



UNIVERSITAS INDONESIA

HUBUNGAN SUPERVISI DENGAN PENDOKUMENTASIAN
BERBASIS KOMPUTER YANG DIPERSEPSIKAN PERAWAT
PELAKSANA DI INSTALASI RAWAT INAP
RSUD BANYUMAS JAWA TENGAH

TESIS

KRIS LINGGARDINI
0806474501

FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM PASCASARJANA
DEPOK
JULI 2010



UNIVERSITAS INDONESIA

HUBUNGAN SUPERVISI DENGAN PENDOKUMENTASIAN
BERBASIS KOMPUTER YANG DIPERSEPSIKAN PERAWAT
PELAKSANA DI INSTALASI RAWAT INAP
RSUD BANYUMAS JAWA TENGAH

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Keperawatan

KRIS LINGGARDINI
0806474501

MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, JULI 2010

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Kris Lingardini

NPM : 0806474501

Tanda Tangan :

Tanggal : 20 Juli 2010


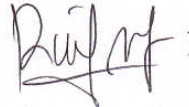


HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Kris Linggardini
NPM : 0806474501
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Judul Tesis : Hubungan Supervisi dengan Pendokumentasian Berbasis Komputer
Yang Dipersepsikan Perawat Pelaksana di Instalasi Rawat Inap RSUD
Banyumas, Jawa Tengah

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Prof. Dra. Elly Nurachmah, DNSc ()
Pembimbing II : Ria Utami Panjaitan, S.Kp, M.Kep ()
Penguji I : Hanny Handiyani, S.Kp, M.Kep ()
Penguji II : Roswita Hasan, S.Kp, M.Kep ()
Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 20 Juli 2010

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, segala puji hanya milik Allah SWT, pemilik alam semesta. Atas berkat dan karunia-Nya, maka penulis dapat menyelesaikan tesis berjudul “Hubungan Supervisi dengan Pendokumentasian Berbasis Komputer yang Dipersepsikan Perawat Pelaksana di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas”. Tesis ini disusun sebagai syarat memperoleh gelar Magister Keperawatan Program Pascasarjana Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Penulis mendapatkan dukungan dan bantuan dari berbagai pihak selama proses penyusunan tesis ini. Untuk itu penulis ingin mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada Prof. Dra. Elly Nurachmah, DNSc, selaku pembimbing I dan Ria Utami Panjaitan, SKp, M.Kep selaku pembimbing II yang telah memberikan masukan, bimbingan dan dukungan dengan penuh kesabaran. Pada kesempatan ini juga penulis mengucapkan terima kasih kepada:

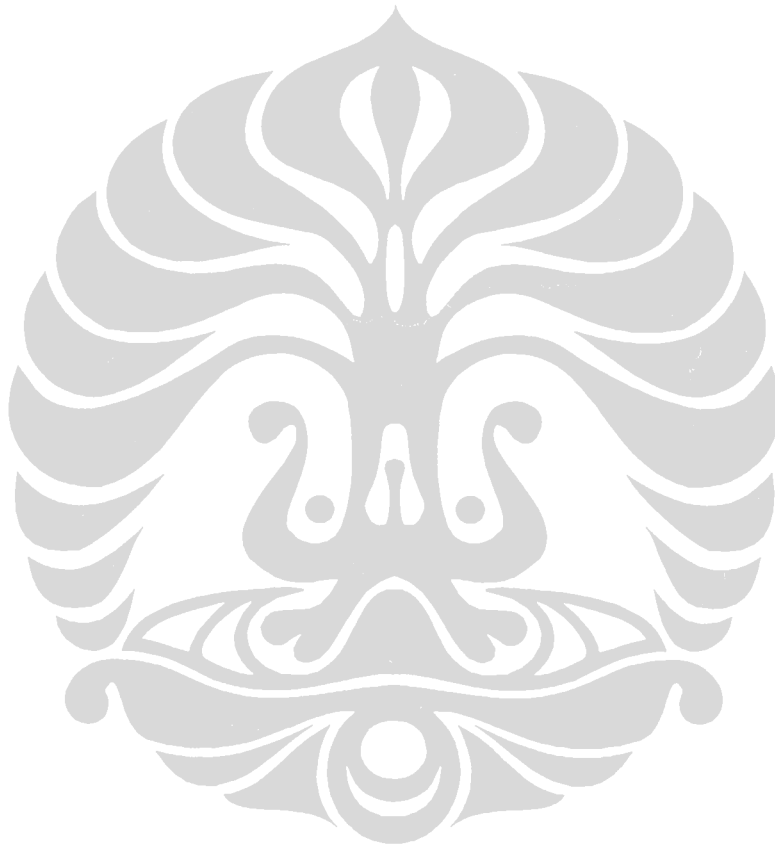
1. Dewi Irawaty, M.A. Ph.D., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Krisna Yetti, S.Kp. M.App.Sc., selaku Ketua Program Studi sekaligus Koordinator Mata Ajar Tesis Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. dr. Gempol Suwandono, MM, selaku direktur RSUD Banyumas yang telah memberikan izin sehingga penelitian ini dapat dilaksanakan
4. Teman-teman perawat RSUD Banyumas yang telah memberikan waktu, informasi, dan kesediaannya untuk menjadi responden
5. Ibu dan seluruh keluarga besar terutama suami dan anak tercinta, yang dengan sabar memberi motivasi, doa dan bantuannya selama penyusunan tesis ini.
6. Rekan-rekan Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia angkatan 2008 terutama kekhususan kepemimpinan dan manajemen keperawatan yang banyak memberikan semangat dan senantiasa mengingatkan guna terselesaikannya penyusunan tesis ini.

7. Semua pihak yang membantu dalam penyusunan tesis ini, dengan tanpa mengurangi rasa hormat tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Akhirnya, semoga bantuan serta budi baik yang telah diberikan kepada penulis, mendapat balasan dari Allah SWT. Penulis berharap semoga tesis ini dapat diterima serta bermanfaat untuk perkembangan ilmu keperawatan khususnya manajemen keperawatan

Depok, Juli 2010

Penulis



HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN
PUBLIKASI KARYA ILMIAH

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

Nama : Kris Linggardini
NPM : 0806474501
Program Studi : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan
Program : Magister
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Tesis

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

**Hubungan Supervisi dengan Pendokumentasian Berbasis Komputer yang
Dipersepsikan Perawat Pelaksana di Instalasi Rawat Inap
RSUD Banyumas Jawa Tengah**

Beserta perangkat yang ada. Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada Tanggal : 20 Juli 2010
Yang menyatakan

Kris Linggardini

UNIVERSITAS INDONESIA

PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

7 Juli 2010

Kris Linggardini

Hubungan Supervisi dengan Pendokumentasian Berbasis Komputer yang Dipersepsikan Perawat Pelaksana di Instalasi Rawat Inap RSUD Banyumas, Jawa Tengah

xiii + 72 hal + 18 tabel + 1 skema + 6 lampiran

ABSTRAK

Dokumentasi keperawatan merupakan indikator mutu asuhan keperawatan. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan supervisi dengan pendokumentasian berbasis komputer yang dipersepsikan perawat pelaksana di RSUD Banyumas. Jenis penelitian ini kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel penelitian perawat pelaksana sebanyak 70 orang. Instrumen penelitian berupa kuesioner. Hasil penelitian menunjukkan ada hubungan antara supervisi dengan pendokumentasian berbasis komputer dengan $p=0,003$, ada hubungan antara lama kerja dengan pendokumentasian berbasis komputer dengan $p= 0,007$. Frekuensi supervisi merupakan variabel yang paling berhubungan dengan pendokumentasian proses keperawatan ($p=0,001$).

Kata kunci: dokumentasi keperawatan berbasis komputer, frekuensi supervisi, dan teknik supervisi

UNIVERSITY OF INDONESIA
POSTGRADUATE PROGRAM FACULTY OF NURSING

Thesis, July 2010

Kris Linggardini

Correlation Between Supervision and Computer Based Nursing Documentation
Assumed by the Nurses in in-Patient Ward at Banyumas General Hospital Central Java

xiii + 72 + 18 table + 1 schema + 6 appendix

ABSTRACT

Nursing documentation is the indicator of nursing care quality. Supervision could affect the increasing of nursing service quality. The aim of this research was to know the correlation between supervision and computer based nursing documentation assumed by the nurses in in-patient ward at Banyumas General Hospital. The research was designed by using quantitative method with cross sectional approach. The samples were 70 respondents. The instrument used was questionnaire. The result showed that there is correlation between supervision and computer based documentation of nursing process ($p= 0,003$), there is correlation between the length of work and computer based documentation of nursing process ($p= 0,007$). The closest relationship variable toward the documentation of nursing process was the frequency of supervision ($p=0,001$).

Key word: computer based nursing documentation, frequency of supervision, and technique of supervision

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iv
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vi
ABSTRAK	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR SKEMA.....	xi
DAFTAR TABEL.....	xii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	8
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.4 Manfaat Penelitian	10
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Manajemen Keperawatan.....	11
2.2 Supervisi Keperawatan	14
2.3 Dokumentasi Keperawatan	21
2.4 Karakteristik Perawat.....	26
BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL	
3.1 Kerangka Konsep.....	28
3.2 Hipotesis Penelitian	29
3.3 Definisi Operasional	30
BAB 4 METODE PENELITIAN	
4.1 Desain Penelitian	33
4.2 Populasi dan Sampel.....	33
4.3 Tempat Penelitian	35
4.4 Waktu Penelitian.....	36
4.5 Etika Penelitian	36
4.6 Alat Pengumpulan Data	37
4.7 Hasil Uji Validitas.....	38
4.8 Hasil Uji Reliabilitas.....	41
4.9 Prosedur Pengumpulan Data.....	42
4.10 Pengolahan Data dan Analisis Data.....	43

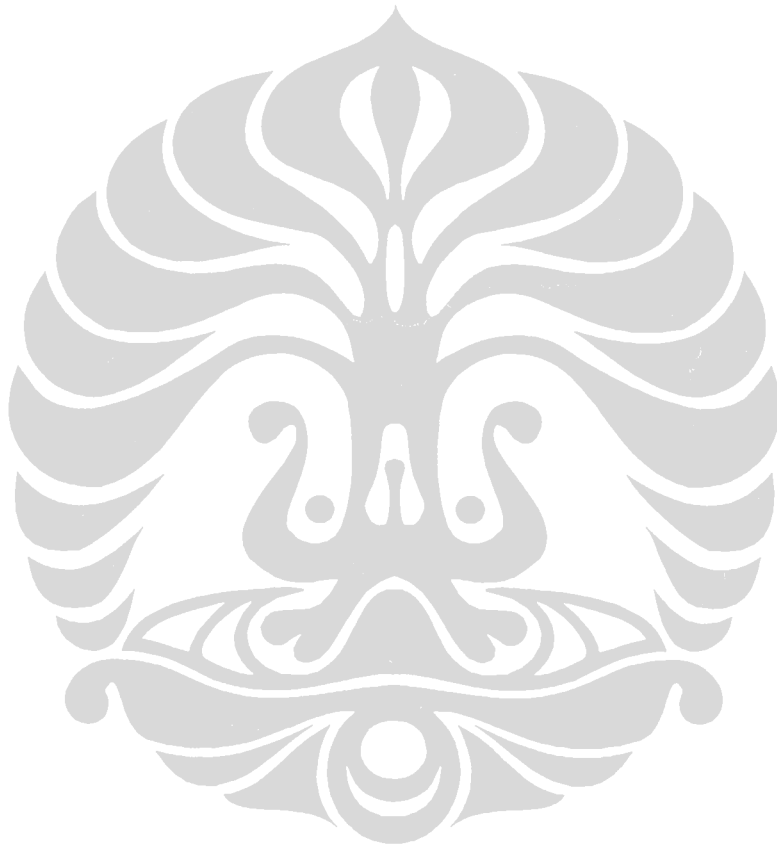
BAB 5 HASIL PENELITIAN	
5.1 Hasil Penelitian Hasil Analisis Univariat	47
5.2 Hasil Penelitian Hasil Analisis Bivariat.....	50
5.3 Hasil Analisis Data Multivariat	54
BAB 6 PEMBAHASAN	
6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil.....	58
6.2 Keterbatasan Penelitian.....	69
6.3 Implikasi Keperawatan	69
BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Simpulan	71
7.2 Saran	72

**DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN**



DAFTAR SKEMA

Skema 3. 1	Kerangka Konsep	29
------------	-----------------------	----

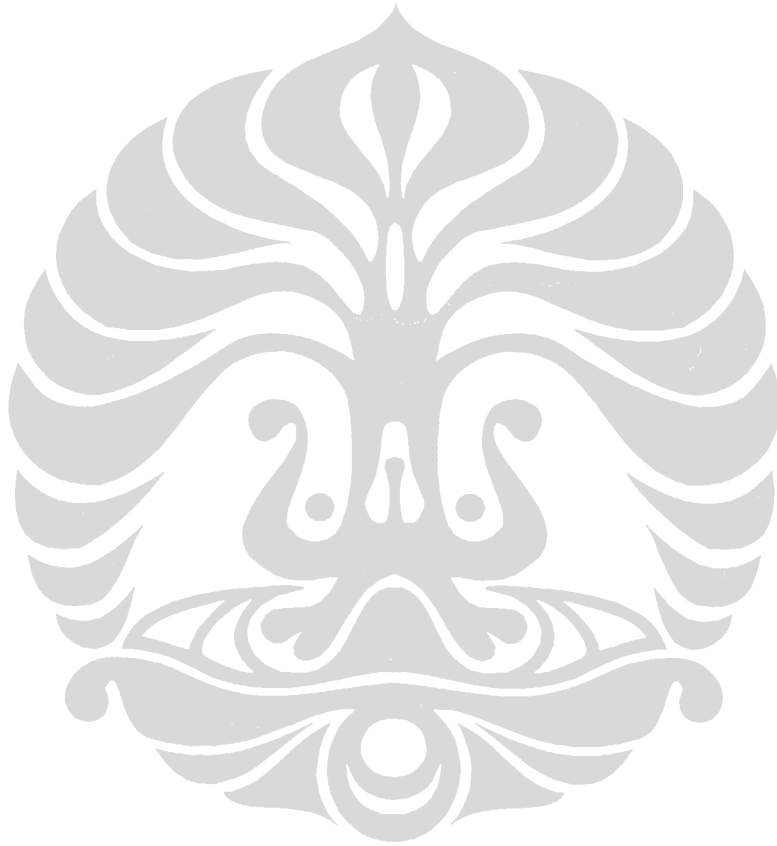


DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional Variabel Penelitian.....	30
Tabel 4.1	Proporsi Jumlah Sampel Menurut Ruangan.....	35
Tabel 4.2	Analisis Uji Statistik Variabel Penelitian	45
Tabel 5.1	Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Penelitian RSUD Banyumas, 2010	47
Tabel 5.2	Rata-Rata Umur dan Lama Kerja Responden Penelitian RSUD Banyumas, 2010	48
Tabel 5.3	Pendokumentasian Berbasis Komputer Perawat RSUD Banyumas, 2010	49
Tabel 5.4	Teknik Supervisi Perawat RSUD Banyumas, 2010	49
Tabel 5.5	Frekuensi Supervisi Perawat RSUD Banyumas, 2010	49
Tabel 5.6	Supervisi (<i>composit</i>) yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana di RSUD Banyumas, 2010 (N=70)	50
Tabel 5.7	Hubungan Karakteristik Responden dengan Pendokumentasian Berbasis Komputer di RSUD Banyumas, 2010	51
Tabel 5.8	Hubungan Umur dan Lama Kerja dengan Pendokumentasian Berbasis Komputer di RSUD Banyumas, 2010	52
Tabel 5.9	Hubungan Teknik Supervisi dengan Pendokumentasian Berbasis Komputer di RSUD Banyumas, 2010	52
Tabel 5.10	Hubungan Frekuensi Supervisi dengan Pendokumentasian Bebasis Komputer di RSUD Banyumas, 2010	53
Tabel 5.11	Hubungan Supervisi dengan Pendokumentasian Berbasis Komputer Di RSUD Banyumas, 2010	53
Tabel 5.12	Hasil Analisis Bivariat Variabel Teknik Supervisi, Frekuensi Supervisi dan Karakteristik Responden dengan Pendokumentasian BerbasisKomputer di RSUD Banyumas, 2010	55
Tabel 5.13	Hasil Analisis Regresi Logistik (Pertama)	56
Tabel 5.14	Hasil Analisis Regresi Logistik (Tahap Akhir)	56
Tabel 5.15	Pemodelan Akhir	57

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Penjelasan Penelitian
- Lampiran 2 Kuesioner
- Lampiran 3 Surat Ijin Penelitian dari FIK UI dan RSUD Banyumas
- Lampiran 4 Surat Lolos Kaji Etik FIK UI
- Lampiran 5 Daftar Riwayat Hidup
- Lampiran 6 Jadwal Pelaksanaan Penelitian



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar belakang

Globalisasi memberikan dampak terhadap berbagai bidang termasuk bidang kesehatan. Dampaknya antara lain berupa tantangan bagi bidang kesehatan untuk meningkatkan pelayanan kesehatan yang bermutu baik pada rumah sakit pemerintah maupun swasta. Hal ini seiring dengan peningkatan tuntutan masyarakat terhadap layanan kesehatan yang berkualitas.

Mutu pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh kualitas proses pemberian layanan kesehatan, sarana fisik, jenis tenaga yang tersedia, obat, alat kesehatan, sarana penunjang lainnya dan kompensasi yang diterima serta harapan masyarakat pengguna layanan. Salah satu indikator terbesar dari kualitas pelayanan kesehatan suatu rumah sakit adalah kualitas pelayanan keperawatan.

Pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan dan populasi perawat di rumah sakit sekitar 60-70% dari SDM rumah sakit (Gillies, 1994). Perawat merupakan ujung tombak dalam pemberian pelayanan kesehatan karena perawat berinteraksi dengan pasien selama 24 jam. Oleh karena itu mutu pelayanan keperawatan sangat berpengaruh terhadap mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Rumah Sakit Umum Banyumas merupakan badan layanan umum milik pemerintah daerah tingkat II, Kabupaten dengan tipe B Pendidikan senantiasa mengembangkan diri dalam upaya menjawab tantangan tersebut. Langkah RSU Banyumas dalam menjawab tantangan dengan mengembangkan pelayanan prima, melakukan akreditasi eksternal, mengikuti penilaian ISO, dan menerapkan sistem informasi keperawatan. Hal ini diharapkan mampu meningkatkan pelayanan Rumah Sakit terhadap masyarakat.

Perkembangan pelayanan kesehatan juga diiringi dengan berkembangnya Rumah Sakit swasta yang berdiri di sekitar Rumah Sakit Banyumas. Hal ini jelas menjadi ancaman dan tantangan bagi Rumah Sakit Banyumas sehingga perlu meningkatkan mutu pelayanannya. Selain itu, sebagai salah satu upaya untuk meningkatkan mutu rumah sakit menggunakan sistem komputerisasi dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan menggunakan Sistem Informasi Manajemen Keperawatan (SIMKEP) (RSUD Banyumas 2008)

Dokumentasi keperawatan merupakan salah satu tugas dan tanggung jawab perawat. Dokumentasi keperawatan adalah segala sesuatu yang ditulis maupun dicetak yang berkaitan dengan perkembangan status kesehatan pasien (Potter & Perry's 2001). Dokumentasi keperawatan mempunyai makna yang penting dilihat dari berbagai aspek seperti aspek hukum, kualitas pelayanan, komunikasi, keuangan, pendidikan, penelitian, dan akreditasi. Kelengkapan dokumentasi keperawatan merupakan salah satu indikator mutu asuhan keperawatan yang diberikan.

