  $\geq 75\%$  dan nilai nol jika dokumentasi keperawatan dilakukan  $< 75\%$  (Sitorus, 2006). Selain itu didukung pula oleh kemampuan dasar yang dimiliki perawat, dimana sebagian besar perawat yang bekerja di ruang rawat inap RSUD Bekasi memiliki latar belakang pendidikan D.III Keperawatan, maka pemahaman tentang dokumentasi keperawatan hampir sama. Selain itu mayoritas perawat

pelaksana pada usia  $\geq 30$  tahun, karena pada usia tersebut perawat pelaksana melakukan kelengkapan dokumentasi keperawatan lebih banyak dibanding perawat dengan usia  $< 30$  tahun.

#### **4. Faktor Yang Paling Dominan Berhubungan dengan kelengkapan Dokumentasi.**

Dari empat subvariabel karakteristik perawat dan enam subvariabel penerapan metode penugasan tim, supervisi merupakan variabel yang paling dominan berhubungan dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan. Nilai  $p=0,002$ , dengan demikian supervisi mempunyai hubungan secara signifikan dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan. Nilai OR 37,637 maka dapat disimpulkan bahwa perawat yang mendapat supervisi baik mempunyai peluang melakukan kelengkapan dokumentasi keperawatan sebesar 37,637 kali dibanding perawat yang mendapat supervisi kurang baik.

Penulis mendukung pendapat Ilyas (2002) yang menyatakan bahwa supervisi keperawatan mempengaruhi peningkatan kualitas atau kinerja pelayanan keperawatan. Upaya agar fungsi supervisi dapat optimal menurut Marquis dan Huston (2006) supervisor harus dapat menumbuhkan dan meningkatkan motivasi staf dalam bekerja, melakukan supervisi tanpa menimbulkan kecemasan, melibatkan staf dalam pelaksanaan supervisi, mengembangkan rasa percaya dan keterbukaan kepada staf, menggunakan teknik wawancara agar terjalin komunikasi dua arah, mengumpulkan data secara terbuka dan obyektif serta menilai berdasarkan standar yang berlaku, pendokumentasian proses dan hasil penilaian, mengidentifikasi aspek-

aspek yang harus diperbaiki melalui pembinaan dan menekankan bahwa supervisi untuk meningkatkan kinerja. Merujuk pendapat Kron (1987) supervisi adalah merencanakan, mengarahkan, membimbing, mengajarkan, memperbaiki dan memberikan dorongan secara terus menerus dengan sabar, adil dan bijaksana sesuai dengan kemampuan yang dimiliki perawat.

Upaya untuk merealisasikan rencana supervisi dengan sukses, seorang supervisor harus dapat menerapkan supervisi yang efektif. Seorang supervisor perlu mengetahui ciri-ciri supervisi efektif, yaitu 1) Pendelegasian tugas kepada anggota tim, dengan keterbatasan waktu dan tenaga, akan lebih efektif jika mendelegasikan sebagian tugas-tugas, terutama yang bersifat teknis lapangan kepada anggota tim. 2) Keseimbangan otoritas untuk pengambilan keputusan. 3) Seorang supervisor merupakan jembatan antara staf yang mereka pimpin dengan manajemen puncak. 4) Seorang supervisor harus mampu melakukan komunikasi multiarah, yang mencakup kemampuan mendengar keluhan, masukan, dan pertanyaan dari anggota tim (Mobley dalam Sembel, 2003, Supervisi efektif, 3, <http://www.Sinarharapan.co.id/ekonomi/mandiri/2003/0930/man01.html>, diperoleh 12 Juli 2003).

Selain mengenal ciri-ciri supervisi efektif Sembel (2003) menambahkan bahwa seorang supervisor perlu memiliki keterampilan dalam melakukan supervisi yang efektif yaitu 1) ketrampilan teknis, dalam memberikan pengarahan pada anggota tim untuk melakukan pekerjaan, seorang supervisor perlu memiliki keterampilan teknis

yang cukup yang menyangkut teknis penyelesaian pekerjaan. 2) Keterampilan administratif, yang mencakup pengetahuan dan keterampilan membuat mematuhi prosedur operasional, peraturan, membuat laporan dinas, menyusun anggaran dan melakukan pekerjaan administratif lainnya. 3) Keterampilan interpersonal, keterampilan ini menuntut seorang supervisor untuk mengelola hubungan baik dengan berbagai pihak (ketua tim, anggota tim, pasien, pimpinan). 4) Keterampilan membuat keputusan, seorang supervisor diberikan tanggung untuk membuat berbagai keputusan diruangan rawat yang dipimpinnya. (Mobley dalam Sembel, 2003, Supervisi efektif, ¶ 4, <http://www.Sinarharapan.co.id/ekonomi/mandiri/2003/0930/man01.html>, diperoleh 12 Juli 2003).

Peneliti berpendapat bahwa pelaksanaan supervisi yang baik seorang supervisor perlu mengenal ciri-ciri supervisi efektif, memiliki keterampilan supervisi dan memperhatikan prinsip pokok supervisi yaitu tujuan utama supervisi untuk meningkatkan penampilan atau kinerja staf, bukan untuk mencari kesalahan. Selain itu supervisi harus dilakukan secara teratur dan berkala sehingga akan terjadi kerjasama yang baik antara kepala ruangan dengan stafnya terutama pada waktu penyelesaian masalah dalam rangka meningkatkan kinerja.

## **B. Keterbatasan Penelitian**

### **1. Sampel Penelitian**

Penelitian ini hanya dilakukan diruang rawat inap dengan sampel perawat pelaksana dan tidak menjangkau seluruh perawat yang bekerja di RSUD Bekasi, sehingga generalisasi hanya berlaku pada perawat yang bekerja di ruang rawat yang menjadi tempat penelitian.

## 2. Kualitas Data

Pengumpulan data penerapan metode penugasan tim menggunakan kuesioner dengan jawaban tertutup, sehingga responden tidak dapat mengungkapkan secara bebas apa yang dilakukan dan apa dilihat pada pelaksanaan metode penugasan tim. Dengan menggunakan kuesioner juga memiliki kelemahan karena unsur subjektivitas masih sangat mempengaruhi responden. Sedangkan data rekam medik keperawatan menggunakan lembar tilik dokumentasi keperawatan, cara pengambilan data kelengkapan dokumentasi keperawatan dilakukan oleh peneliti dan tim penilai dari RSUD Bekasi, nilai observasi dokumen rekam medik keperawatan yang dilakukan tim penilai dari RSUD Bekasi cenderung memberikan skor tinggi. Selain itu menurut informasi dari Kepala Bidang Keperawatan pada saat yang bersamaan sedang ada penilaian standar asuhan keperawatan, sehingga kondisi tersebut tidak menggambarkan keadaan yang sesungguhnya.

## C. Implikasi Untuk Keperawatan

Kelengkapan dokumentasi keperawatan merupakan salah satu indikator kinerja rumah sakit, karena baik buruknya mutu pelayanan keperawatan yang diberikan

kepada pasien dapat diukur melalui dokumentasi keperawatan yang dibuat oleh perawat. Kelengkapan dokumentasi keperawatan di RSUD Bekasi yang sudah baik ini perlu ditingkatkan, karena pada penelitian ini peneliti mengacu pada standar minimal pelayanan di rumah sakit.

Pada penelitian ini memberikan gambaran bahwa perawat di RSUD Bekasi dalam melakukan kelengkapan dokumentasi keperawatan dipengaruhi oleh pelaksanaan supervisi dari supervisor, dengan demikian pemahaman konsep supervisi perlu menjadi bahan pertimbangan dalam pemilihan manajer/ supervisor. Peningkatan kualitas dokumentasi keperawatan melalui pelaksanaan supervisi sebagai bentuk hubungan profesional, maka kegiatan supervisi harus direncanakan secara matang. Kegiatan supervisi harus dilakukan secara obyektif, mampu memacu terjadinya penilaian dan dapat mengembangkan potensi masing-masing perawat yang terlibat serta dapat meningkatkan kinerja perawat pelaksana dalam upaya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.