Dokumentasi keperawatan merupakan aspek yang penting dalam praktik keperawatan. Dokumentasi keperawatan harus komprehensif dan cukup fleksibel untuk dapat diperbaiki, menjaga kualitas dan kesinambungan perawatan. Sebagai anggota tim kesehatan, perawat membutuhkan komunikasi informasi tentang pasien yang akurat dan pada waktu yang tepat. Kualitas asuhan pasien tergantung dengan komunikasi anggota tim kesehatan satu dengan yang lainnya. Dokumentasi keperawatan dapat menjadi salah satu indikator kinerja perawat (Potter & Perry's 2001).

Perawat sebagai anggota terbesar sebuah Rumah Sakit tentu diharapkan mampu memberikan dukungan terhadap pelayanan prima Rumah Sakit dengan memberikan pelayanan keperawatan yang baik. Penggunaan sistem

informasi keperawatan khususnya dalam pendokumentasian asuhan keperawatan diharapkan mampu memberikan kontribusi besar terhadap peningkatan mutu asuhan keperawatan pada khususnya dan pelayanan rumah sakit pada umumnya.

Sistem Informasi Manajemen Keperawatan yang dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas diharapkan mampu meningkatkan mutu layanan keperawatan. Evaluasi terhadap mutu asuhan keperawatan harus senantiasa dilaksanakan secara berkesinambungan sehingga dapat menjamin mutu asuhan keperawatan yang diberikan. Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas memiliki tim mutu asuhan keperawatan yang bertugas untuk melakukan evaluasi terhadap mutu asuhan keperawatan. Evaluasi ini dilaksanakan setiap enam bulan sekali. Alat ukur yang digunakan untuk menilai mutu asuhan keperawatan adalah instrumen penilaian yang dikeluarkan oleh departemen kesehatan. Instrumen mutu terdiri dari 3 instrumen yaitu instrumen A, B dan C.

Instrumen A merupakan salah satu instrumen evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan di rumah sakit, khususnya untuk penilaian dokumentasi asuhan keperawatan. Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas telah menggunakan teknik komputerisasi untuk pendokumentasian keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi. Secara umum kegiatan ini sudah dikuasai oleh semua perawat pelaksana, sehingga instrumen yang digunakan pun disesuaikan dengan yang ada di komputer dan aplikasinya. Angka pencapaian hasil instrumen A pada bulan Agustus 2009 di rumah sakit ini adalah sebesar 78,21% dan masuk kategori baik .

Hasil penilaian yang dilaksanakan oleh tim mutu keperawatan rumah sakit meliputi pengkajian, diagnose keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Pada pengkajian didapatkan nilai rata-rata sebesar 67%, dengan

kategori baik. Namun ada hal yang masih perlu diperhatikan pada pengkajian yaitu pengisian data terbuka sebagai data pendukung dan kelengkapan data pasien. Pada kenyataannya sebagian besar perawat hanya mengisi data tertutup saja. Format data terbuka memberi kesempatan pada perawat untuk mendokumentasikan keluhan pasien dengan kalimat yang lebih jelas sesuai dengan kondisi pasien. Sedangkan pada format tertutup perawat hanya perlu memberi tanda pada daftar keluhan pasien yang ada di komputer.

Penulisan diagnosa keperawatan didapatkan nilai rata-rata 87%. Nilai ini bervariasi dari 76 - 100. Sistem pendokumentasian berbasis komputer memungkinkan putusan diagnosa keperawatan langsung muncul sendiri sesuai dengan hasil pengkajian yang masukkan. Kelemahan dari sistem ini adalah kadang kala keluarnya diagnosa keperawatan tidak sesuai dengan apa yang diharapkan. Faktor yang dapat mempengaruhi ketidaksesuaian tersebut adalah kurang terampilnya perawat dalam mengisi pengkajian tertutup yang disesuaikan dengan kondisi nyata dari pasien.

Dalam penulisan perencanaan keperawatan diperoleh nilai sebesar 95%, dengan kategori sangat baik. Nilai perencanaan berkisar antara 85 - 100. Salah satu penyebabnya adalah karena pada sistem pendokumentasian berbasis komputer ini aspek perencanaan sudah menjadi paket. Ini artinya perencanaan secara otomatis menyertai diagnosa keperawatan yang muncul. Namun ada beberapa hal yang perlu ditingkatkan pada perencanaan yaitu pengisian target perencanaan dan pemilihan perencanaan. Pada sistem ini perawat tetap melakukan pemilihan perencanaan yang akan dilakukan untuk menyelesaikan masalah pasien.

Pencatatan pelaksanaan tindakan keperawatan hanya mendapatkan nilai 54% dengan kategori cukup. Nilai ini bervariasi dari 25 - 93. Kelemahan pada pencatatan pelaksanaan adalah ketidakcocokan antara intervensi yang

direncanakan dengan yang dikerjakan. Disamping itu, pengisian respon tindakan perlu untuk ditingkatkan lagi.

Komponen evaluasi bernilai 74% dengan rentang nilai 47 - 100. Meskipun nilai yang diperoleh sudah cukup baik, tetapi masih ada hal yang perlu ditingkatkan dan diperhatikan lagi dalam pencatatan evaluasi yaitu pada penulisan perkembangan pasien, karena pada umumnya pengisian target kurang diperhatikan. Pencatatan tindakan mencapai angka 93%, dengan rentang 72 - 100. Hal ini sudah sangat baik, karena sudah sesuai dengan system penyimpanan dokumentasi secara komputerisasi. Namun yang perlu diperhatikan adalah belum terakomodasinya penulisan tanda tangan perawat pelaksana.

Kemampuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap pasien dan mendokumentasikan kegiatan tersebut akan dipengaruhi oleh beberapa hal. Di antaranya adalah faktor latar belakang pendidikan, motivasi dan juga pengaruh sistem manajemen yang ada. Sistem manajemen yang baik akan membentuk pola komunikasi yang baik antara atasan dan bawahan serta antara anggota tim itu sendiri. Keterlaksanaan fungsi-fungsi manajer merepresentasikan sistem manajemen yang diberlakukan. Di antara fungsi-fungsi manajemen yang mempengaruhi kelancaran pemantauan kinerja adalah supervisi.

Supervisi sebagai salah satu kegiatan dalam lingkup fungsi manajemen yaitu fungsi *directing* (pengarahan). Supervisi merupakan kegiatan penting para manajer yang dapat berpengaruh terhadap peningkatan mutu pelayanan keperawatan bahkan pelayanan kesehatan di rumah sakit pada umumnya. Kualitas dan kuantitas supervisi dapat ditentukan oleh falsafah hidup seseorang dan kemampuan dalam menggunakan bermacam-macam teknik supervisi yang dimiliki. Selanjutnya dijelaskan bahwa dalam keperawatan ada

hubungan langsung antara supervisi yang diterima oleh perawat dan kualitas layanan keperawatan yang dapat mereka berikan. Dengan kata lain layanan keperawatan yang tidak profesional yang diberikan oleh perawat dapat merupakan sebagai dampak dari supervisi yang diterimanya (Kron & Gray, 1987).

Supervisi dapat dilakukan dengan teknik langsung dan tidak langsung. Supervisi langsung adalah supervisi yang dilakukan langsung pada saat kegiatan berlangsung. Supervisor melihat langsung apa yang dikerjakan oleh pelaksana dan umpan balik atau arahan dapat diberikan secara langsung pada saat itu juga. Supervisi tidak langsung adalah supervisi yang dilakukan melalui laporan baik tertulis maupun lisan. Perawat supervisor tidak melihat langsung apa yang terjadi di lapangan sehingga memungkinkan terjadi kesenjangan fakta. Untuk itu diperlukan umpan balik. Umpan balik biasanya diberikan secara tertulis (Bittel, 1987)

Hasil penelitian Lusianah (2008) menunjukkan adanya hubungan yang kuat antara supervisi dan kualitas dokumentasi keperawatan dengan p value < 0,001. Sementara itu hasil penelitian Izzah (2003) menunjukkan ada hubungan yang bermakna antara variabel frekuensi supervisi dengan kinerja perawat pelaksana dengan p value =0,036.

Sesuai dengan peran dan posisi sistem pendokumentasian keperawatan, keterlibatan perawat dalam pendokumentasian memegang peran penting untuk melengkapi isi dokumentasi agar tidak terjadi hal-hal yang tidak diharapkan, seperti dugaan malpraktik, kesalahan pemberian terapi, dan dugaan kelalaian lainnya. Kelengkapan dokumentasi ini mengandung dampak terhadap berbagai aspek, termasuk aspek hukum. Untuk itu perlu dilakukan upaya peningkatan kelengkapan dokumentasi melalui sistem supervisi berjenjang mulai dari ketua tim hingga supervisor. Melalui sistem ini diharapkan fungsi

kepala ruangan sebagai manajer dapat dilaksanakan dengan optimal, yaitu dapat melaksanakan fungsi pengarahan baik kepada ketua tim maupun kepada perawat pelaksana. Sedangkan ketua tim dapat melaksanakan fungsinya untuk menyusun rencana asuhan keperawatan dan melakukan dokumentasi asuhan keperawatan.

Dewi (2007), dalam penelitiannya menemukan variabel komunikasi dan supervisi kepala ruangan mempunyai hubungan yang bermakna dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana dengan p value $< 0,05$. Sedangkan hasil penelitian dari Wiyana (2008) ada perbedaan bermakna antara kinerja perawat pelaksana sebelum dan sesudah intervensi (p value $=0,0005$) dan ada perbedaan yang bermakna antara kinerja yang disupervisi kepala ruangan yang dilatih dan dibimbing 6 kali dan 3 kali dengan yang disupervisi kepala ruangan dilatih tidak dibimbing dengan p value $= 0,016$.

Kenyataan di lapangan menunjukkan bahwa supervisi yang dilakukan selama ini adalah supervisi yang dilakukan hanya meliputi jumlah tempat tidur, jumlah pasien, angka kejadian luka dekubitus, angka infeksi akibat jarum suntik/infus. Sebaliknya perhatian supervisor terhadap pendokumentasian masih sangat minimal. Hal ini diperkuat dengan hasil wawancara dengan perawat pelaksana yang menyatakan belum ada supervisi yang memantau kelengkapan dan kebenaran dokumentasi keperawatan yang ada.

Supervisi yang ada di Rumah Sakit Banyumas selama ini adalah supervisi yang dilaksanakan oleh supervisor klinik. Supervisor klinik ini mempunyai area supervisi yang terbagi dalam beberapa bagian berdasarkan kelompok kedekatan ruangan. Supervisor yang ada bertugas untuk melihat proses asuhan keperawatan yang diberikan secara umum, namun belum ada pengawasan terhadap kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan. Berdasarkan temuan

yang terjadi di lapangan maka perlu dilakukan penelitian tentang hubungan kegiatan supervisi dengan pendokumentasian proses keperawatan yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana.

1.2 Rumusan Masalah

Pendokumentasian merupakan kegiatan penting yang harus dilakukan oleh perawat sejak pengkajian sampai evaluasi. Pendokumentasian dilaksanakan segera setelah setiap tindakan dilakukan sebagai wujud dari akontabilitas perawat. Kegiatan pendokumentasian yang dilakukan di RSUD Banyumas belum sepenuhnya mencerminkan pencatatan yang diharapkan. Salah satu penyebabnya adalah karena belum optimalnya fungsi supervisi dilaksanakan terutama terhadap pendokumentasian.

Pengamatan penulis di lapangan menunjukkan, supervisi terhadap kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan belum dilaksanakan, pelaksanaan supervisi yang ada dilakukan terhadap permasalahan klinik. Sedangkan validasi terhadap dokumentasi atau rekam medis dilakukan oleh kepala ruangan untuk keperluan administrasi pembayaran rumah sakit di Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas, Jawa Tengah. Berdasarkan hal tersebut di atas perlu dilakukan penelitian untuk menjawab pertanyaan “Apakah ada hubungan antara supervisi dengan pendokumentasian berbasis komputer yang dipersepsikan perawat pelaksana di ruang rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas, Jawa Tengah”?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan umum:

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran hubungan supervisi dengan pendokumentasian berbasis komputer yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas, Jawa Tengah.

Tujuan khusus penelitian ini adalah:

- 1.3.1 Teridentifikasinya karakteristik responden perawat pelaksana di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas, Jawa Tengah
- 1.3.2 Teridentifikasinya persepsi perawat pelaksana tentang supervisi (teknik supervisi dan frekuensi supervisi) di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas, Jawa Tengah
- 1.3.3 Teridentifikasinya persepsi perawat pelaksana tentang pendokumentasian berbasis komputer di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas, Jawa Tengah.
- 1.3.4 Teridentifikasinya hubungan karakteristik responden dengan pendokumentasian berbasis komputer di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas
- 1.3.5 Teridentifikasinya hubungan antara supervisi dan pendokumentasian berbasis komputer di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas
- 1.3.6 Teridentifikasinya hubungan teknik supervisi dengan pendokumentasian berbasis komputer di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas, Jawa Tengah.
- 1.3.7 Teridentifikasinya hubungan frekuensi supervisi dengan pendokumentasian berbasis komputer di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas, Jawa Tengah.
- 1.3.8 Teridentifikasinya faktor yang dominan berhubungan dengan persepsi perawat pelaksana tentang pendokumentasian berbasis komputer di instalasi rawat inap Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas, Jawa Tengah.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat aplikatif.

1.4.1.1 Dapat digunakan sebagai masukan atau bahan pertimbangan bagi pimpinan atau manajer keperawatan untuk dijadikan acuan konseptual dalam penyusunan program peningkatan sumber daya manusia yang ada hubungannya dengan supervisi dengan pendokumentasian berbasis komputer di Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas, Jawa Tengah.

1.4.1.2 Sebagai masukan kepada bidang perawatan tentang gambaran hubungan teknik dan frekuensi kegiatan supervisi dengan pendokumentasian berbasis komputer.

1.4.2 Manfaat keilmuan

Hasil penelitian ini merupakan masukan bagi pengembangan ilmu pengetahuan kepemimpinan dan manajemen keperawatan khususnya yang berhubungan dengan supervisi dan pendokumentasian berbasis komputer sehingga dapat digunakan untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan. Hasil penelitian ini dapat memberi gambaran tentang pendokumentasian proses keperawatan dengan berbasis komputer, sehingga dapat digunakan untuk pengembangan penelitian selanjutnya.

1.4.3 Manfaat metodologi

1.4.3.1 Sebagai referensi di perpustakaan yang dapat digunakan oleh peneliti yang mempunyai peminatan di bidang manajemen sumber daya manusia yang berkaitan dengan supervisi dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan.

1.4.3.2 Penelitian ini dapat memberikan pengalaman belajar yang berharga dalam mengaplikasikan pengetahuan yang di dapat selama studi, peningkatan keterampilan dalam penelitian manajemen keperawatan, serta bertambahnya wawasan dalam bidang penelitian.

BAB 2

TINJAUAN TEORI

Bab II berisi tentang studi literatur yang berkaitan dengan manajemen keperawatan, supervisi dan dokumentasi asuhan keperawatan.

2.1 Manajemen Keperawatan

2.1.1 Pengertian

Manajemen adalah proses penyelesaian pekerjaan yang dilakukan melalui orang lain (Gilles, 2001). Manajemen adalah proses koordinasi dan integrasi melalui perencanaan, pengorganisasian, penngkoordinasian atau pengarahan dan pengendalian untuk mencapai tujuan institusi yang spesifik (Huber, 2006).

Manajemen keperawatan adalah proses proses kerja setiap perawat untuk memberikan perawatan, pengobatan, dan kenyamanan kepada sekelompok pasien (Gilles, 2001). Manajemen keperawatan berhubungan dengan perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), pengaturan staf (*staffing*), kepemimpinan (*leading*), dan pengendalian (*controlling*) aktivitas upaya-upaya keperawatan atau diisi departemen keperawatan dan dari sub unit departemen (Swansburg, 1999). Manajemen keperawatan adalah koordinasi dan integrasi keperawatan yang diaplikasikan ke dalam proses manajemen untuk keberhasilan pelayanan keperawatan dan pencapaian tujuan (Huber, 2006)

2.1.2 Fungsi Manajemen

Fayol (1949) dalam Huber (2006) menjelaskan empat tahapan dalam proses manajemen yaitu *planning*, *organizing*, *coordinating* atau *directing* dan *controlling*. Menurut Gilles (2001) fungsi manajemen terdiri dari *planning*, *organizing*, *staffing*, *leading*, dan *controlling*.

2.1.2.1 Perencanaan (*Planning*)

Penerencanaan berkaitan dengan penentuan tujuan jangka panjang dan jangka pendek yang berhubungan dengan kegiatan apa saja yang harus dilaksanakan. Perencanaan dapat bersifat rinci, spesifik dan kaku, atau dapat juga berdifat umum dan fleksibel. Perencanaan selanjutnya menentukan apa yang harus dilakukan, kapan, oleh siapa dan bagaimana melakukannya. Salah satu bagian dari perencanaan adalah memilih beberapa alternative pemecahan masalah (Huber, 2006). Pada tahap perencanaan berkaitan dengan penentuan tujuan, standar, kebijakan, prosedur dan rencana pembiayaan (Gilles, 2001).

2.1.2.2 Pengorganisasian (*Organizing*)

Huber (2006) mendefinisikan pengorganisasian sebagai proses penggerakan sumber daya manusia dan materi dari organisasi untuk mencapai tujuan. Pengorganisasian juga dapat digunakan sebagai proses identifikasi peran dan pola hubungan yang satu dengan lainnya. Sedangkan Gilles (2001) menyebutkan pengorganisasian berkaitan dengan penyusunan tabel organisasi, evaluasi pekerjaan, gambaran pekerjaan (*Job description*), dan pengelompokkan pekerjaan dan anggota tim.

2.1.2.3 Pengkoordinasian (*Coordinating*)

Menurut Huber (2006) fungsi koordinasi disebut juga pengarahan (*directing*). Directing adalah memotivasi dan memimpin anggota tim agar berkeinginan untuk melakukan tindakan. Motivasi biasanya termasuk didalamnya fungsi pengarahan yang lain seperti komunikasi, dan kepemimpinan. Fungsi pengarahan yang lain adalah supervisi dan pembimbingan yang lain sesuai dengan tugas dan tanggungjawabnya.

Gilles (2001) membagi fungsi koordinasi menjadi dua bagian yaitu pengaturan staf (*staffing*) dan mengarahkan atau memimpin (*leading*). Dalam manajemen keperawatan pengaturan staf meliputi pengklasifikasian pasien,

penentuan kebutuhan perawat, rekrutmen, seleksi, orientasi, penjadwalan, meminimalkan absensi, menurunkan *turnover*, dan pengembangan staf. Sedangkan untuk leading meliputi penggunaan kekuatan untuk menyelesaikan masalah, membuat keputusan, perubahan yang efektif, penanganan konflik, komunikasi dan analisa transaksional. Fungsi leading termasuk didalamnya untuk mengevaluasi bawahan, melihat pekerjaan orang lain dan memberi penilaian terhadap penampilan kerja bawahannya. Fungsi ini sering juga disebut sebagai fungsi delegasi dan supervisi.