## **BAB VII**

### **KESIMPULAN DAN SARAN**

#### **A. Kesimpulan**

1. Karakteristik perawat pelaksana di RSUD Bekasi sebagian berumur >30 tahun (57,3%), dengan lama kerja sebagian besar  $\geq 7$  tahun (56,2%), mayoritas berpendidikan D.III Keperawatan (85,4%), dan mayoritas tidak pernah mengikuti pelatihan pada satu tahun terakhir (82,0%).
2. Penerapan metode penugasan tim di RSUD Bekasi pada umumnya perawat pelaksana menyatakan pada katagori kurang dengan rata-rata nilai sebesar 65,5% terdiri dari pembagian tugas, pelaksanaan asuhan keperawatan, komunikasi, supervise, koordinasi dan pendelegasian tugas.
3. Kelengkapan dokumentasi keperawatan di RSUD Bekasi sebagian besar dalam katagori lengkap sebesar 57,3%.
4. Hubungan karakteristik perawat (umur, lama kerja, pendidikan, pelatihan) tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan, namun hasil penelitian ini dapat menjelaskan bahwa dokumentasi keperawatan lengkap lebih banyak dimiliki oleh perawat yang berumur  $\geq 30$  tahun, perawat dengan lama kerja < 7 tahun, perawat pendidikan D.III Keperawatan dan perawat yang pernah mengikuti pelatihan.
5. Hubungan penerapan metode penugasan tim dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan, yang meliputi pembagian tugas, pelaksanaan asuhan keperawatan, komunikasi, koordinasi dan pendelegasian tugas tidak mempunyai hubungan yang



bermakna dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan. Sedangkan supervisi mempunyai hubungan bermakna dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan.

6. Faktor yang paling dominan mempengaruhi kelengkapan dokumentasi keperawatan adalah pelaksanaan supervisi, artinya perawat yang mendapat supervisi baik mempunyai peluang untuk melakukan dokumentasi keperawatan 37, 637 kali dibanding dengan perawat yang mendapat mendapat supervisi kurang.

## **B. Saran-saran**

Berdasarkan kesimpulan hasil penelitian ini, peneliti menyarankan:

### **1. Bagi Direktur RSUD Bekasi**

- a. Mengadakan evaluasi standar dan rencana supervisi yang sudah ada, serta melakukan revisi sesuai dengan keadaan tenaga supervisor saat ini, agar dapat dipergunakan sebagai pedoman pelaksanaan supervisi saat ini.
- b. Penyelenggaraan program pelatihan supervisi kepada seluruh supervisor dan pelatihan dokumentasi keperawatan kepada perawat pelaksana.
- c. Penyediaan literatur terbaru yang cukup tentang pelaksanaan supervisi dan dokumentasi keperawatan seperti buku, jurnal, karya ilmiah, untuk meningkatkan pemahaman supervisor dan perawat pelaksana, sehingga dapat meningkatkan pelaksanaan supervisi dan pelaksanaan dokumentasi keperawatan secara lengkap.