2.1.2.4 Pengawasan (*Controlling*)

Pengawasan manajerial didefinisikan sebagai memastikan bahwa segala sesuatu sudah diikuti dengan tepat. Fungsi dari pengawasan ini adalah mendapatkan informasi tentang hasil yang didapatkan dari aktivitas yang dikerjakan, kemudian dikombinasikan dengan rencana tindak lanjut, serta dibandingkan dengan tujuan yang ada pada perencanaan (Huber, 2006). Fungsi pengawasan berkaitan dengan peningkatan kualitas, disiplin, hubungan antar karyawan, sistem informasi dan penilaian penampilan (Gilles, 2001).

Fungsi manajemen ketiga yaitu pengkoordinasian berkaitan dengan kepemimpinan yang efektif. Pemimpin menggunakan kemampuan penugasan, perintah, kebijakan, prosedur, aturan, peraturan, standar, pendapat, dan pertanyaan untuk melakukan pengarahan terhadap bawahan. Pengarahan ini dapat dilakukan dengan melakukan bimbingan dan evaluasi selama staf melakukan pekerjaannya. Proses bimbingan dan evaluasi ini berkaitan dengan peran manajer sebagai supervisor, dimana manajer bertugas melakukan pengarahan dan penilaian dengan melakukan supervisi. Supervisi merupakan proses aktif dari pengarahan yang berfungsi memberikan batasan-batasan, dan mampu mempengaruhi hasil dari penampilan staf dalam setiap aktivitasnya (ANA, 1993 dalam Huber 2006).

2.2 Supervisi Keperawatan

2.2.1 Pengertian Supervisi

Supervisi adalah tindakan observasi personal sesuai dengan fungsi dan aktifitasnya, menjalankan kepemimpinan dalam proses asuhan keperawatan (Huber 2006). Supervisi adalah proses yang memacu anggota unit kerja untuk berkontribusi secara positif agar tujuan organisasi tercapai (Yaslis, 2002). Menurut Swansburg & Swansburg (1999), supervisi adalah suatu proses kemudahan untuk penyelesaian tugas-tugas keperawatan. Sedangkan menurut Thora Korn (1987) menyatakan bahwa supervisi adalah merencanakan, mengarahkan, mendorong, memperbaiki, mempercayai, mengevaluasi secara terus menerus pada setiap perawat dengan sabar, adil dan bijaksana. Dapat disimpulkan bahwa supervisi adalah kegiatan yang dilakukan dengan merencanakan, mengarahkan, mendorong staf untuk berkontribusi secara positif demi mencapai tujuan.

2.2.2 Manfaat Supervisi (Gilles, 2001, Huber 2006)

Manfaat supervisi di antaranya:

2.2.2.1 Supervisi dapat lebih meningkatkan efektifitas kerja. Peningkatan efektifitas kerja ini erat hubungannya dengan peningkatan pengetahuan dan ketrampilan bawahan, serta makin terbinanya hubungan dan suasana kerja yang harmonis antara atasan dan bawahan.

2.2.2.2 Supervisi dapat lebih meningkatkan efisiensi kerja. Peningkatan efisiensi kerja ini erat kaitannya dengan makin berkurangnya kesalahan yang dilakukan bawahan, sehingga pemakaian sumber daya (tenaga, harta, dan sarana) yang sia-sia dapat dicegah.

2.2.3 Tujuan Supervisi

Gilles (1994) menjelaskan bahwa supervisi bertujuan untuk melihat, menginspeksi, mengevaluasi dan meningkatkan performa atau penampilan karyawan. Elemen-elemen yang mengikuti penampilan adalah kuantitas hasil kerja, kualitas hasil, waktu yang digunakan, bagaimana mengelola sumber,

dan sebagai penunjang administrasi. Suyanto (2008) mengatakan sasaran yang harus dicapai dalam supervisi antara lain pelaksanaan tugas keperawatan, termasuk didalamnya tindakan keperawatan serta pendokumentasiannya, penggunaan alat yang efektif dan ekonomis, sistem dan prosedur yang tidak menyimpang, pembagian tugas dan wewenang, dan kemungkinan adanya penyimpangan/ penyelewengan kekuasaan, kedudukan dan keuangan.

2.2.4 Supervisor Keperawatan

Supervisi keperawatan dilaksanakan oleh personel atau bagian yang bertanggung jawab antara lain:

2.2.4.1 Kepala Ruangan

Bertanggungjawab untuk melakukan supervise pelayanan keperawatan yang diberikan pada pasien diruang perawatan yang dipimpinnya. Kepala ruangan mengawasi perawat pelaksana dalam memberikan asuhan keperawatan baik secara langsung maupun tidak langsung disesuaikan dengan metode penugasan yang diterapkan diruang perawatan tersebut. Sebagai contoh ruang perawatan yang menerapkan metode TIM, maka kepala ruangan dapat melakukan supervisi secara tidak langsung melalui ketua tim masing-masing.

2.2.4.2 Pengawas perawatan (Supervisor)

Ruang perawatan dan unit pelayanan yang berada di bawah unit pelaksana fungsional (UPF) mempunyai pengawas yang bertanggungjawab mengawasi jalannya pelayanan keperawatan.

2.1.4.3 Kepala Bidang Keperawatan

Sebagai *top* manajer dalam keperawatan, kepala bidang keperawatan bertanggungjawab untuk melakukan supervise baik secara langsung atau tidak langsung melalui para pengawas perawatan

2.2.5 Tugas Supervisor

Gilles (1994) membagi tugas supervisi menjadi dua bagian, yaitu supervisor sebagai pendamping atau pelatih dan supervisor sebagai kontrol. Supervisor sebagai pendamping harus mengetahui tujuan dari kelompok sehingga dapat memberikan arahan dan bimbingan kepada anggota timnya. Supervisor dapat menyusun strategi pendampingan sesuai dengan kondisi anggota tim yang bervariasi sehingga proses pendampingan dapat diterima dengan baik. Sedangkan supervisor sebagai kontrol artinya supervisor harus dapat memastikan semua pekerjaan yang ada dalam tanggungjawabnya sesuai dengan aturan. Kontrol kualitas yang efektif dalam supervise keperawatan dapat dilakukan jika supervisor melakukan penilaian secara langsung selama perawat pelaksana memberikan asuhan keperawatan.

Suyanto (2008) menjelaskan tugas supervisor adalah mengusahakan seoptimal mungkin kondisi kerja yang nyaman dan aman, efektif dan efisien. Hal ini dapat dilakukan dengan mengorientasikan staf dan pelaksana keperawatan terutama pegawai baru, melatih staf dan pelaksana keperawatan, memberikan pengarahan dalam pelaksanaan tugas agar menyadari, mengerti terhadap peran, fungsi sebagai staf dan pelaksana asuhan keperawatan, memberikan pelayanan bimbingan kepada pelaksana keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan

Gilles (2001) menekankan supervisor keperawatan dalam menjalankan tugasnya sehari-hari harus memiliki kemampuan dalam memberikan pengarahan dan petunjuk yang jelas, sehingga dapat dimengerti oleh staf dan pelaksana keperawatan. Mampu memberikan saran, nasehat dan bantuan kepada staf dan pelaksana keperawatan yang dapat meningkatkan semangat kerja atau motivasi, serta memberikan latihan atau bimbingan yang diperlukan oleh staf dan pelaksana keperawatan agar dapat memberikan asuhan keperawatan yang lebih baik.

Bahtiar (2009) menyampaikan bahwa prinsip-prinsip supervisi dalam keperawatan meliputi mendasarkan pada hubungan profesional dan bukan pribadi, kegiatan supervisi direncanakan secara matang, bersifat edukatif, supporting dan informal. Selain itu supervisi juga harus dapat memberikan perasaan aman pada staf dan pelaksana keperawatan, sehingga terbentuk hubungan kerjasama yang demokratis antara supervisor dan staf, serta dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan termasuk pendokumentasian proses keperawatan.

2.2.6 Teknik Supervisi (Gilles, 2001, Bittel 1987)

2.2.6.1 Supervisi langsung yaitu supervisi yang dilakukan secara langsung pada kegiatan yang sedang berlangsung, dapat dilakukan dengan observasi langsung maupun melalui rekaman video dan pendampingan selama melakukan tindakan keperawatan. Menurut Gilles (2001), salah satu metode supervisi yang dapat dilakukan adalah supervisor melihat secara langsung bagaimana perawat pelaksana memberikan perawatan kepada satu atau beberapa orang pasien. Jika pada saat supervisi ini, supervisor menemukan tindakan yang tidak sesuai dengan standar, atau perawat pelaksana membutuhkan bantuan, maka supervisor dapat secara langsung membantu atau memastikan bahwa apa yang dilakukan oleh perawat pelaksana sudah benar dan sesuai dengan prosedur. Metode lain yang dapat digunakan adalah supervisor dapat mendemonstrasikan prosedur tindakan dan memberi saran metode yang dapat digunakan untuk menyelesaikan masalah pasien.

Langkah-langkah supervisi langsung terkait dengan pendokumentasian asuhan keperawatan menurut Wiyana (2008) meliputi, memberi informasi kepada perawat pelaksana yang akan disupervisi bahwa pendokumentasiannya akan disupervisi, melakukan supervisi asuhan keperawatan pada saat perawat melakukan pendokumentasian. Supervisor melihat hasil pendokumentasian

secara langsung dihadapan perawat yang mendokumentasikan. Supervisor menilai setiap dokumentasi sesuai dengan standar penilaian mutu asuhan keperawatan yang digunakan oleh rumah sakit yaitu Instrumen A, Depkes 1997. Supervisor menjelaskan, mengarahkan dan membimbing perawat yang disupervisi tentang komponen pendokumentasian proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi.

2.2.6.2 Supervisi tidak langsung, yaitu supervisi dilakukan melalui laporan tertulis seperti laporan pasien dan catatan asuhan keperawatan pada setiap shift pagi, sore dan malam. Presentasi kasus, bermain peran, maupun permodelan. Gilles (2001), supervisi dapat dilakukan secara tidak langsung dengan cara supervisor melihat catatan yang dilakukan oleh perawat pelaksana yang berupa laporan pasien selama interval tertentu, meminta informasi pada saat pertukaran *shift*. Keakuratan data dapat dibandingkan antara isi laporan dengan informasi yang terdokumentasi pada laporan pasien. Umpan balik dari supervisor dapat diberikan secara lisan melalui ketua tim atau dengan tulisan pada hasil pekerjaan perawat pelaksana.

Wiyana (2008), salah satu metode supervisi tidak langsung yang digunakan untuk melihat pendokumentasian proses keperawatan dapat dilakukan dengan melihat hasil dokumentasi yang dilakukan oleh perawat pelaksana, kemudian diperiksa kelengkapannya sesuai dengan standar dokumentasi asuhan keperawatan yang ditetapkan rumah sakit. Supervisor memberikan penilaian atas dokumentasi yang disupervisi dengan memberi tanda bila ada yang masih kurang dan memberikan catatan tertulis pada perawat yang mendokumentasikan.

2.2.7 Tugas dan Tanggungjawab Supervisor

Brown (1994) menjelaskan tugas penting yang harus dilakukan sebelum melakukan supervisi adalah merencanakan tugas sehari-hari, menggunakan wewenang dengan tepat. Perencanaan tugas yang dilakukan oleh supervisor diantaranya adalah pembagian tugas kerja, merencanakan diskusi kelompok dengan pembagian waktu sesuai dengan analisa masalah yang ditetapkan. Tugas Supervisor adalah bertindak efektif dan efisien dan mampu menganalisis masalah berkaitan dengan kinerja pendokumentasian, melakukan transformasi informasi baik dari atasan ke bawahan maupun dari bawahan ke atasan yang meliputi : melaksanakan petunjuk, menyaring dan menyampaikan informasi bawahan ke atasan, merumuskan informasi atasan, mengusahakan hasil kerja maksimal sehingga kegiatan pendokumentasian asuhan keperawatan meningkat (Suyanto, 2008).

Bittel (1987), tugas-tugas rutin yang harus dilakukan oleh supervisor adalah sebelum pertemuan *shift* kerja dimulai (15 – 30 menit) meliputi mengecek kecukupan fasilitas atau peralatan untuk hari itu dan mengecek jadwal kerja. Pada waktu mulai *shift* (15 – 30 menit) meliputi mengecek personil yang ada, menganalisis keseimbangan personil dan pekerjaan, mengatur pekerjaan, mengidentifikasi kendala yang muncul, mencari jalan supaya pekerjaan dapat diselesaikan. Sepanjang hari dinas (6 – 7 jam) meliputi memeriksa pekerjaan setiap personil, mengarahkan, memberikan instruksi, mengoreksi atau memberikan latihan sesuai dengan kebutuhannya, memeriksa kemajuan pekerjaan dari personilnya, mengecek pekerjaan rumah tangga, memeriksa kembali pekerjaan perawat dan kenyamanan kerja terutama untuk perawat baru, berjaga-jaga ditempat bila ada pertanyaan atau permintaan bantuan, mengatur jam istirahat perawat, mendeteksi dan mencatat masalah yang muncul pada saat itu dan mencari cara pemecahannya, mencatat fasilitas yang rusak dan melaporkannya.

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

Kegiatan supervisi oleh kepala ruangan dapat dilakukan sesuai dengan rancangan waktu sesuai dengan teori diatas, yang meliputi kegiatan awal shift yang dimaknai sebagai pre conference, selama shift dan akhir shift yang diartikan sebagai post conference. Kegiatan pre conference dilakukan pada awal permulaan shift, kegiatan ini terkait dengan evaluasi yang sudah dilaksanakan perawat jaga pada malam hari dan sekaligus menyusun perencanaan kegiatan pagi hari. Kegiatan pre conference dapat digunakan sebagai sarana untuk melakukan supervisi kepala ruang terhadap perawat pelaksana, yaitu terkait dengan cara melakukan pengkajian, dan pendokumentasiannya. Dalam pre conference juga dapat digunakan untuk membahas dokumentasi yang sudah dilakukan sebagai bahan evaluasi persiapan untuk perencanaan berikutnya.

Kegiatan supervisi juga dapat dilaksanakan selama pelaksanaan tugas, sepanjang *shift*. (Bittel, 1987) Hal ini sesuai dengan Gilles (2001) yang menyampaikan bahwa supervisor bisa mendampingi perawat pelaksana selama menjalankan kegiatan atau tindakan keperawatan kepada pasien, dan supervisor dapat memberikan bantuan secara langsung jika perawat pelaksana menemui kesulitan. Pendampingan ini juga dapat dilakukan selama perawat pelaksana melakukan pendokumentasian terhadap asuhan keperawatan yang telah dilakukan.

Kegiatan supervisi berikutnya dapat dilakukan pada akhir shift atau biasa disebut dengan kegiatan *post conference*. Kegiatan ini berisi kegiatan timbang terima antara perawat jaga pagi dengan perawat jaga sore. Pada kegiatan ini supervisor dapat melakukan evaluasi terhadap kegiatan perawat pelaksana selama *shift* pagi dalam memberikan asuhan keperawatan termasuk dalam hal pendokumentasiannya. Supervisor dapat memberikan umpan balik secara langsung terhadap hasil pekerjaan perawat pelaksana yang mengikuti kegiatan tersebut, dan dapat memberikan catatan atau masukan melalui ketua tim jika perawat pelaksana yang ditunjuk berhalangan hadir.

2.3 Dokumentasi Keperawatan

2.3.1 Pengertian

Potter & Perry's (2001) mendefinisikan dokumentasi sebagai segala sesuatu yang ditulis atau dicetak sebagai sebuah rekaman atau catatan bagi pasien. Dokumentasi keperawatan adalah informasi tertulis tentang asuhan keperawatan dan kondisi kesehatan pasien serta semua kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat (Fishbach, 1991). Menurut Kozier (1995) dokumentasi adalah proses memasukkan rekaman data klien yang dilakukan setiap akhir shift, dikomunikasikan secara oral maupun tulisan. Berdasarkan beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa dokumentasi keperawatan adalah semua bentuk laporan yang terkait dengan riwayat dan perkembangan klien yang dilakukan oleh perawat selama klien dirawat.

2.3.2 Tujuan Dokumentasi

Tujuan utama dari pendokumentasian adalah:

- 2.3.2.1 Mengidentifikasi status kesehatan klien dalam rangka mendokumentasikan kebutuhan klien, merencanakan, melaksanakan asuhan keperawatan dan mengevaluasi intervensi.
- 2.3.2.2 Dokumentasi digunakan untuk penelitian, keuangan, hukum dan etika.

2.3.3 Manfaat dokumentasi keperawatan (Potter & Perry's 2001, Fischbach, 1999, Kozier, 1995)

Dokumentasi keperawatan mempunyai makna yang penting dilihat dari berbagai aspek seperti aspek hukum, kualitas pelayanan, komunikasi, keuangan, pendidikan, penelitian, dan akreditasi. Penjelasan mengenai aspek-aspek tersebut adalah sebagai berikut:

- 2.3.3.1 Hukum, (legal dokumen) semua catatan informasi tentang klien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum. Bila terjadi suatu masalah (misconduct) yang berhubungan dengan profesi keperawatan, di mana perawat sebagai pemberi jasa dan klien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi dapat dipergunakan sewaktu-waktu.
- 2.3.3.2 Kualitas pelayanan, dokumentasi data klien yang lengkap dan akurat, akan memberi kemudahan bagi perawat dalam membantu menyelesaikan masalah klien.
- 2.3.3.3 Komunikasi, dokumentasi keadaan klien merupakan alat "perekam" terhadap masalah yang berkaitan dengan klien. Perawat atau profesi kesehatan lain dapat melihat dokumentasi yang ada dan sebagai alat komunikasi yang dijadikan pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan.
- 2.3.3.4 Keuangan, dokumentasi dapat bernilai keuangan. Semua asuhan keperawatan yang belum, sedang, dan telah diberikan didokumentasikan dengan lengkap dan dapat dipergunakan sebagai acuan atau pertimbangan dalam biaya keperawatan bagi klien. Dokumentasi yang baik dan lengkap dapat digunakan untuk meminta penggantian biaya kepada pemerintah.
- 2.3.3.5 Pendidikan, dokumentasi mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut kronologis dari kegiatan asuhan keperawatan yang dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pembelajaran bagi peserta didik atau profesi keperawatan.
- 2.3.3.6 Penelitian, dokumentasi keperawatan mempunyai nilai penelitian. Data yang terdapat didalamnya mengandung informasi yang dapat dijadikan sebagai bahan atau objek riset dan pengembangan profesi keperawatan.

2.3.3.7 Akreditasi, melalui dokumentasi keperawatan akan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Dengan demikian dapat diambil kesimpulan mengenai tingkat keberhasilan pemberian asuhan keperawatan yang diberikan guna pembinaan dan pengembangan lebih lanjut.

2.3.4 Dokumentasi dan pelaporan yang berkualitas (Potter & Perry's 2001,)

Kualitas dokumentasi dan pelaporan penting untuk efisiensi sistem *patient care*. Dokumentasi dan sistem pelaporan yang berkualitas harus mengikuti kaidah-kaidah:

2.3.4.1 Faktual, catatan berisi deskripsi informasi yang obyektif tentang apa yang perawat lihat, dengar, rasakan. Deskripsi yang obyektif adalah merupakan hasil dari observasi langsung dan terukur.

2.3.4.2 Akurat, pemakaian alat ukur yang pasti merupakan pencatatan yang akurat. Perawat harus memberikan deskripsi yang jelas.

2.3.4.3 Komplit atau lengkap, informasi yang dicatat atau dilaporkan membutuhkan kelengkapan, isi yang konsisten, tentang perkembangan pasien,

2.3.4.4 Ketepatan waktu, waktu pemasukan data penting dalam keakuratan perawatan pasien.

2.3.4.5 Terorganisir, komunikasi dan informasi perawat harus terorganisir. Bagaimana perawat mendeskripsikan hasil pengkajiannya.

2.3.5 Dokumentasi berbasis komputer

Rekaman data kesehatan komputer klien adalah sekumpulan informasi kesehatan yang bersifat personal bagi masing-masing individu, dimasukkan atau diterima oleh penyedia jasa kesehatan, atau sistem elektronik yang dijual dengan keamanan yang baik (College of Registered Nurses of British Columbia, 2007).

Dokumentasi keperawatan dengan menggunakan komputer haruslah komprehensif, akurat, tepat waktu, serta jelas teridentifikasi siapa yang memberikan pelayanan keperawatan, sama dengan sistem dokumentasi

tradisional berbasis catatan menggunakan kertas (College of Nurses of Ontario, 2002). Dokumentasi asuhan keperawatan dengan berbasis sistem komputer, memungkinkan staf keperawatan dapat membuat rencana perawatan lebih mudah, sesuai dengan masing-masing klien, sesuai dengan kebutuhan, dapat membuat evaluasi dan pembaharuan data kapanpun, dan menampilkan data yang spesifik sesuai dengan diagnosa keperawatan yang muncul. (Kozier, 1995)

2.3.6 Tahapan Proses Keperawatan

Dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan dengan pencatatan sesuai dengan tahapan proses keperawatan yang meliputi, pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi serta evaluasi. Tahapan-tahapan tersebut akan dibahas selanjutnya sebagai berikut (Fischbach, 1991, Rosalinda Alfaro, 1998, Carpenito, 1999):

2.3.6.1 Pengkajian

Tahap ini merupakan awal dari proses keperawatan, merupakan fase pengumpulan data. Tahap pengkajian memerlukan kecermatan dan ketelitian untuk mengenal masalah. Keberhasilan proses keperawatan berikutnya sangat bergantung pada tahapan ini. Dokumentasi pada tahapan ini akan diperoleh data subyektif dari keluhan pasien serta data obyektif hasil pemeriksaan perawat. Selain itu akan diperoleh data tentang klien, keluarga maupun kelompok yang terkait. Perawat memperoleh data ini melalui wawancara, observasi dan pemeriksaan.

2.3.6.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan menggambarkan fase dimana perawat mengambil suatu keputusan tentang masalah pasien. Pada fase ini, perawat menggunakan cara berpikir kritis untuk menginterpretasikan data hasil pengkajian dan mengidentifikasi kekuatan dan masalah klien. Data pasien yang sudah terkumpul, selanjutnya data-data tersebut dipisah-pisahkan kedalam kelompok-kelompok tertentu. Data yang sudah dikelompokkan selanjutnya ditarik suatu

kesimpulan sebagai masalah pasien. Kunci keakuratan dalam fase atau tahapan ini yaitu adanya identifikasi masalah, kemudian mencari etiologi atau penyebab masalah tersebut muncul dan berikutnya menemukan tanda atau gejala yang menyertai masalah itu muncul.

2.3.6.3 Rencana Intervensi

Perencanaan merupakan fase mengorganisasikan rencana keperawatan. Perencanaan keperawatan adalah penyusunan rencana tindakan keperawatan yang akan dilaksanakan, untuk menanggulangi masalah sesuai dengan diagnosis keperawatan yang telah ditentukan. Tujuan perencanaan keperawatan adalah terpenuhinya kebutuhan pasien. Kegiatan perawat pada tahapan ini termasuk membuat prioritas masalah yang akan diselesaikan, kemudian menetapkan tujuan dari masing-masing masalah beserta kriteria waktunya, serta menyusun metode yang akan digunakan untuk menyelesaikan masalah tersebut.

2.3.6.4 Implementasi

Tindakan keperawatan adalah pelaksanaan rencana tindakan yang telah ditentukan, dengan maksud agar kebutuhan pasien terpenuhi secara optimal. Tindakan keperawatan dapat dilaksanakan sebagian oleh pasien sendiri, oleh perawat secara mandiri, atau mungkin dilakukan secara bekerjasama dengan anggota tim kesehatan lain, misalnya ahli gizi dan fisioterapi.

2.3.6.5 Evaluasi

Evaluasi adalah proses penilaian pencapaian tujuan serta pengkajian ulang rencana keperawatan. Evaluasi ini bertujuan untuk menilai efektifitas tindakan keperawatan yang telah dilakukan dengan mengobservasi kemajuan pasien, menentukan kemampuan pasien dalam mencapai tujuan yang telah ditentukan, serta menilai aktivitas rencana keperawatan dan strategi asuhan keperawatan.

2.4 Karakteristik perawat

Karakteristik perawat yang dapat mempengaruhi kinerja seseorang diantaranya:

2.4.1 Usia

Menurut Robbins (2001) ada keyakinan bahwa kinerja merosot dengan meningkatnya usia. Namun di sisi lain ada sejumlah kualitas positif yang dibawa orang tua ke dalam pekerjaan perawat, khususnya pengalaman, pertimbangan, etika kerja yang kuat, dan komitmen terhadap mutu.

Hasil penelitian Hariyati (1999) menyebutkan bahwa perawat yang mempunyai usia lebih dari 30 tahun mempunyai kualitas dokumentasi asuhan keperawatan yang lebih baik daripada perawat yang berusia kurang dari 30 tahun.

2.4.2 Jenis Kelamin

Tidak ada perbedaan yang konsisten pria dan wanita yang mempengaruhi kinerja, Robbins (2001). Satu masalah yang nampaknya membedakan antar jenis kelamin, khususnya saat karyawan mempunyai anak prasekolah, adalah pemilihan atas jadwal kerja. Ibu-ibu yang bekerja lebih mungkin untuk memilih pekerjaan paruh waktu, jadwal kerja yang fleksibel, dan telekomuting (membawa pekerjaan ke rumah)

Menurut Sugiarti (1996) dalam penelitiannya menyebutkan perawat wanita memiliki dokumentasi keperawatan yang lebih baik daripada perawat laki-laki.

2.4.3 Masa kerja

Robbins (2001) mengatakan bahwa ada hubungan positif antara senioritas dan produktivitas kerja. Semakin lama seseorang bekerja maka produktivitasnya semakin tinggi. Robbins (2001) juga berpendapat bahwa semakin lama masa kerja seseorang akan semakin kecil kemungkinan orang tersebut berpindah pekerjaan.

Lusianah (2008), setiap penambahan masa kerja 1 tahun maka kualitas dokumentasi asuhan keperawatan akan meningkat 0,91 setelah dikontrol oleh variabel motivasi kebutuhan berkuasa, kebutuhan afiliasi, kebutuhan berprestasi, supervisi, pendidikan, pengetahuan, dan pelatihan. Sementara Sugiarti (1996) menyampaikan perawat yang memiliki masa kerja lebih dari 7 tahun mempunyai dokumentasi keperawatan lebih baik daripada dibanding perawat yang mempunyai masa kerja kurang dari 7 tahun.

2.4.4 Pendidikan

Pendidikan (formal) di dalam suatu organisasi adalah suatu proses pengembangan kemampuan ke arah yang diinginkan oleh organisasi yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2009). Hasil penelitian Lusianah (2008) mengatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dan kualitas dokumentasi keperawatan, dan kualitas dokumentasi keperawatan akan meningkat 5,84 pada perawat dengan pendidikan Akper daripada perawat yang berpendidikan SPK setelah dikontrol oleh variabel motivasi kebutuhan berkuasa, afiliasi, kebutuhan berprestasi, variabel supervisi, pelatihan, masa kerja dan pengetahuan.

2.3.5 Pelatihan

Pelatihan (*training*) adalah merupakan bagian dari suatu proses pendidikan, yang tujuannya untuk meningkatkan kemampuan atau ketrampilan khusus seseorang atau kelompok orang. (Notoatmodjo, 2009).

Lusianah (2008) menyebutkan kualitas dokumentasi proses keperawatan akan meningkat sebesar 1,60 pada perawat yang pernah mengikuti pelatihan daripada yang tidak mengikuti pelatihan setelah dikontrol oleh variabel motivasi kebutuhan berkuasa, afiliasi, berprestasi, variabel supervisi, pendidikan, masa kerja dan pengetahuan.

BAB 3

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL

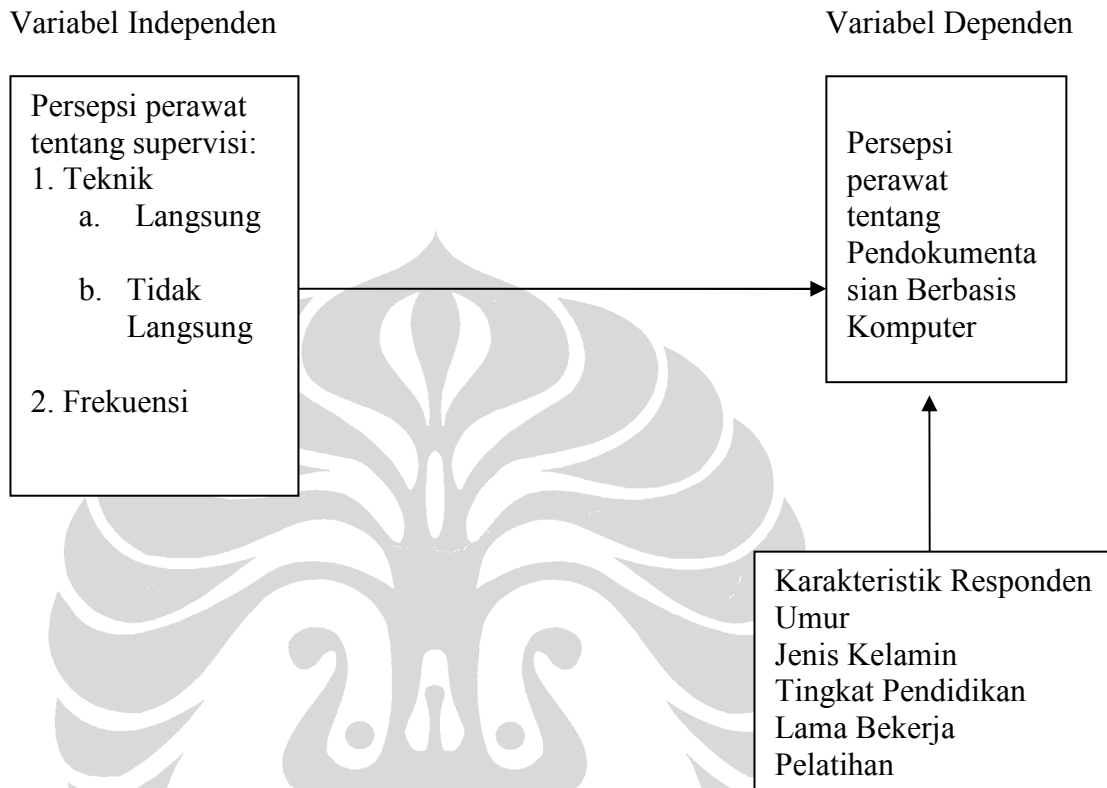
Bab III berisi tentang kerangka konsep, hipotesis, dan definisi operasional. Kerangka konsep adalah gambaran kerangka atau batasan dalam penelitian ini. Hipotesis adalah dugaan atau hipotesis yang dibuat oleh peneliti. Sedangkan definisi operasional adalah keterangan, definisi dari semua variabel yang terlibat dalam penelitian baik variabel dependen maupun variabel independen.

3.1 Kerangka Konsep

Kerangka konsep pada penelitian ini didasarkan pada teori Bittel (1987), Gilles (2001), , Potter Perry's (2001), Rosalinda (1998). Supervisi merupakan variabel yang penting bagi peningkatan kemampuan perawat dalam hal ini pendokumentasian asuhan keperawatan. Menurut Gilles (2001) supervisi dapat dilaksanakan dengan teknik pendampingan selama perawat pelaksana memberikan asuhan keperawatan termasuk pada saat melakukan pendokumentasian proses keperawatan. Selain itu supervisi dapat dilaksanakan dengan melakukan evaluasi terhadap hasil pelaksanaan asuhan keperawatan dengan melihat dokumentasi yang telah dilaksanakan oleh perawat pelaksana. Menurut Bittel (1987) supervisi dilaksanakan secara teratur dan berkesinambungan dan pada waktu-waktu tertentu. Kegiatan supervisi dapat dilaksanakan sebelum memulai aktivitas, selama aktivitas berlangsung atau setelah pekerjaan selesai di akhir shift. Dokumentasi asuhan keperawatan sebagai salah satu indikator mutu pelayanan kesehatan rumah sakit. Dokumentasi yang berkualitas harus mengikuti kaidah-kaidah faktusl, akurat, lengkap dan tepat waktu.

Hubungan antara variabel dependen dan variabel independen dalam penelitian ini dapat dilihat pada skema 3.1

Skema 3.1 Kerangka Konsep



3.2 Hipotesis

Berdasarkan rumusan tujuan dan pertanyaan penelitian, maka dapat dirumuskan hipotesis penelitian ini sebagai berikut,

3.2.1 Hipotesis Mayor

Ada hubungan antara supervisi dengan pendokumentasian berbasis komputer yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana

3.2.2 Hipotesis Minor

3.2.2.1 Ada hubungan antara karakteristik individu dengan pendokumentasian berbasis komputer yang dipersepsikan perawat pelaksana

3.2.2.2 Ada hubungan antara supervisi dengan pendokumentasian berbasis komputer yang dipersepsikan perawat pelaksana

3.2.2.3 Ada hubungan antara teknik supervisi dengan pendokumentasian berbasis komputer yang dipersepsikan perawat pelaksana

3.2.2.4 Ada hubungan antara frekuensi supervisi dengan pendokumentasian berbasis komputer yang dipersepsikan perawat pelaksana

3.3 Definisi Operasional

Tabel 3.1
Definisi Operasional Variabel Penelitian

No	Variabel/ Sub Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
A	Independen				
1	Teknik Supervisi	Persepsi perawat terhadap supervisi yang dilaksanakan oleh kepala ruang dan ketua tim	Kuesioner B. Yang terdiri dari 30 pernyataan, dengan nilai minimal 44 dan nilai maksimal 120 Ket: 1: tidak pernah 2 : kadang-kadang 3 : sering 4 : selalu	<i>Cut of Point</i> Menggunakan mean karena data terdistribusi normal. Mean = 85,51 1= Teknik supervisi kurang (< mean) 2= Teknik supervisi baik \geq mean)	Ordinal
a.	Supervisi Langsung	Persepsi perawat terhadap supervisi yang langsung dilakukan oleh kepala ruangan dan ketua tim yang dapat dirasakan oleh perawat pelaksana, yaitu observasi, pemberian contoh, pendampingan saat melaksanakan tindakan	Kuesioner B, yang terdiri dari 20 pernyataan dengan supervisi langsung pernyataan no: 1,2,3,6,7,8,9,11, 12,15,16,18,21,2 2,23,25,27,28,30 Ket: 1: tidak pernah 2 : kadang-kadang 3 : sering 4 : selalu	<i>Cut of Point</i> Menggunakan mean. Mean=85,51 1= Teknik supervisi kurang (< mean) 2= Teknik supervisi baik \geq mean)	Ordinal

No	Variabel/ Sub Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
b.	Supervisi Tidak Langsung	Persepsi perawat terhadap supervisi yang dilakukan secara tidak langsung oleh kepala ruangan dan ketua tim terhadap perawat pelaksana, yaitu laporan ketua tim, masukan pada saat pre conference dan post conference	Kuesioner B. Yang terdiri dari 10 pernyataan, yang terkait dengan pernyataan supervisi tidak langsung adalah pernyataan no: 4,5,10,14,17,19, 20,24,26,29 Ket: 1: tidak pernah 2 : kadang-kadang 3 : sering 4 : selalu	<i>Cut of Point</i> Menggunakan mean. Mean= 85,51 1= Teknik supervisi kurang (< mean) 2= Teknik supervisi baik (\geq mean)	Ordinal
2.	Frekuensi Supervisi	Persepsi perawat pelaksana tentang waktu pelaksanaan supervisi yang meliputi pre conference, selama implementasi dan post conference	Kuesioner C. Yang terdiri dari 10 pernyataan dengan nilai minimal 21 dan maksimal 40 Ket: 1: tidak pernah 2 : kadang-kadang 3 : sering 4 : selalu	<i>Cut of Point</i> Menggunakan mean karena data terdistribusi normal. Mean = 30,60 1= Frekuensi supervisi kurang (< mean) 2= Frekuensi supervisi baik (\geq mean)	Ordinal
B.	Dependen				
	Pendokumentasian Proses Keperawatan	Persepsi perawat pelaksana tentang pendokumentasian proses keperawatan berbasis komputer mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi	Kuesioner C, yang berisi 22 pernyataan. Nilai minimal 59 maks.88 Ket: 1: tidak pernah 2 : kadang-kadang 3 : sering 4 : selalu	<i>Cut of Point</i> Menggunakan mean. Karena terdistribusi normal. Mean = 76,60 1= Pendokumentasian berbasis komputer kurang (< mean) 2= Pendokumentasian proses keperawatan baik \geq mean)	Ordinal

No	Variabel/ Sub Variabel	Definisi Operasional	Alat ukur	Hasil ukur	Skala
C	Confounding				
1	Umur	Jumlah tahun sejak perawat lahir hingga ulang tahun terakhir.	Pertanyaan pada kuesioner A tentang biodata responden	Dalam tahun	Rasio
2	Jenis Kelamin	Identitas biologis	Pertanyaan Kuesioner A	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
3	Lama Bekerja	Lama bekerja di RSUD Banyumas sejak masuk hingga sekarang	Pertanyaan pada kuesioner A tentang biodata responden	Dalam tahun	Rasio
4	Tingkat Pendidikan	Pendidikan keperawatan formal terakhir yang sudah ditempuh	Pertanyaan pada kuesioner A	1. SPK 2. D III 3. S.1/Ners	Ordinal
5	Pelatihan Sistem Informasi Manajemen Keperawatan (SIMKEP)	Pelatihan SIMKEP yang diikuti oleh responden	Pertanyaan pada kuesioner A	1. Pernah 2. Belum pernah	Nominal
6	Terakhir Mengikuti pelatihan SIMKEP	Waktu terakhir perawat pelaksana mengikuti pelatihan SIMKEP	Pertanyaan pada kuesioner A	1. < 12 bulan 2. > 12 bulan	Ordinal

BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab IV menguraikan tentang metodologi penelitian meliputi desain penelitian yang digunakan, populasi dan sampel penelitian, tempat dan waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data dan rencana analisis data.

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan metode deskriptif korelasi. Penelitian ini ingin mengetahui hubungan antara supervisi dengan pendokumentasian proses keperawatan yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana. Pendekatan *Cross Sectional* karena pengukuran supervisi (variabel independen) dan dokumentasi keperawatan (variabel dependen) dilakukan secara bersama-sama untuk melihat adanya hubungan atau tidak diantara keduanya (Pollit dan Hungler, 2001)

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas obyek/ subyek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono 2008).