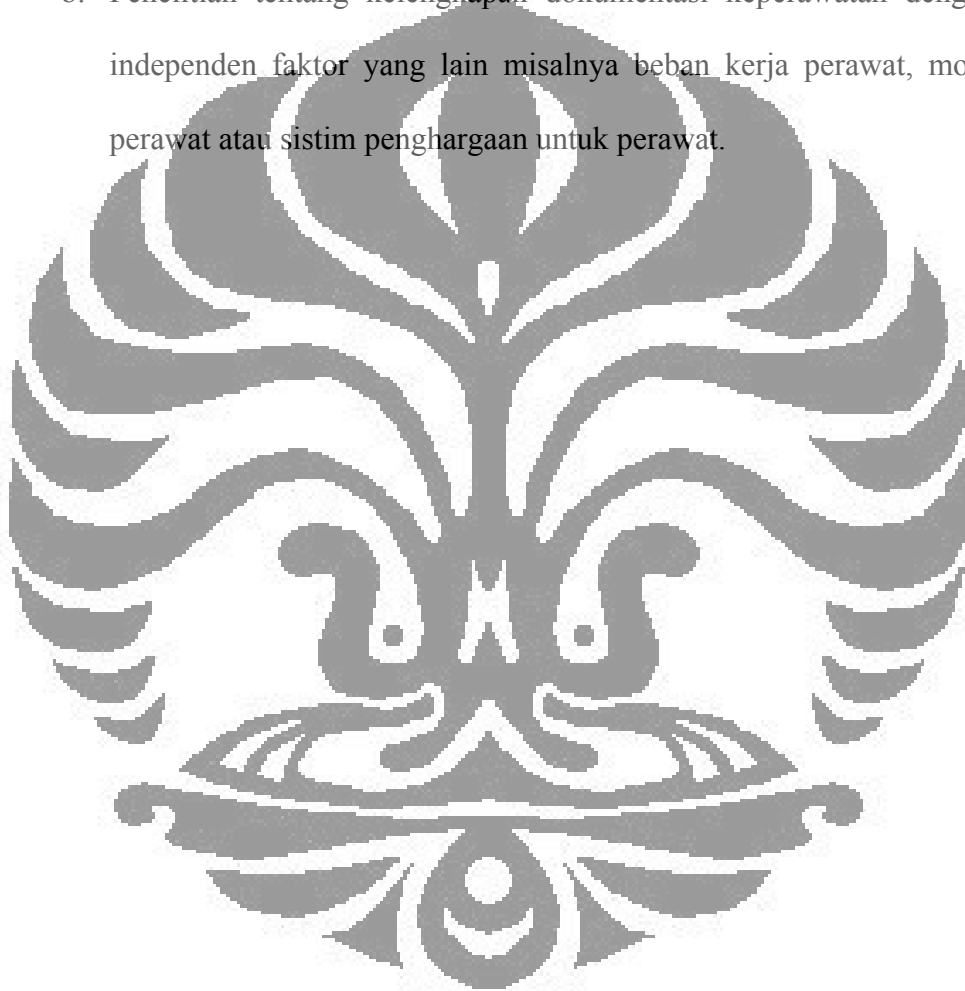
- d. Pemberian penghargaan kepada supervisor dan perawat pelaksana yang mempunyai kinerja baik, agar dapat meningkatkan motivasi kepada supervisor dan perawat pelaksana dalam melakukan kelengkapan dokumentasi keperawatan.

## 2. Bidang Keperawatan RSUD Bekasi

- a. Pemantauan kegiatan supervisi yang dilakukan supervisor secara kontinue, dengan mengidentifikasi permasalahan yang dihadapi supervisor saat ini.
- b. Mengadakan pertemuan secara rutin dengan supervisor setiap bulan, untuk membahas permasalahan yang dihadapi oleh supervisor di setiap ruangan dan menyusun rencana pemecahan masalah yang dihadapi saat ini.
- c. Melakukan evaluasi kinerja supervisor dan perawat pelaksana dalam melakukan dokumentasi keperawatan minimal setiap 3 bulan sekali dan memberikan umpan balik hasil evaluasi kinerja tersebut kepada yang bersangkutan.
- d. Menetapkan kriteria seorang supervisor yang benar-benar menguasai kegiatan supervisi, disamping memperhatikan pengalaman kerja dan usia dari seorang supervisor, karena pengalaman kerja dan kedewasaan seorang supervisor mempunyai pengaruh baik dalam pelaksanaan supervisi.

### 3. Bagi Penelitian Lebih Lanjut

- a. Penelitian tentang penerapan metode penugasan tim pada populasi yang berbeda dengan tehnik pengumpulan data melalui metode observasi atau wawancara mendalam, sehingga dapat memberikan masukan lebih obyektif.
- b. Penelitian tentang kelengkapan dokumentasi keperawatan dengan variabel independen faktor yang lain misalnya beban kerja perawat, motivasi kerja perawat atau sistim penghargaan untuk perawat.