Populasi penelitian ini adalah semua perawat pelaksana di Instalasi Rawat Inap RSUD Banyumas yaitu sebanyak 178 orang. Instalasi Rawat Inap RSUD Banyumas memiliki 15 ruang rawat inap, dari 15 ruang rawat inap tersebut 3 ruangan digunakan untuk uji validitas dan 12 ruang rawat inap digunakan untuk penelitian.

4.2.1.1 Sampel

Menurut Sugiyono (2008), sampel merupakan bagian dari jumlah karakteristik yang dimiliki oleh populasi. Sedangkan menurut Arikunto (2006), sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang akan diteliti. Perhitungan sampel pada penelitian ini adalah menggunakan rumus sebagai berikut (Lemeshow,2007)

$$n = \frac{Z_{1-1/2\alpha} \sqrt{P_0 (1-P_0)} + Z_{1-\beta} \sqrt{P_a (1-P_a)^2}}{(P_a - P_0)^2}$$

Keterangan :

- n : Jumlah sampel yang dibutuhkan
- Z : Derajat kepercayaan (95%)
- P₀ : Proporsi supervisi pada penelitian sebelumnya (Lusianah, 2008) (0,6)
- P_a : Proporsi supervisi yang diharapkan (0,8)

Dengan perhitungan diatas maka sampel yang digunakan sebanyak 64 orang, dan untuk mengantisipasi adanya responden yang *drop out* maka ada penambahan sebesar 10% atau 6 orang sehingga total sampel menjadi 70 orang.

Teknik pemilihan responden dengan sampel 70 orang dari populasi sejumlah 178 orang yaitu dengan menggunakan teknik *purposive sampling*. Pemilihan ini berdasar pada sebaran perawat yang ada di 12 ruang rawat inap, sehingga masing-masing ruangan dapat terwakili. Kemudian setelah mengetahui jumlah sampel untuk setiap ruangrawat inap maka dipilih secara acak sesuai dengan criteria inklusi yang sudah ditetapkan. Jumlah seluruh perawat di Instalasi Rawat Inap adalah 178 orang yang terbagi dalam 15 ruang rawat inap. Tiga ruangan digunakan untuk uji validitas, sehingga tidak digunakan lagi dalam pengambilan sampel penelitian. Ruang yang digunakan untuk uji validitas adalah ruang Cempaka, Dahlia, dan Wijayakusuma II. Jumlah responden potensial yang digunakan untuk penelitian menjadi 142 orang dalam 12 ruangan. Sebaran

responden berdasarkan ruang rawat dan proporsi jumlah sampel ditampilkan pada tabel 4.1:

Tabel 4.1
Proporsi Jumlah Sampel Menurut Ruang RSUD Banyumas Tahun 2010

No	Ruangan	Jumlah Perawat	Jumlah Sampel
1	Anggrek	12	6
2	Bougenvile	12	6
3	Edelweis	11	5
4	Flamboyan	12	6
5	Gardena	12	6
6	Kanthil	12	6
7	Perinatologi	12	6
8	Melati	12	6
9	Unit Stroke	11	5
10	Samiaji	12	6
11	Yudistira	12	6
12	Wijayakusuma I	12	6
	Jumlah	142	70

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- a. Perawat pelaksana yang telah bekerja lebih dari 6 bulan
- b. Tidak sedang cuti lebih dari satu bulan
- c. Tidak sedang tugas belajar yang meninggalkan rumah sakit
- d. Sudah pernah mengikuti pelatihan SIMKEP

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Instalasi Rawat Inap RSUD Banyumas, Propinsi Jawa Tengah. RSUD Banyumas adalah salah satu rumah sakit yang sudah menggunakan sistem pendokumentasian asuhan keperawatan berbasis komputer, dimana diharapkan proses pendokumentasian lebih terstruktur dan lebih baik, serta belum ada penelitian sejenis yang dilaksanakan pada rumah sakit ini.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan pada bulan Pebruari sampai dengan Juli 2010, dengan perincian waktu ada dalam lampiran 6.

Penelitian ini dilaksanakan setelah mendapat ijin dari Direktur RSUD Banyumas. Proses pengambilan data dilaksanakan pada tanggal 4 - 14 Juni 2010.

4.5 Etika Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain *cross sectional*, sehingga tidak dilakukan intervensi terhadap subyek penelitian. Penelitian dilaksanakan setelah mendapat ijin dari Direktur Rumah Sakit melalui surat rekomendasi dari bidang Diklitbang. Selanjutnya peneliti menemui kepala ruang untuk mengkoordinasikan penelitian yang akan dilakukan dan memilih responden yang sesuai dengan kriteria inklusi. Kemudian peneliti menemui responden untuk memberikan penjelasan tentang penelitian yang akan dilakukan dan memberi kesempatan kepada responden untuk menyetujui keikutsertaan dalam penelitian ini dengan memberikan tanda tangan pada lembar *informed consent*.

Pertimbangan etik menurut Pollit (2001) adalah Prinsip *Beneficience*, prinsip *beneficience* menjadi salah satu prinsip etik yang penting dalam riset. Prinsip ini mengutamakan prinsip kemanfaatan riset bagi responden. Dimensi etik pada prinsip ini meliputi kebebasan dari rasa sakit, atau tidak menyakiti dan prinsip kebebasan dari eksploitasi. Manfaat dari penelitian ini adalah untuk memacu kemampuan perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan khususnya dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. Prinsip kedua adalah *Respect for human dignity*, prinsip ini meliputi *right to self determination dan right to full disclosure*. *Right to self determination* artinya dalam penelitian ini responden terjamin haknya untuk mengikuti atau bersedia menjadi responden secara sukarela dan jika dalam proses penelitian responden mengundurkan diri maka hal itu diperbolehkan. Pada saat pengambilan data, peneliti member kesempatan kepada responden untuk mempelajari kuesioner, sehingga responden dapat menentukan

apakah bersedia ikut serta dalam penelitian atau tidak. Sedangkan makna dari *right to full disclosure* adalah peneliti menjelaskan secara lengkap tentang penelitiannya baik risiko maupun keuntungannya. Peneliti menjelaskan secara lengkap tujuan penelitian, dan juga keuntungannya bagi responden.

Prinsip etik yang ketiga adalah prinsip keadilan yang meliputi *right to fair treatment* dan *right to privacy*. Prinsip didasarkan pada keadilan, individu yang merupakan subyek penelitian harus diberikan perlakuan yang adil, semua responden mendapat hak yang sama, baik sebelum, selama dan setelah penelitian. Sementara itu untuk prinsip hak memperoleh *privacy* atau adanya jaminan tentang kerahasiaan (*anonymity*), juga harus diperoleh responden secara keseluruhan. Pada saat proses pengambilan data kuesioner yang dibagikan telah diberi kode terlebih dahulu untuk merahasiakan nama responden. Perawat pelaksana yang bersedia menjadi responden di minta kesediaanya secara tertulis dengan menandatangani *informed consent*.

4.6 Alat Pengumpul Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner. Alat pengumpulan data pada penelitian ini terdiri dari 4 kuesioner yaitu kuesioner A yang berisi pertanyaan tentang biodata responden. Data tentang supervisi langsung dan data tentang supervisi tidak langsung diperoleh dengan menggunakan kuesioner B, kemudian untuk mendapatkan data tentang frekuensi supervisi yang diterima oleh perawat pelaksana digunakan kuesioner C, sedangkan data mengenai persepsi perawat tentang pendokumentasian proses keperawatan diperoleh dengan kuisisioner D. Kuesioner B dan C merupakan kuesioner yang disusun oleh peneliti yang merupakan modifikasi berdasarkan penelitian terdahulu yaitu Rostiana (2006), Wiyana (2008). Sedangkan untuk kuesioner D disusun peneliti sendiri dengan berdasar penilaian mutu asuhan keperawatan dari Depkes RI (1995).

Kuesioner B tentang supervisi terdiri dari 30 pernyataan, yang berisi pernyataan tentang teknik supervisi yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana. Pernyataan tersebut terbagi dalam dua bagian yaitu tentang teknik supervisi langsung dan

supervisi tidak langsung. Pernyataan tentang supervisi langsung terdapat pada kuesioner B, yaitu pada nomor 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 15, 16, 18, 21, 22, 23, 25, 27, 28, 30. Sedangkan untuk pernyataan yang menggambarkan teknik supervisi tidak langsung adalah nomor 4, 5, 10, 14, 17, 19, 20, 24, 26, 29.

Kuesioner C digunakan untuk mencari data tentang frekuensi dan waktu supervisi yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana. Pernyataan pada kuesioner ini terdiri 10 pernyataan dan terdiri dari tiga bagian yaitu pernyataan tentang pre conference ada pada nomor 1, 2, 3, 4, pada saat tindakan keperawatan yaitu pada nomor 5, 6, 7, dan post conference atau timbang terima akhir *shift* pada nomor 8, 9, dan 10.

Kuesioner D digunakan untuk mendapatkan data tentang persepsi perawat tentang pendokumentasian proses keperawatan yang terdiri dari 22 pernyataan. Pernyataan tersebut disesuaikan dengan tahapan proses keperawatan sehingga terdiri dari lima bagian. Tahap pengkajian ada pada pernyataan nomor 1, 2, 3, 4, 5. Tahap diagnosa keperawatan ada pada pernyataan nomor 6, 7, 8. Tahap perencanaan ada pada pernyataan nomor 9, 10, 11, 12, 13, 14. Kemudian tahap pelaksanaan atau implementasi ada pada pernyataan nomor 15, 16, 17, 18. Sedangkan pernyataan untuk tahap evaluasi ada pada pernyataan nomor 19, 20, 21 dan 22 .

Kuesioner yang digunakan sebagai alat pengumpul data pada penelitian ini dilakukan pengujian atas validitas dan reliabilitasnya. Hal ini dilakukan dengan tujuan agar penelitian yang dilakukan hendaknya mendapatkan data yang valid. Data yang valid akan menjamin hasil penelitian yang terjamin validitasnya.

4.7 Hasil Uji Validitas

Uji validitas dan uji reliabilitas pada penelitian ini dilaksanakan pada tempat yang sama dengan tempat penelitian. Alasan digunakannya tempat yang sama, karena peneliti tidak menemukan rumah sakit dengan karakteristik yang sama dengan

RSUD Banyumas yaitu menggunakan sistem informasi keperawatan berbasis komputer untuk dokumentasi asuhan keperawatannya, mulai dari pengkajian hingga pencatatan evaluasi tindakan keperawatan.

Uji coba dilakukan pada instrumen B, C, dan D yang dilaksanakan kepada 20 perawat pelaksana. Uji coba instrumen dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas pada ruang Campaka, Dahlia, dan Wijayakusuma II, pada tanggal 4 - 6 Juni 2010.

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

$$r = \frac{N\Sigma XY - (\Sigma X)(\Sigma Y)}{\sqrt{N\Sigma X^2 - (\Sigma X)^2} \sqrt{N\Sigma Y^2 - (\Sigma Y)^2}}$$

Jika dari hasil perhitungan didapatkan hasil r hitung $>$ r tabel maka butir instrumen dianggap valid, namun sebaliknya jika r hitung $<$ r tabel maka dianggap tidak valid sehingga instrumen tidak dapat digunakan dalam penelitian atau direvisi pernyataannya.

Setelah dilakukan uji validitas kemudian dilakukan uji reliabilitas terhadap instrumen yang bertujuan untuk mengetahui konsistensi dari instrumen yang digunakan sebagai alat ukur. Uji reliabilitas menggunakan koefisien alpha Cronbach yaitu dengan membandingkan r alpha dengan r tabel. Jika r alpha $>$ r tabel maka dikatakan bahwa pernyataan tersebut reliabel. Pernyataan yang reliabel dapat digunakan dalam butir-butir pernyataan instrumen penelitian.

Hasil uji validitas untuk kuesioner B adalah tentang teknik supervisi dengan menggunakan korelasi product moment dengan r tabel 0,444 dan menggunakan alpha cronbach untuk mengetahui reliabilitas instrumen. Pernyataan yang tidak valid pada kuesioner ini adalah pernyataan nomor 4 ($r=0,320$), 17 ($r=0,270$), 18 ($r=0,433$), 25 ($r=0,322$), 26 ($r=0,419$). Item pernyataan yang tidak valid dilakukan

perbaikan pada redaksi kalimatnya, sehingga pernyataan untuk teknik supervisi tetap 30 pernyataan.

Hasil uji coba pada kuesioner C tentang frekuensi supervisi menunjukkan semua pernyataan valid dengan r lebih dari 0,444.

Hasil uji coba pada kuesioner D tentang pendokumentasian proses keperawatan menunjukkan bahwa pernyataan yang memiliki r lebih kecil dari r tabel adalah pernyataan nomor 1, 3, 6, 7, 10, 11, 12, dan 15. Pernyataan-pernyataan yang memiliki r lebih kecil dari r tabel kemudian direvisi atau diperbaiki redaksinya.

Pernyataan yang direvisi tidak dilakukan ujicoba ulang namun dilakukan dengan cara *expert judgment* artinya butir-butir pernyataan instrumen ditelaah oleh orang yang ahli dalam hal ini pembimbing pada tanggal 9 Juni 2010 mengingat pernyataan tersebut sangat substansi sehingga hanya dilakukan perbaikan kalimat agar tidak hilang maknanya.

Validitas adalah suatu pengukuran bergantung pada instrumen yang digunakan, jenis informasi yang akan disaring, populasi tempat instrumen digunakan, pengaruh kriteria terhadap interpretasi validitas instrumen. Menurut Hamid (2007) menyampaikan ada tiga jenis utama validitas, yaitu validitas isi, validitas kriteria dan validitas konstruk.

4.7.1 Validitas Isi (*content validity*)

Validitas isi adalah seberapa baik materi instrumen mewakili semua materi yang seharusnya dimasukkan, dan seberapa jauh metode pengukuran mencakup elemen utama yang relevan dengan konstruk yang diukur. Validitas isi terutama sangat penting untuk mengukur suatu keberhasilan atau pencapaian dan kecakapan, serta seberapa pengukuran melalui observasi. Fakta terkait validitas isi dapat diperoleh melalui tiga sumber yaitu literatur, wakil dari populasi yang relevan dan pakar isi.

Penyusunan instrumen penelitian ini dilakukan dengan memperhatikan bahasa dan penggunaan susunan kata-kata yang baik sehingga memiliki validitas isi. Uji validitas dalam penelitian ini diminta penilaian atau pendapat dari pembimbing yang mempunyai kompetensi untuk menilai item pertanyaan kuesioner sesuai dengan aspek yang diteliti.

4.7.2 Validitas Kriteria (*criteria referenced*)

Validitas kriteria menunjukkan seberapa baik instrumen yang berhubungan dengan beberapa kriteria eksternal. Validitas kriteria ini penting dalam memprediksi suatu penelitian, terutama dalam mengidentifikasi variabel kontrol yang utama pada suatu penelitian, serta prediktor pada analisis regresi atau analisis, "covariance". Jadi validitas yang berhubungan dengan kriteria adalah pengkajian yang dilakukan dengan membandingkan nilai test atau skala dengan satu atau lebih dari satu variabel eksternal, atau kriteria yang diyakini untuk mengukur karakteristik atau atribut dalam penelitian berhubungan dengan materi instrumen mewakili instrumen yang seharusnya dimasukkan.

4.7.3 Validitas konstruk (*construct validity*)

Validitas konstruk bertujuan memastikan seberapa baik instrumen mengukur konsep teoritis yang disebut konstruk atau sifat, yang digunakan untuk menjelaskan suatu perilaku yang diwakili dalam instrumen. Validitas konstruk yang menjadi fokus adalah *property* yang diukur, bukan instrumen yang digunakan untuk mengukur. Oleh karena itu, validitas konstruk penting untuk membuat kesimpulan tentang penampilan yang terdapat pada kumpulan item dalam instrumen.

4.8 Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah suatu pengukuran yang menunjukkan sejauh mana hasil pengukuran tetap konsisten bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama (Hamid, 2007). Uji

reliabilitas dilakukan setelah hasil uji validitas kuesioner uji coba valid. Caranya dengan membandingkan r hasil dengan r tabel. Pada uji ini nilai r hasil adalah nilai alpha Cronbach. Jika $r \alpha \geq 0,6$ artinya variabel reliabel, tetapi bila $< 0,6$, artinya variabel tidak reliabel (Hastono, 2007). Sedangkan jika r alpha lebih rendah dari 0,8 perlu mendapat perhatian, dan jika r alpha $> 0,90$ lebih diharapkan (Hamid, 2007).

4.9 Prosedur Pengumpulan Data

Sebelum dilakukan pengumpulan data, peneliti mengikuti prosedur pengumpulan data sebagai berikut:

4.9.1 Prosedur administrasi

4.9.1.1 Peneliti menyampaikan surat permohonan penelitian kepada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia untuk memperoleh keterangan lolos kaji etik. (Surat ada pada lampiran 4)

4.9.1.2 Peneliti mengajukan ijin untuk melakukan penelitian kepada RSUD Banyumas (Surat ada pada lampiran 3)

4.9.1.3 Peneliti melakukan sosialisasi rencana penelitian di depan manajemen maupun profesi kesehatan, petugas dan unit yang terkait dengan proses penelitian

4.9.2 Prosedur teknis

4.9.2.1 Peneliti memperkenalkan diri kepada kepala ruangan dan menjelaskan tentang tujuan penelitian

4.9.2.2 Dengan bantuan kepala ruangan peneliti menemui responden yang telah ditentukan.

4.9.2.3 Peneliti memberi kode pada setiap kuesioner sesuai dengan ruangan dan urutan pengambilan data kemudian menyerahkan kuesioner dan memberi penjelasan kepada responden

4.9.2.4 Responden diminta untuk mempelajari kuesioner dan diberi kesempatan bertanya jika ada yang belum jelas

- 4.9.2.5 Peneliti meminta kesediaan perawat pelaksana untuk menjadi responden penelitian, dan menandatangani informed consent
- 4.9.2.6 Peneliti meminta responden untuk mengisi pertanyaan dalam bentuk kuesioner tentang supervisi yang dilakukan oleh kepala ruangan, serta persepsi perawat tentang pendokumentasian proses keperawatan
- 4.9.2.7 Setelah selesai kuesioner dikumpulkan dan peneliti melakukan pengecekan. Jika ada yang belum lengkap maka langsung dilakukan konfirmasi terhadap responden

4.10 Pengolahan dan Analisis Data

4.10.1 Pengolahan Data

Setelah data terkumpul maka selanjutnya dilakukan pengolahan data yang meliputi *editing*, *coding*, *entry*, dan *cleaning*. *Editing* dilakukan untuk memastikan bahwa data yang diperoleh adalah lengkap terisi semua dan dapat dibaca dengan baik. Pada saat menemukan data yang belum lengkap maka dilakukan klarifikasi kepada responden untuk melengkapi datanya. Tahap kedua adalah *coding*, tiap nomor kuisisioner dilakukan koding pada lembar ceklist untuk memudahkan pada waktu memasukkan data. Koding disesuaikan dengan kategori yang sudah disusun dalam definisi operasional.

Tahap ketiga adalah *data entry* yaitu data dimasukkan dalam lembar rekap ceklist untuk selanjutnya data-data yang telah terkumpul tersebut dimasukkan ke dalam program analisa data menggunakan komputer. Selanjutnya data *cleaning* dilakukan untuk memastikan data yang dimasukkan tidak terdapat kesalahan. Setelah dipastikan data dimasukkan dengan benar, maka dapat dilanjutkan ke tahap analisa data menggunakan program analisa data menggunakan komputer

4.10.2 Analisis Data

Analisis data yang dilakukan berupa analisis univariat, bivariat dan multivariat, masing-masing analisis tersebut akan diuraikan pada penjelasan berikut ini:

4.10.2.1 Analisis Univariat

Analisis univariat mempunyai tujuan untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Bentuk analisa tergantung dari jenis datanya. Jika datanya numerik maka digunakan nilai mean (rata-rata), median dan standar deviasi, sedangkan untuk data kategorik maka hanya dapat menjelaskan angka/nilai jumlah dan presentase masing-masing kelompok (Hastono, 2007)

Pada penelitian ini variabel yang menggunakan data numerik yaitu umur dan lama kerja maka analisis univariatnya digunakan nilai mean, median, standar deviasi, seras nilai minimal dan maksimal. Sedangkan variabel penelitian yang menggunakan data kategorik yaitu jenis kelamin, pendidikan, pelatihan dan waktu pelatihan serta teknik supervisi, frekuensi supervisi dan pendokumentasian proses keperawatan. Hasil analisis univariat untuk data bentuk kategorik hasil analisisnya akan disajikan dalam bentuk proporsi berupa distribusi frekuensi.

4.10.2.2 Analisis Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mendapatkan nilai kemaknaan hubungan (korelasi) antara variabel independen dengan variabel dependen. Uji statistik yang digunakan tergantung pada jenis data yang dianalisis. Berdasarkan variabel dalam penelitian ini maka uji statistik bivariat yang akan dilakukan adalah sebagai berikut:

Tabel 4. 2
 Analisis uji statistik variabel penelitian hubungan supervisi dengan pendokumentasian berbasis komputer yang dipersepsikan perawat pelaksana di Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas

No	Variabel Independen/ Confounding	Skala	Variabel Dependen	Skala	Uji Statistik
1	Umur	Rasio	Dokumentasi Keperawatan	Ordinal	<i>t Independent test</i>
2	Pendidikan	Ordinal	Dokumentasi Keperawatan	Ordinal	<i>Chi Square</i>
3	Lama Bekerja	Rasio	Dokumentasi Keperawatan	Ordinal	<i>t Independent test</i>
4	Jenis Kelamin	Nominal	Dokumentasi Keperawatan	Ordinal	<i>Chi Square</i>
5	Pelatihan	Ordinal	Dokumentasi Keperawatan	Ordinal	<i>Chi Square</i>
6	Waktu Pelatihan	Ordinal	Dokumentasi Keperawatan	Ordinal	<i>Chi Square</i>
7	Teknik Supervisi	Ordinal	Dokumentasi Keperawatan	Ordinal	<i>Chi Square</i>
8	Frekuensi Supervisi	Ordinal	Dokumentasi Keperawatan	Ordinal	<i>Chi Square</i>

4.10.2.3 Analisis Multivariat

Menurut Hastono (2007) analisis multivariat bertujuan untuk menentukan variabel atau subvariabel yang paling dominan berhubungan dengan variabel dependen. Analisis multivariat dilaksanakan dengan cara melakukan uji atau menghubungkan variabel independen yang memiliki hubungan dengan variabel dependen secara bersama-sama.

Analisis multivariat dalam penelitian ini meliputi analisis variabel independen supervisi dan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan sebagai variabel dependen. Analisis yang digunakan adalah uji regresi logistik ganda model prediksi. Uji ini bertujuan untuk memperoleh model yang terdiri dari beberapa variabel yang dianggap terbaik untuk

memprediksi kejadian variabel dependen (Hastono, (2007)). Pada pemodelan ini semua variabel dianggap penting sehingga estimasi dapat dilakukan estimasi beberapa koefisien regresi logistik sekaligus. Lebih lanjut, prosedur permodelannya adalah sebagai berikut:

Melakukan analisis bivariat antara masing-masing variabel independen dengan variabel dependennya. Bila hasil uji bivariat mempunyai nilai $p < 0,25$, maka variabel tersebut dapat masuk model multivariat. Namun bisa saja $p > 0,25$ tetap diikutkan ke multivariat bila variabel tersebut secara substansi penting.

Memilih variabel yang dianggap penting yang masuk dalam model, dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai p value $< 0,05$ dan mengeluarkan variabel yang p valuenya $> 0,05$, namun dilakukan secara bertahap dimulai dari variabel yang mempunyai p value terbesar.

Identifikasi linearitas variabel numerik dengan tujuan untuk menentukan apakah variabel numerik dijadikan variabel kategorik atau tetap numerik. Caranya dengan mengelompokkan variabel numerik ke dalam empat kelompok berdasarkan nilai kuartilnya. Kemudian lakukan analisis logistik dan dihitung nilai OR-nya. Bila kurang dari satu sebagai faktor pencegahan sedangkan bila lebih dari satu sebagai faktor resiko. Bila nilai OR masing-masing kelompok menunjukkan bentuk garis lurus, maka variabel numerik dapat dipertahankan. Namun bila hasilnya menunjukkan adanya patahan, maka dapat dipertimbangkan dirubah dalam bentuk kategorik.

Setelah memperoleh model yang memuat variabel-variabel penting, maka langkah terakhir adalah memeriksa kemungkinan interaksi variabel ke dalam model. Penentuan variabel interaksi sebaiknya melalui pertimbangan logika substantif. Pengujian interaksi dilihat dari kemaknaan uji statistik. Bila variabelnya mempunyai nilai bermakna, maka variabel interaksi penting dimasukkan dalam model.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini akan disajikan hasil penelitian yang telah dilaksanakan pada tanggal 4 – 14 Juni 2010 di Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas. Penyajian hasil penelitian ini merupakan hasil analisis data dan disampaikan dalam bentuk analisis univariat, bivariat dan multivariat.

5.1 Hasil Penelitian dari Hasil Analisis Univariat

Penyajian analisis univariat terdiri dari distribusi frekuensi karakteristik individu, dan hasil pengukuran variabel dokumentasi keperawatan, teknik supervisi, serta frekuensi supervisi

5.1.1 Distribusi Karakteristik Individu

Karakteristik individu didapatkan dari hasil kuesioner A yang berisi biodata responden yang meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, lama bekerja, peltihan Sistem Informasi Manajemen Keperawatan (SIMKEP), dan kapan pelatihan SIMKEP diikuti. Gambaran umum responden dapat dilihat pada tabel 5.1 dan tabel 5.2 berikut ini.

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Penelitian
RSUD Banyumas Tahun 2010 (N=70)

Karakteristik	Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
Jenis Kelamin	Laki-laki	14	20
	Perempuan	56	80
Pendidikan	D III Keperawatan	69	98,6
	S 1 Keperawatan	1	1,4
Pelatihan SIMKEP	Sudah	70	100
	Belum	0	0
Waktu Pelatihan SIMKEP	< 12 bulan	30	42,9
	> 12 bulan	40	57,1

Tabel 5.1 menunjukkan dari 70 responden menunjukkan mayoaitas perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Banyumas berjenis kelamin perempuan (80%),

berpendidikan D III Keperawatan (98,6%). Selain itu semua responden sudah pernah mengikuti pelatihan SIMKEP (100%), dengan pembagian 42,9% mengikuti pelatihan < 12 bulan, dan 57,1% telah mengikuti pelatihan > 12 bulan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa mayoritas responden adalah perempuan dengan pendidikan D III Keperawatan.

Tabel 5.2
Rata-Rata Umur dan Lama Kerja Responden Penelitian RSUD Banyumas
Tahun 2010 (N=70)

Variabel	Mean Median	Standar Deviasi	Min	Max	95% CI
Umur	28,81 28,00	4,421	22	44	27,76 – 29,87
Lama Kerja	4,39 2,00	3,589	1	14	3,53 – 5,24

Dari table 5.2 didapatkan gambaran rata-rata umur responden adalah 28,81 tahun dengan standar deviasi 4,421 tahun. Umur minimum responden adalah 22 tahun dengan umur maksimal 44 tahun. Pada tingkat kepercayaan 95% didapatkan rata-rata umur responden berada pada 27,76 – 29,87 tahun. Rata-rata lama kerja responden ini adalah 4,39 thun dengan standar deviasi 3,569 tahun. Lama kerja minimum adalah 1 tahun dan maksimum 14 tahun. Pada tingkat kepercayaan 95% diketahui rata-rata lama kerja berada pada rentang 3,53- 5,24 tahun.

5.1.2 Variabel Penelitian

Pemaparan hasil penelitian pada bagian ini menggambarkan hasil dari variabel dependen yaitu pendokumentasian proses keperawatan serta variabel independen yang terdiri dari teknik supervisi dan frekuensi supervisi.

5.1.2.1 Pendokumentasian Berbasis Komputer

Tabel 5.3
Pendokumentasian Berbasis Komputer
Perawat RSUD Banyumas Tahun 2010 (N=70)

Pendokumentasian Proses Keperawatan	Frekuensi	Persentase (%)
Kurang	28	40
Baik	42	60
Total	70	100

Berdasar pada tabel pendokumentasian berbasis komputer di atas, responden yang mempersepsikan pendokumentasian baik sebesar 42 orang atau 60%, namun masih ada 40% responden yang mempersepsikan pendokumentasian kurang.

5.1.2.2 Teknik Supervisi

Tabel 5.4
Teknik Supervisi Perawat RSUD Banyumas Tahun 2010 (N=70)

Teknik Supervisi	Frekuensi	Persentase (%)
Kurang	34	48,6
Baik	36	51,4
Total	70	100

Tabel 5.4 diatas menunjukkan bahwa responden yang mempersepsikan tentang teknik supervisi yang baik sebesar 36 orang atau 51,4%, sedangkan responden yang mempersepsikan tentang supervisi yang kurang sebesar 48,6%.

5.1.2.3 Frekuensi Supervisi

Tabel 5.5
Frekuensi Supervisi yang dipersepsikan
Perawat RSUD Banyumas Tahun 2010 (N=70)

Frekuensi Supervisi	Frekuensi	Persentase (%)
Kurang	34	48,6
Baik	36	51,4
Total	70	100

Berdasarkan tabel 5.5 frekuensi supervisi diatas menggambarkan responden yang mempersepsikan tentang frekuensi supervisi yang kurang 34 orang atau 48,6%. Sedangkan responden yang mempersepsikan tentang frekuensi supervisi yang baik adalah 36 orang atau 51,4%.

5.1.2.4 Supervisi

Hasil analisis univariat variabel supervisi (teknik dan frekuensi) ditunjukkan melalui tabel 5.6 berikut ini:

Tabel 5.6
Supervisi yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana di RSUD Banyumas Tahun 2010 (N=70)

Supervisi	Frekuensi	Prosentase
Kurang	35	50
Baik	35	50

Tabel 5.6 menunjukkan responden yang mempersepsikan supervisi baik sebanyak 50%, dan responden yang mempersepsikan supervisi kurang masih 50% juga. Hal ini menggambarkan pelaksanaan supervisi di RSUD Banyumas masih belum baik.

5.2 Hasil Analisis Bivariat

5.2.1 Hubungan Karakteristik Responden dengan Pendokumentasian Berbasis Komputer

Hubungan karakteristik responden dengan pendokumentasian berbasis komputer tergambar dalam tabel dibawah ini. Karakteristik responden terdiri dari, umur, jenis kelamin, pendidikan, lama bekerja, pelatihan dan kapan terakhir ikut pelatihan.

Tabel 5.7
 Hubungan Karakteristik Responden dengan Pendokumentasian Berbasis Komputer
 di RSUD Banyumas Tahun 2010 (N=70)

No	Karakteristik	Pendokumentasian Berbasis Komputer				p value
		Kurang		Baik		
		n	%	n	%	
1	Jenis Kelamin					
	Laki-laki	4	5,7	10	14,3	0,329
	Perempuan	24	34,3	32	45,7	
	Jumlah	28	40	42	70	
2	Pendidikan					
	D III Keperawatan	28	40	41	58,6	1,000
	S 1 Keperawatan	0	0	1	1,4	
	Jumlah	28	40	42	60	
3	Pelatihan SIMKEP					
	Sudah	28	40	42	60	
	Belum	0	0	0	0	
	Jumlah	28	40	42	60	
4	Waktu Pelatihan SIMKEP					
	< 12 Bulan	15	21,4	15	21,4	0,139
	> 12 Bulan	13	18,6	27	38,6	
	Jumlah	28	40	42	60	

Dari tabel 5.7 dapat disimpulkan tidak ada hubungan antara karakteristik responden dengan pendokumentasian berbasis komputer yang ditunjukkan dengan semua nilai p Value > 0,05. Hal ini berarti karakteristik responden yaitu jenis kelamin, tingkat pendidikan, pelatihan dan waktu pelatihan tidak berhubungan dengan persepsi responden tentang pendokumentasian berbasis komputer. Variabel pelatihan SIMKEP tidak dapat dilakukan uji chi square karena seluruh responden telah mengikuti pelatihan SIMKEP yang diadakan oleh rumah sakit.

Tabel 5.8

Hubungan umur dan lama kerja dengan pendokumentasian berbasis komputer di RSUD Banyumas Tahun 2010 (N=70)

No	Karakteristik	Pendokumentasian Berbasis Komputer				T	p value
		Kurang		Baik			
		n	%	n	%		
1	Umur	28	(40%)	42	(60%)	-0,815	0,418
2	Lama Kerja	28	(40%)	42	(60%)	-2,000	0,049

Dari tabel 5.8 diatas dapat disimpulkan bahwa komponen karakteristik responden yang mempunyai hubungan dengan pendokumentasian berbasis komputer adalah lama kerja dengan p value 0,049.

5.2.2 Hubungan Teknik Supervisi dengan Pendokumentasian Berbasis Komputer

Hubungan teknik supervisi dengan pendokumentasian berbasis komputer tergambar pada tabel 5.9 berikut ini:

Tabel 5.9

Hubungan Tekhnik Supervisi dengan Pendokumentasian Berbasis Komputer di RSUD Banyumas Tahun 2010 (N=70)

Karakteristik	Pendokumentasian Berbasis Komputer				p value
	Kurang		Baik		
	n	%	n	%	
Tekhnik Supervisi					
Kurang	18	25,7	16	22,9	0,032
Baik	10	14,3	26	37,1	
Jumlah	28	40	42	60	

Dari tabel 5.9 diatas dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara teknik supervisi dengan pendokumentasian berbasis komputer yang ditunjukkan dengan nilai p value 0,032.

5.2.3 Hubungan Frekuensi Supervisi dengan Pendokumentasian Berbasis Komputer
Gambaran hubungan antara frekuensi supervisi dengan pendokumentasian berbasis komputer dijelaskan melalui tabel dibawah ini:

Tabel 5.10
Hubungan Frekuensi Supervisi dengan Pendokumentasian Berbasis Komputer
di RSUD Banyumas Tahun 2010 (N=70)

Karakteristik	Pendokumentasian Berbasis Komputer				p value
	Kurang		Baik		
	n	%	n	%	
Frekuensi Supervisi					
Kurang	20	28,6%	14	20%	0,002
Baik	8	11,4%	28	40%	
Jumlah	28	40	42	60	

Tabel 5.10 menggambarkan adanya hubungan antara frekuensi supervisi dengan pendokumentasian berbasis komputer yang ditunjukkan dengan nilai p value 0,002.

5.2.4 Hubungan antara supervisi dan pendokumentasian berbasis komputer

Hasil analisis hubungan antara supervisi dan pendokumentasian berbasis komputer yang dipersepsikan oleh perawat pelaksana di RSUD Banyumas digambarkan pada tabel berikut ini:

Tabel 5.11
Hubungan Supervisi dengan Pendokumentasian Berbasis Komputer di RSUD
Banyumas Tahun 2010 (N=70)

Karakteristik	Pendokumentasian Berbasis Komputer				p value
	Kurang		Baik		
	n	%	n	%	
Supervisi					
Kurang	20	28,6%	15	21,4%	0,003
Baik	8	11,4%	27	38,6%	
Jumlah	28	40	42	60	

Dari tabel 5.11 diatas dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara supervisi dengan pendokumentasian berbasis komputer yang ditunjukkan dengan p Value 0,003.

5.3 Hasil Analisis Multivariat

Analisis multivariat digunakan untuk mengetahui keeratan hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen serta sub variabel independen yang paling berhubungan dengan variabel dependen. Uji yang dilakukan menggunakan uji regresi logistik berganda karena pendokumentasian proses keperawatan sebagai variabel dependen dan teknik supervisi serta frekuensi supervisi sebagai variabel independennya merupakan data kategorik.

5.3.1 Pemilihan Kandidat Multivariat dengan Analisis bivariat

Pemilihan kandidat multivariat merupakan tahap awal dalam melakukan seleksi variabel pendokumentasian berbasis komputer, supervisi, dan karakteristik responden. Variabel yang mempunyai p value $< 0,25$ dijadikan variabel kandidat untuk uji multivariat. Berikut ini variabel yang masuk dalam kandidat multivariat yaitu:

Tabel 5.12
 Hasil Analisis Bivariat variabel teknik supervisi, frekuensi supervisi dan karakteristik responden dengan pendokumentasian berbasis komputer di Instalasi Rawat Inap RSUD Banyumas Tahun 2010

Variabel/ Sub Variabe	P Value
Teknik Supervisi	0,032*
Frekuensi Supervisi	0,002*
Karakteristik Responden	
Umur	0,367
Jenis Kelamin	0,329
Pendidikan	1,000
Lama Kerja	0,049*
Pelatihan SIMKEP	
Waktu Pelatihan SIMKEP	0,139*

$\alpha=0,05$

Ket = * Kandidat yang masuk multivariat

Hasil analisis bivariat pada tabel 5.12 menunjukkan bahwa sebagian variabel masuk dalam uji multivariat karena memiliki p value $<0,25$ yaitu sebanyak 4 variabel dan 3 variabel yang memiliki p value $> 0,25$ yaitu umur, jenis kelamin dan pendidikan, sehingga variabel tersebut bukan termasuk kandidat dalam uji multivariat. Variabel pelatihan tidak dapat dilakukan uji karena seluruh responden sudah mengikuti pelatihan.

5.3.2 Pemodelan Multivariat

Pemodelan ini dicoba dilakukan pada semua kandidat yang mempunyai p wald $< 0,25$ secara bersama-sama dengan variabel counfounding, tetapi kemudian satu persatu dikeluarkan dari model berdasarkan nilai p value $> 0,05$ artinya setelah melalui perhitungan statistik ditemukan variabel kandidat yang memiliki p value $> 0,05$ maka dikeluarkan dari model.