## KEPUSTAKAAN

- Arwani. (2006). *Manajemen bangsal keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Cumming, S.H., & Loveridge, C.E. (1996). *Nursing management in the new paradigm*. Maryland: An Aspen Publishers Inc.
- Carpenito,L.J (2000). *Rencana asuhan keperawatan & dokumentasi keperawatan, diagnosis keperawatan dan masalah kolaboratif*. Jakarta: EGC.
- Depkes. (2005). *Instrumen evaluasi penerapan Standar Asuhan Keperawatan (SAK) di rumah sakit*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Depkes RI.
- \_\_\_\_\_. (2007). *Standar pelayanan minimal rumah sakit*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Medik Depkes RI.
- Endah, R. (2002). *Pengorganisasian dalam keperawatan*. <http://andrian24.multiply.com/jurnal> , diperoleh tanggal 9 Februari 2008).
- Fischbach, F.T. (1991). *Dokumenting care: Communicating, the nursing proces and dokumentation standards*. Philadelphia: F.A.Davis Company.
- Gibson, J.L. (1996). *Organisasi: Perilaku, struktur dan proses*. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Gillies, D.A. (2000). *Nursing management: A system approach*. Philadelphia: W.B Saunders Company.
- Girsang, O.D. (2006). *Analisis kinerja perawat pelaksana ditinjau dari dokumentasi asuhan keperawatan di PGI Cikini*. Jakarta: Tesis Program Pascasarjana Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Hariyati, T.S. (1999). *Hubungan antara pengetahuan aspek hukum dari perawat dan karakteristik perawat dengan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan di RS Bhakti Yudha*. Jakarta: Tesis Program Pascasarjana Program Studi KARS. FKM-UI. Tidak dipublikasikan.
- Iyer, W.P. & Camp,H.N. (2005). *Dokumentasi keperawatan, suatu pendekatan proses keperawatan*, Jakarta: EGC.
- Manurung, S. (2003). *Hubungan karakteristik perawat dan organisasi dengan penerapan komunikasi terapeutik di RS Persahabatan*. Jakarta: Tesis Program Pascasarjana FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Marquis, B.L., & Huston, C.J. (2006). *Leadership roles and management function in nursing*. Pholadhelphia: Lippincott.

- Mobiliu, S. (2005). *Hubungan beban kerja perawat dengan kualitas dokumentasi keperawatan di RSUD Gorontalo*. Depok: Tesis Program Pascasarjana FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Notoatmojo, S. (2003). *Pendidikan kesehatan masyarakat*, Jakarta: Badan Penerbit Kesehatan Masyarakat FKM UI.
- Potter & Perry (2005). *Fundamentals of nursing: concepts process and practice*. St. Louis: Mosby Year Book.
- Rohana, N (2004). *Persepsi ketua tim tentang pendelegasian wewenang kepala ruangan yang mempengaruhi kepuasan kerja ketua tim di RS Dokter Kariadi Semarang*. Jakarta: Tesis Program Pascasarjana FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Rusmiati. (2006). *Hubungan lingkungan organisasi dan karakteristik perawat dengan kinerja perawat pelaksana di RSUP Persahabatan*. Jakarta: Tesis Program Pascasarjana FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Rustiani, D. (2007). *Hubungan komunikasi dan supervisi kepala ruangan dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana*. Jakarta: Tesis Program Pascasarjana FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Salbiah. (2005). *Persepsi perawat pelaksana terhadap system penilaian kinerja dan hubungannya dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di RS Kratau Medika Cilegon*. Depok: Tesis Program Pascasarjana FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Siagian, S.P. (2002). *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Simanjuntak, P.J. (2005). *Manajemen dan evaluasi kinerja*. Jakarta: Lembaga penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia.
- Sitorus, R. (2006). *Model praktik keperawatan profesional. Penataan struktur & proses (sistem) pemberian asuhan keperawatan di Ruang Rawat*. Jakarta: EGC.
- Suratun. (2007). *Laporan kegiatan residensi kepemimpinan dan manajemen keperawatan di RSUD Bekasi*. Depok: Laporan residensi Program Pascasarjana FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Widyantoro, W. (2005). *Hubungan penggunaan sistem informasi keperawatan dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan di RS Fatmawati*. Jakarta: Tesis Program Pascasarjana FIK UI. Tidak dipublikasikan.

Landmark, B.T. (2003). *Clinical supervision-faktors defened by nurses as influential upon the development of competence and skill in supervision*. Journal of clinical nursing.