Hasil analisis model pertama hubungan antara empat variabel yang termasuk kandidat (teknik supervisi, frekuensi supervisi, lama kerja dan waktu terakhir mengikuti pelatihan) dengan pendokumentasian proses keperawatan, terlihat pada tabel 5.15 di bawah ini:

Tabel 5.13
Hasil Analisis Regresi Logistik (Pertama)

No	Variabel	B	SE	P value	OR	95% CI
1	Teknik Supervisi	0,170	0,672	0,032	1,185	0,318 – 4,422
2	Frekuensi Supervisi	2,250	0,778	0,004	9,485	2,065 – 43,560
3	Lama Kerja	1,516	0,700	0,030	4,556	1,155 – 17,978
4	Waktu Pelatihan	0,760	0,641	0,236	2,139	0,609 – 7,516

Berdasarkan hasil analisis regresi logistik pada tabel 5.13 ada variabel yang p valuenya lebih dari 0,05 sehingga dikeluarkan dari model secara berurutan pendidikan, umur, dan jenis kelamin.

Tabel 5.14
Hasil Analisis Regresi Logistik (Tahap Akhir)

No	Variabel	B	SE	P value	OR	95% CI
1	Teknik Supervisi	0,170	0,672	0,032	1,185	0,318 – 4,422
2	Frekuensi Supervisi	2,234	0,655	0,001	9,333	2,588 – 33,664
3	Lama Kerja	1,792	0,666	0,007	6,000	1,628 – 22,113

Berdasarkan hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa variabel yang paling berhubungan secara bermakna dengan pendokumentasian proses keperawatan adalah teknik supervisi, frekuensi supervisi dan lama kerja.

5.3.3 Pemodelan Akhir

Berdasarkan hasil analisis multivariat sebagaimana pada tabel 5.16 sehingga pemodelan akhir dari multivariat pada penelitian ini adalah sebagaimana terdapat pada tabel 5.15 dibawah ini

Tabel 5.15
Pemodelan Akhir

No	Variabel	B	SE	P value	OR	95% CI
1	Frekuensi Supervisi	2,234	0,655	0,001	9,333	2,588 – 33,664
2	Lama Kerja	1,792	0,666	0,007	6,000	1,628 – 22,113
3	Teknik Supervisi	0,170	0,672	0,032	1,185	0,318 – 4,422

Berdasarkan tabel 5.15 diatas, variabel yang paling berhubungan dengan pendokumentasian berbasis komputer adalah frekuensi supervisi dan lama kerja sebagai variabel counfounding. Hasil analisis didapatkan OR dari variabel frekuensi supervisi adalah 9,333 artinya perawat yang mendapatkan supervisi secara teratur berpeluang 9,333 kali untuk menyusun dokumentasi proses keperawatan lebih baik dibandingkan dengan perawat yang tidak mendapat supervisi secara teratur setelah dikontrol oleh lama bekerja dan teknik supervisi

BAB 6

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan disampaikan pembahasan interpretasi dan diskusi hasil, keterbatasan penelitian serta implikasi penelitian terhadap pelayanan keperawatan. Interpretasi dan diskusi hasil yang dibahas meliputi kesenjangan dan kesamaan hasil penelitian yang dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas dengan penelitian sebelumnya disertai dengan konsep teori yang mendasari. Keterbatasan penelitian menjelaskan tentang keterbatasan dalam penerapan metodologi penelitian dan implikasi penelitian membahas tentang pengaruh hasil penelitian terhadap pelayanan keperawatan.

6.1 Interpretasi dan Diskusi Hasil

Pembahasan ini dimulai dengan pembahasan tentang pendokumentasian berbasis komputer, hubungan supervisi dengan pendokumentasian berbasis komputer, hubungan teknik supervisi dengan pendokumentasian berbasis komputer, hubungan frekuensi supervisi dengan pendokumentasian berbasis komputer, serta hubungan antara karakteristik responden dengan pendokumentasian berbasis komputer.

6.1.1 Pendokumentasian Berbasis Komputer

Hasil penelitian ini menunjukkan dari 70 responden, sebanyak 28 responden (40%) menunjukkan tingkat pendokumentasian berbasis komputer yang kurang sedangkan 42 responden (60%) menunjukkan tingkat pendokumentasian yang baik. Dalam penelitian ini didapatkan rata-rata persepsi perawat tentang pendokumentasian berbasis komputer sebesar 76,60 dengan standar deviasi 8,929. Sementara itu nilai minimal 59 dan nilai maksimal 88.

Hasil uji korelasi antara pendokumentasian berbasis komputer dengan karakteristik responden menunjukkan adanya hubungan antara lama kerja

dengan pendokumentasian berbasis komputer yang ditunjukkan dengan p value = 0,049. Hal ini menunjukkan bahwa lama kerja berhubungan dengan pendokumentasian berbasis komputer. Sedangkan karakteristik responden yang lain yaitu umur, jenis kelamin, pendidikan dan waktu terakhir mengikuti pelatihan menunjukkan tidak ada hubungan dengan pendokumentasian berbasis komputer.

Menurut Robbins (2001), ada hubungan positif antara senioritas dengan produktivitas kerja. Semakin lama seseorang bekerja maka produktivitasnya semakin tinggi. Sementara itu hasil penelitian Lusianah (2008) menyebutkan setiap penambahan masa kerja 1 tahun maka kualitas dokumentasi proses keperawatan akan meningkat sebesar 0,91 setelah dikontrol oleh variabel motivasi kebutuhan kekuasaan, kebutuhan afiliasi, kebutuhan berprestasi, supervisi, pendidikan, pengetahuan, dan pelatihan.

Hasil uji statistik penelitian ini menggambarkan dari 28 responden dengan pendokumentasian kurang maka terdapat 18 responden mempersepsikan teknik supervisi kurang dan 10 responden mempersepsikan teknik supervisi baik. Kemudian dari 42 responden dengan pendokumentasian baik terdapat 16 responden mempersepsikan teknik supervisi kurang dan 26 responden mempersepsikan teknik supervisi baik. Dari analisis bivariat didapatkan hasil adanya hubungan antara teknik supervisi dengan pendokumentasian berbasis komputer yang ditunjukkan dengan p value = 0,032.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Kusumawaty (2001) yang menyebutkan adanya hubungan yang bermakna dan berpola positif antara persepsi terhadap pengarah sebagai salah satu fungsi supervisi dengan kompetensi mendokumentasikan proses keperawatan. Sedangkan penelitian Dewi (2007) menemukan variabel komunikasi dan supervisi kepala ruangan mempunyai

hubungan yang bermakna dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana dengan p Value < 0,05.

6.1.2 Supervisi

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari 70 responden, 35 responden atau 50% mempersepsikan supervisi yang dilakukan oleh kepala ruang dan ketua tim sudah baik, namun demikian juga responden yang menyatakan bahwa supervisi yang dilakukan masih kurang yaitu sebanyak 50% atau 35 responden. Hal ini menunjukkan bahwa supervisi yang diterima dan dipersepsikan oleh perawat pelaksana di Instalasi Rawat Inap RSUD Banyumas masih kurang.

Supervisi merupakan proses aktif dalam memberikan pengarahan, batasan-batasan dan dapat mempengaruhi hasil pekerjaan seseorang. Persepsi perawat pelaksana di RSUD Banyumas yang menggambarkan bahwa hanya 50% kegiatan supervisi dianggap sudah baik. Hal ini menunjukkan perlu adanya peningkatan kegiatan supervisi sesuai dengan uraian tugas kepala ruangan.

Dari hasil analisis bivariat didapatkan gambaran ada hubungan antara supervisi dengan pendokumentasian berbasis komputer yang ditunjukkan dengan p Value 0,003. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Lusianah (2008) yang menemukan ada hubungan yang signifikan antara supervisi kepala ruangan dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan setelah dikontrol oleh variabel lain.

Hal ini sesuai juga dengan pendapat Gilles (2001) bahwa tujuan supervisi adalah untuk melihat, mengevaluasi, dan meningkatkan tampilan kerja atau kinerja. Dengan adanya supervisi diharapkan kinerja perawat pelaksana meningkat, termasuk didalamnya adalah terkait dengan pendokumentasian proses keperawatan. Supervisor harus dapat memberikan pendampingan sesuai dengan kondisi dan kemampuan anggota tim. Untuk itu supervisor harus dapat

menyusun strategi pendampingan yang bervariasi, sehingga sesuai dengan tujuan organisasi, dalam hal ini pendokumentasian berbasis komputer.

6.1.3 Teknik Supervisi

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa dari 70 responden, sebanyak 34 responden atau 48,6% mempersepsikan teknik supervisi yang diterima kurang dan 36 responden atau 51,4% mempersepsikan teknik supervisi yang diterima sudah baik. Rata-rata persepsi perawat tentang teknik supervisi adalah 85,51 dengan standar deviasi 17,494. Nilai minimal 44 dan nilai maksimal 120. Hasil uji menunjukkan bahwa ada hubungan antara teknik supervisi dengan pendokumentasian proses keperawatan yang ditunjukkan dengan p value = 0,032. Pemodelan akhir analisis multivariat menunjukkan OR dari variabel teknik supervisi adalah 1,185 yang artinya perawat dengan mendapat teknik supervisi yang baik berpeluang melakukan pendokumentasian proses keperawatan 1,185 kali lebih baik daripada perawat yang tidak mendapat teknik supervisi yang baik setelah dikontrol oleh frekuensi supervisi dan lama kerja.

Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Lusianah (2008) yang menyimpulkan bahwa ada hubungan yang kuat antara supervisi dan kualitas dokumentasi keperawatan dengan p value < 0,001. Sementara hasil penelitian Dewi (2007) menunjukkan variabel komunikasi dan supervisi kepala ruangan mempunyai hubungan yang bermakna dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana dengan p value < 0,05

Menurut Gilles (2001), salah satu metode supervisi yang dapat dilakukan adalah supervisor melihat secara langsung bagaimana perawat pelaksana memberikan perawatan kepada satu atau beberapa orang pasien. Jika pada saat supervisi ini, supervisor menemukan tindakan yang tidak sesuai dengan standar, atau perawat pelaksana membutuhkan bantuan, maka supervisor dapat secara langsung membantu atau memastikan bahwa apa yang dilakukan oleh perawat pelaksana

sudah benar dan sesuai dengan prosedur. Asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat pelaksana termasuk didalamnya adalah pendokumentasian proses keperawatan.

Menurut Wiyana (2008), langkah-langkah supervisi langsung terkait dengan pendokumentasian asuhan keperawatan meliputi, memberi informasi kepada perawat pelaksana yang akan disupervisi bahwa pendokumentasiannya akan disupervisi, melakukan supervisi asuhan keperawatan pada saat perawat melakukan pendokumentasian. Supervisor melihat hasil pendokumentasian secara langsung dihadapan perawat yang mendokumentasikan.

6.1.4 Frekuensi Supervisi

Hasil penelitian ini menunjukkan responden yang mempersepsikan frekuensi supervisi kurang sebesar 34 orang atau 48,6% sedangkan responden yang mempersepsikan frekuensi supervisi baik sebanyak 36 orang atau 51,4%. Hasil analisis bivariat menunjukkan adanya hubungan antara frekuensi supervisi dengan pendokumentasian proses keperawatan yang ditunjukkan dengan p value = 0,002. Rata-rata nilai frekuensi supervisi adalah 30,60 dengan standar deviasi 4,747 dan nilai minimal 21 serta nilai maksimal 40.

Hasil uji statistik menunjukkan adanya hubungan antara frekuensi supervisi dengan pendokumentasian proses keperawatan yang ditunjukkan dengan p value 0,002. Dari hasil pemodelan akhir dapat disimpulkan bahwa variabel frekuensi supervisi menjadi variabel yang paling berpengaruh dengan OR 9,333 yang bermakna setiap perawat yang mendapatkan supervisi teratur mempunyai peluang 9,333 kali membuat dokumentasi lebih baik daripada perawat yang tidak mendapatkan supervisi yang teratur setelah dikontrol dengan lama kerja dan teknik supervisi. Hal ini sejalan dengan penelitian Izzah (2003) yang menemukan hasil ada hubungan yang bermakna antara variabel frekuensi supervisi dengan kinerja perawat pelaksana dengan p value = 0,006. Sedangkan

hasil penelitian Wiyana (2008) menyebutkan bahwa ada perbedaan bermakna antara kinerja perawat yang disupervisi kepala ruangan dilatih dan dibimbing 6 kali dan 3 kali dengan yang disupervisi kepala ruangan dilatih tidak dibimbing dengan p Value = 0,016.

Kegiatan supervisi yang dilakukan secara teratur dapat mempengaruhi pendokumentasian proses keperawatan, karena proses pendokumentasian yang dilakukan oleh perawat pelaksana dapat segera dievaluasi oleh supervisor dan dapat meminimalkan resiko adanya kesalahan. Kelengkapan dokumentasi juga dapat dievaluasi segera sehingga proses asuhan keperawatan dapat diberikan lebih profesional. Tidak ada ketetapan frekuensi supervisi yang harus dilaksanakan oleh kepala ruang, namun sebaiknya perawat pelaksana mendapat supervisi setiap hari.

Proses evaluasi terhadap pendokumentasian berbasis komputer perawat pelaksana oleh kepala ruangan dapat dilakukan sesuai dengan jadwal kegiatan yang ada di ruang rawat inap. Supervisi dapat dilakukan pada pagi hari saat morning meeting, dimana kepala ruangan dapat memberikan masukan tentang pendokumentasian yang dilakukan oleh perawat pelaksana yang melakukan tugas malam hari. Pada saat pertemuan di awal shift ini dapat juga digunakan oleh kepala ruangan untuk melihat perencanaan yang disusun oleh ketua tim.

6.1.5 Hubungan Karakteristik Responden dengan Pendokumentasian Berbasis Komputer

6.1.5.1 Umur Responden

Hasil penelitian ini menunjukkan rata-rata umur responden adalah 28,81 tahun dengan standar deviasi 4,421. Umur terendah responden adalah 22 tahun dan umur tertinggi 44 tahun. Pada tingkat kepercayaan 95% dapat dikatakan umur responden antara 27,76 – 29, 87 tahun. Rata-rata umur responden yang masih muda dapat memberi peluang untuk meningkatkan kemampuannya baik secara

formal maupun nonformal. Usia yang masih muda juga berpeluang untuk meningkatkan kinerjanya, sehingga tidak akan mengalami hambatan dalam melaksanakan pendokumentasian berbasis komputer.

Menurut Robbins (2001) ada keyakinan bahwa kinerja merosot dengan meningkatnya usia. Namun di sisi lain ada sejumlah kualitas positif yang dibawa orang tua ke dalam pekerjaan mereka, khususnya pengalaman, pertimbangan, etika kerja yang kuat, dan komitmen terhadap mutu. Sementara itu Marinki (2008) membuat kategori bahwa usia 22 – 30 tahun sebagai usia produktif, dan usia 30 – 45 tahun sebagai usia kerja optimal. Berdasarkan pembagian tersebut maka rata-rata usia perawat di RSUD Banyumas berada pada usia produktif.

Hasil uji statistik antara umur dengan variabel pendokumentasian berbasis komputer menunjukkan 60% responden mempersepsikan pendokumentasian baik dan 40% responden mempersepsikan pendokumentasian kurang. Sedangkan simpulan dari uji statistik adalah tidak ada hubungan bermakna antara rata-rata umur dengan pendokumentasian berbasis komputer. Hal ini berbeda dengan hasil penelitian Hariyati (1996) yang menyebutkan bahwa perawat yang mempunyai usia lebih dari 30 tahun mempunyai kualitas dokumentasi asuhan keperawatan yang lebih baik daripada perawat yang berusia kurang dari 30 tahun.

6.1.5.2 Jenis Kelamin

Hasil penelitian ini menunjukkan dari 28 responden yang melakukan pendokumentasian kurang, 4 responden adalah laki-laki dan 24 responden adalah perempuan. Sedangkan dari 42 responden dengan pendokumentasian proses keperawatan baik, 10 responden adalah laki-laki dan 32 responden perempuan. Hasil ini menunjukkan mayoritas responden adalah perempuan (56 responden atau 80%)..

Pada variabel teknik supervisi dari 34 responden yang mempersepsikan teknik supervisi kurang, 7 responden adalah laki-laki dan 27 responden perempuan. Sedangkan dari 36 responden yang mempersepsikan teknik supervisi baik, 7 responden adalah laki-laki dan 29 responden adalah perempuan. Kemudian pada variabel frekuensi supervisi dari 34 responden menyatakan frekuensi supervisi kurang 7 responden adalah laki-laki dan 27 responden perempuan. Dari 36 responden yang mempersepsikan frekuensi supervisi baik, 7 responden adalah laki-laki dan 29 responden perempuan.

Hasil analisis bivariat antara variabel jenis kelamin dengan pendokumentasian berbasis komputer menunjukkan tidak ada hubungan yang signifikan dengan p value 0,329. Artinya tidak ada hubungan antara pendokumentasian berbasis komputer dengan jenis kelamin. Hal ini sesuai dengan pendapat Robbins (2001) yaitu tidak ada perbedaan yang konsisten antara pria dan wanita yang mempengaruhi kinerja. Namun hal ini berbeda dengan pendapat Sugiarti (1999) dalam penelitiannya menyebutkan perawat wanita memiliki dokumentasi keperawatan yang lebih baik daripada perawat laki-laki. Perbedaan ini dapat terjadi karena beberapa faktor diantaranya proporsi responden antara perawat laki-laki dan perawat perempuan tidak seimbang.

6.1.5.3 Lama Kerja

Rata-rata lama kerja responden adalah 4,39 dengan standar deviasi 3,589, lama kerja terendah adalah 1 tahun dan tertinggi 14 tahun. Pada tingkat kepercayaan 95% didapatkan rata-rata lama kerja 3,53 – 5,24 tahun. Hasil analisis bivariat menunjukkan ada hubungan antara lama kerja dengan pendokumentasian berbasis komputer, yang ditunjukkan dengan p value 0,049. Kemudian hasil analisis multivariat menunjukkan nilai OR 6,000 yang artinya perawat yang lebih lama bekerja mempunyai peluang 6 kali lebih baik dalam

pendokumentasian berbasis komputer dibandingkan dengan perawat yang baru setelah dikontrol oleh teknik supervisi dan frekuensi supervisi.

Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Lusianah (2008) menunjukkan dari hasil analisis multivariat didapatkan hasil bahwa setiap penambahan masa kerja 1 tahun maka kualitas dokumentasi proses keperawatan akan meningkat sebesar 0,91 setelah dikontrol oleh variabel motivasi kebutuhan kekuasaan, kebutuhan afiliasi, kebutuhan berprestasi, supervisi, pendidikan, pengetahuan dan pelatihan. Sementara Sugiarti (1996) menyampaikan perawat yang memiliki masa kerja lebih dari 7 tahun mempunyai dokumentasi keperawatan lebih baik dibanding perawat yang mempunyai masa kerja kurang dari 7 tahun.

Perawat dengan masa kerja yang lebih banyak atau senior sudah mendapat paparan informasi tentang pendokumentasian berbasis komputer. Hal ini sesuai dengan pendapat Robbins (2001) yang mengatakan bahwa ada hubungan positif antara senioritas dan produktivitas kerja. Semakin lama seseorang bekerja maka produktivitasnya semakin tinggi.

6.1.5.4 Pendidikan

Berdasarkan hasil penelitian dari 70 responden sebagian besar berpendidikan D III Keperawatan yaitu 69 responden dan hanya 1 responden yang berpendidikan S 1 Keperawatan. Hal ini menunjukkan tingkat pendidikan perawat sudah cukup baik, dan hasil penelitian ini lebih menggambarkan keadaan perawat dengan pendidikan D III Keperawatan.

Hasil analisis bivariat menunjukkan dari 70 responden, 28 responden dengan pendidikan D III Keperawatan mempersepsikan pendokumentasian masih kurang dan 41 responden mempersepsikan pendokumentasian sudah baik. Kesimpulan analisis bivariat menunjukkan tidak ada hubungan antara pendidikan responden dengan pendokumentasian berbasis komputer. Hal ini

berbeda dengan hasil penelitian Lusianah (2008) yang menemukan adanya hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan kualitas dokumentasi proses keperawatan dan kualitas dokumentasi akan meningkat sebesar 5,84 pada perawat yang berpendidikan D III daripada perawat yang berpendidikan SPK setelah dikontrol oleh variabel motivasi kebutuhan berkuasa, afiliasi, kebutuhan berprestasi, variabel supervisi, pelatihan, masa kerja dan pengetahuan.

Perbedaan hasil penelitian ini disebabkan karena proporsi pendidikan perawat yang menjadi responden tidak seimbang yaitu 98,4% berpendidikan D III Keperawatan dan hanya 1,4% yang berpendidikan S1 Keperawatan. Perawat dengan pendidikan D III Keperawatan merupakan salah satu kelebihan yang dimiliki oleh RSUD Banyumas, karena dengan pendidikan yang sudah dimiliki oleh perawat, diharapkan dapat lebih mudah untuk meningkatkan kemampuannya. Dari hasil penelitian ini memang masih ada 40% responden yang mempersepsikan pendokumentasian kurang, hal ini terkait juga dengan masa kerja perawat yang rata-rata masa kerjanya 4,39 tahun atau masih junior.

Pendidikan (formal) di dalam suatu organisasi adalah suatu proses pengembangan kemampuan ke arah yang diinginkan oleh organisasi yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2009). Doengoes (2000) menekankan bahwa untuk melakukan dokumentasi proses keperawatan yang baik diperlukan kemampuan intelektual teknis dan interpersonal yang didasari oleh pendidikan formal keperawatan.

6.1.5.5 Pelatihan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa seluruh responden sudah mengikuti pelatihan Sistem Informasi Manajemen Keperawatan (SIMKEP). Dari hasil analisis didapatkan hasil 40% menunjukkan pendokumentasian kurang, dan

60% menunjukkan pendokumentasian baik. Pada variabel pelatihan tidak dapat dilakukan analisis bivariat karena datanya hanya satu tidak ada variasinya.

Hasil penelitian Lusianah (2008) menyimpulkan ada perbedaan yang signifikan pada kualitas dokumentasi proses keperawatan pada perawat yang pernah mengikuti pelatihan dengan yang tidak pernah mengikuti pelatihan, dengan *p value* 0,001. Pelatihan (*training*) adalah merupakan bagian dari suatu proses pendidikan, yang tujuannya untuk meningkatkan kemampuan atau ketrampilan khusus seseorang atau kelompok orang. (Notoatmodjo, 2009).

6.1.5.6 Waktu Pelatihan

Hasil analisis bivariat antara waktu pelatihan dengan pendokumentasian berbasis komputer, menunjukkan tidak adanya hubungan antara variabel waktu pelatihan dengan pendokumentasian proses keperawatan. Hal ini menunjukkan waktu pelatihan tidak berhubungan dengan keterampilan pendokumentasian proses keperawatan dengan komputer.

Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan hasil penelitian Lusianah (2008) yang menyimpulkan kualitas dokumentasi proses keperawatan akan meningkat sebesar 1,60 pada perawat yang pernah mengikuti pelatihan daripada yang tidak mengikuti pelatihan setelah dikontrol oleh variabel motivasi kebutuhan berkuasa, afiliasi, berprestasi, variabel supervisi, pendidikan, masa kerja dan pengetahuan.

Pelatihan merupakan upaya untuk meningkatkan kemampuan dan ketrampilan seseorang yang sesuai dengan pekerjaannya. Pelatihan yang baik adalah pelatihan yang dilakukan secara kontinyu, dan berkala, sehingga kemampuannya tidak mengalami penurunan. Meskipun hasil penelitian menunjukkan tidak ada hubungan antara waktu pelatihan dengan pendokumentasian berbasis komputer, namun pelatihan SIMKEP yang dilaksanakan di RSUD Banyumas hendaknya

dilakukan secara berkala sehingga kemampuan perawat senantiasa meningkat. Selain itu penggunaan keterampilan hasil pelatihan juga akan diharapkan dapat meningkatkan kemampuan perawat.

6.2 Keterbatasan Penelitian

Kegiatan penelitian yang dilaksanakan di RSUD Banyumas yang melihat hubungan antara supervisi dan pendokumentasian berbasis komputer memiliki beberapa keterbatasan penelitian sebagai berikut:

6.2.1 Penelitian ini menggunakan pendekatan cross sectional yang artinya pengukuran variabel penelitian baik independen maupun dependen serta councounding dilakukan secara bersamaan dalam satu waktu dan tidak mengkaji hubungan sebab akibat.

6.3 Implikasi Keperawatan

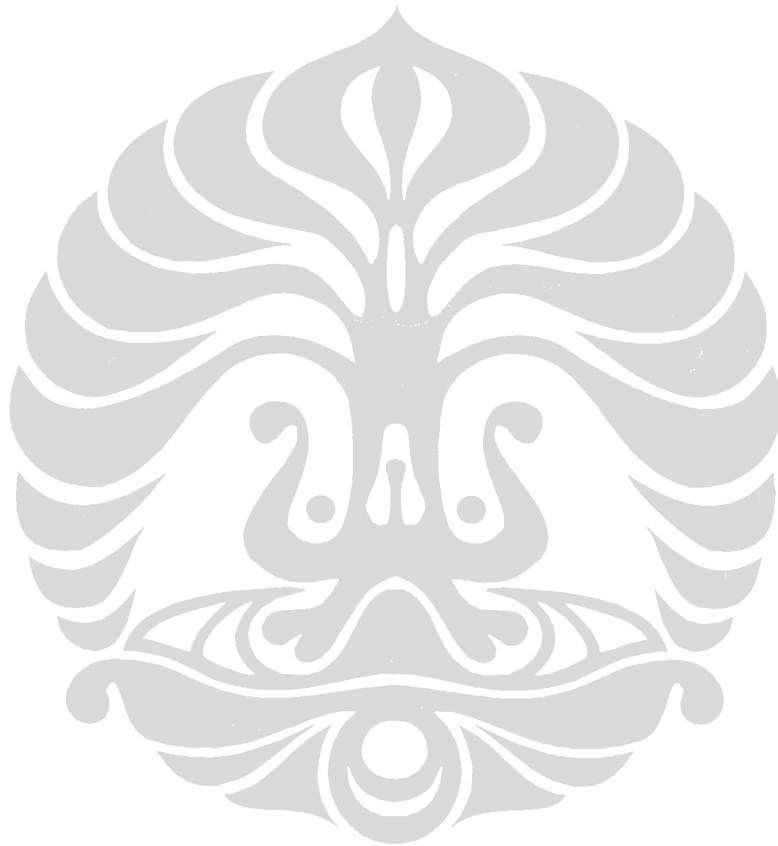
Penelitian ini memberi gambaran tentang pelaksanaan supervisi secara umum. Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai masukan bagi pelayanan keperawatan agar dapat meningkatkan mutu layanan keperawatan yang lebih baik lagi.

6.3.1 Implikasi penelitian bagi institusi pelayanan

Hasil penelitian menunjukkan pentingnya supervisi baik yang dilakukan oleh kepala ruang atau ketua tim terhadap pendokumentasian berbasis komputer di RSUD Banyumas. Untuk itu rumah sakit perlu mengembangkan upaya-upaya yang dapat meningkatkan kemampuan supervisi kepala ruangan melalui peningkatan kompetensi kepala ruangan tentang dokumentasi proses keperawatan berbasis komputer. Supervisi hendaknya dilaksanakan secara teratur dan berkesinambungan.

6.3.2 Implikasi bagi penelitian

Penelitian ini menggambarkan hubungan supervisi dengan pendokumentasian proses keperawatan. Hasil penelitian ini dapat dijadikan dasar bagi penelitian berikutnya yang menggali tentang faktor-faktor lain terkait dengan peningkatan dokumentasi proses keperawatan secara khusus dan peningkatan pelayanan keperawatan pada umumnya.



BAB 7

SIMPULAN DAN SARAN

7.1 SIMPULAN

7.1.1 Karakteristik responden pada penelitian ini adalah 80% berjenis kelamin perempuan, dengan pendidikan rata-rata D III Keperawatan yaitu 98,6%. Rata-rata umur responden adalah 28,81 tahun dengan lama kerja rata-rata 4,39 tahun, seluruh responden sudah mendapatkan pelatihan Sistem Informasi Manajemen Keperawatan.

7.1.2 Sebanyak 40% perawat pelaksana mempersepsikan pendokumentasian kurang dan 60% perawat pelaksana mempersepsikan pendokumentasian baik.

7.1.3 Sebanyak 51,4% perawat pelaksana mempersepsikan teknik supervisi sudah baik sementara, 48,6% perawat pelaksana mempersepsikan teknik supervisi masih kurang.

7.1.4 Sebanyak 51,4% perawat pelaksana mempersepsikan frekuensi supervisi sudah baik dan 48,6% perawat pelaksana mempersepsikan frekuensi supervisi masih kurang.

7.1.5 Ada hubungan antara supervisi dengan pendokumentasian berbasis komputer dengan p value 0,003

7.1.6 Ada hubungan antara teknik supervisi dengan pendokumentasian berbasis komputer dengan p value 0,032.

7.1.7 Ada hubungan antara frekuensi supervisi dengan pendokumentasian berbasis komputer dengan p value 0,002.

7.1.8 Hasil analisis multivariat didapatkan hasil bahwa variabel frekuensi supervisi sebagai variabel yang paling berhubungan dengan pendokumentasian berbasis komputer dengan p value 0,002, dan OR 9,333 yang artinya perawat yang mendapatkan supervisi secara teratur berpeluang 9,333 kali untuk menyusun dokumentasi proses keperawatan lebih baik dibandingkan dengan perawat yang tidak mendapat supervisi secara teratur setelah dikontrol oleh lama bekerja dan teknik supervisi.

7.2 Saran

7.2.1 Untuk Bidang Keperawatan

Perlu adanya supervisi berjenjang mulai dari ketua tim, kepala ruangan, supervisor, dan bidang perawatan terkait dengan kebenaran dan kelengkapan dokumentasi keperawatan, dan juga perlu adanya evaluasi terhadap sistem komputer yang memungkinkan pendokumentasian asuhan keperawatan lebih terakomodasi seperti kelengkapan isian data, sistem tidak dapat melankutkan proses jika data belum terisi lengkap oleh perawat.

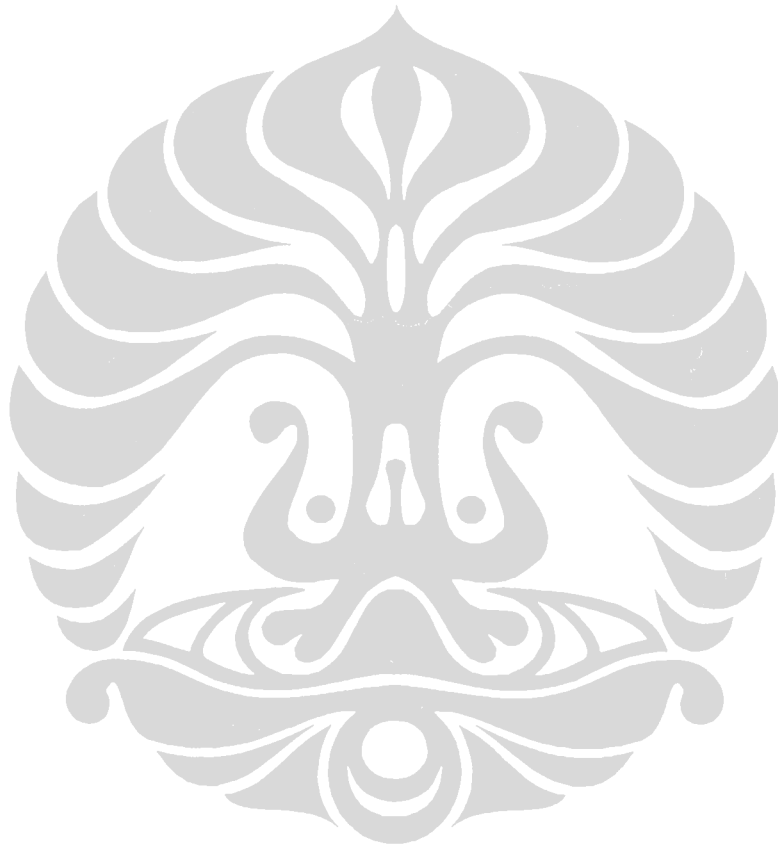
7.2.2 Untuk Kepala Ruangan

Menggunakan pelaksanaan *morning meeting/ pre conference*, pendampingan selama tindakan keperawatan termasuk pelaksanaan pendokumentasian proses keperawatan serta pelaksanaan *post conference* yang bisa dilaksanakan saat timbangan jaga *shift* siang sebagai sarana kepala ruangan untuk melakukan supervisi tentang pendokumentasian berbasis komputer terhadap perawat pelaksana.

7.2.3 Untuk Penelitian selanjutnya

Penelitian ini hendaknya dilanjutkan oleh peneliti lain yang berminat dengan program supervisi dan pendokumentasian proses keperawatan,

terutama faktor-faktor lain yang dapat mempengaruhi pendokumentasian proses keperawatan, seperti motivasi, pengetahuan dan ketrampilan pendokumentasian proses keperawatan.



DAFTAR PUSTAKA

- Alfaro, R. (1998). *Applying nursing process: A step by step guide*. Philadelphia : Lippincott, Raven Publishers
- Arikunto (2006). *Prosedur penelitian: Suatu pendekatan praktik*. Jakarta : PT.Asdi Mahasatya.
- Bahtiar, Y & Suarli, S. (2009). *Manajemen keperawatan dengan pendekatan praktis*. Jakarta. Penerbit Erlangga
- Bittel, L.R. (1987). *The complete guide to supervisory training & development*. California: Additional Wesley
- College of Register Nurses of British Columbia. (2008). *Practice standard for registered nurses and nurses practitioners on documentation*. Columbia: CRBC
- Carpenito, L.J. (1999). *Nursing care plans & documentation: Nursing diagnoses and collaborative problems*. Lippincott
- Dahlan, S. (2008). *Langkah-langkah membuat proposal penelitian bidang kedokteran dan kesehatan*. Jakarta : Sagung seto
- Depkes RI. (1997). *Instrumen Evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan di Rumah Sakit*. Jakarta. Depkes RI
- Douglas, L.M. (1983) *Nursing management and leadership in action*, The C.V. Mosby Company
- Ellis. J.R & Harley C.L. (2000). *Managing and coordinating nursing care*. Lippincott. Williams & Wilkins
- Fishbach. F.T. (1991). *Documenting care: Communication, the nursing process and documentation standards*. Philadelphia, F.A. Davis Company
- Gillies. D.A. (1994). *Nursing management: A systems approach*. WB. Saunders Company
- Hamid. (2008). *Buku ajar riset keperawatan : Konsep, etika, instrumentasi*. Jakarta : EGC.
- Hariyati, T.S. (1999). *Hubungan antara pengetahuan aspek hukum dari perawat dan karakteristik perawat dengan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah Sakit Bhakti Yudha 1999*. Tesis Program Pasca Sarjana Program Studi

- Kajian Administrasi Rumah Sakit. Jakarta: Universitas Indonesia (Tidak Dipublikasikan)
- Hastono, SP. (2007). *Basic data analysis for health research*. Depok: FKM – UI
- Huber, D. L. (2006). *Leadership and nursing care management*. Philadelphia. Saunders Elsevier
- Ilyas, Y (1999). *Kinerj : Teori, Penilaian dan Penelitian*. Jakarta, Badan Penerbit FKM – UI
- Izzah, N. (2003). *Hubungan teknik dan frekuensi kegiatan supervise kepala ruang dengan kinerja perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Umum Daerah Batang Jawa Tengah*. Tesis. Program Pascasarjana Keperawatan UI. Dipublikasikan
- Kozier. Erb. (2004). *Fundamental of nursing. concepts, process, and practise*. Pearson Prentice, Hall
- Kron, T & Gray. A. (1987). *The Management of patient care*. Philadelphia: WB. Saunders Company
- Kusumawaty, I. (2001). *Hubungan antara pemahaman perawt tentang proses keperawatan dan fungsi supervise dengan kompetensi mendokumentasikan proses keperawatan di Rumah Sakit Karya Bhakti Bogor*. Tesis Program Pascasarjana Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan. Jakarta: Universitas Indonesia (Tidak dipublikasikan)
- Lemeshow, (1997). *Besar sampel dalam penelitian kesehatan*. Alih bahasa Pramono. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press
- Lusianah (2008). *Hubungan motivasi dan supervisi terhadap kualitas dokumentasi proses keperawatan di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Marinir Cilandak Jakarta*. Tesis Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan UI. Tidak dipublikasikan
- Marquis, B.L. & Huston, C.J. (2000). *Leadership roles and management functions in nursing : Theory and application*. Philadelphia: Lippincott. William & Wilkins
- Notoatmodjo, S (2009). *Pengembangan Sumber Daya Manusia*. Jakarta. Rineka Cipta
- Nursalam & Siti Pariani. (2001). *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta. Sagung Seto
- Pollit D.F., & Hungler, B.P. (1999). *Nursing research principles and methodes* (6th Edition). Philadelphia : Lippincott William & Wilkins.
- Potter, P.A & Perry, A. G. (2001). *Fundamental of nursing: Concepts, process and practice*. Harcourt Australia Mosby

- Robbins, SP (1996). *Perilaku organisasi; konsep, kontroversi, Aplikasi*. Jakarta. Prenhalindo
- Rostiana D (2006) *Hubungan komunikasi dan supervise kepala ruangan dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUD Kab. Cianjur*. Tesis Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan UI. Tidak dipublikasikan
- RSUD Banyumas (2008). *Profil Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas*. Banyumas. Tidak dipublikasikan
- Sabri, L & Hastono, S.P. (2006). *Statistik kesehatan*. Jakarta. Raja Grafindo Persada
- Sastroasmoro, S. & Sofyan Ismael. (1995). *Dasar – dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta, Sagung Seto
- Sugiarti, S (1996). *Faktor-faktor yang mempengaruhi pendokumentasian keperawatan di Rumah Sakit Cibinong Bogor*. Tesis Program Pascasarjana Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Jakarta: Universitas Indonesia (Tidak dipublikasikan)
- Sugiyono., (2008) *Metode Penelitian kuantitatif, kualitatif dan r & d*. Bandung : Alfabeta.
- Suyanto, (2008). *Mengenal kepemimpinan dan manajemen Keperawatan di Rumah Sakit*. Yogyakarta. Mitra Cendekia Press
- Swansburg. R.C (1999). *Introductory Management and Leadership for Clinical Nurses: an Interactive text 2nd ed*. Canada: Jones and Bartlett. Publisher
- Tappen, M. (1998). *Essential of Nursing Leadership and Managemen*t. Philadelphia: F.A. Davis Company
- Wiyana, M. (2008). *Pengaruh pelatihan supervisi dan komunikasi pada kepala ruangan terhadap kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah Sakit dr Soedono Madiun*. Tesis Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan UI. Tidak dipublikasikan