



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**HUBUNGAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN BERBASIS  
KOMPUTER DENGAN DAYA BERPIKIR KRITIS PERAWAT  
PADA PELAKSANAAN PROSES KEPERAWATAN  
DI RSUD BANYUMAS**

**TESIS**

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

**OLEH  
SUKIHANANTO  
0806446971**

**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**

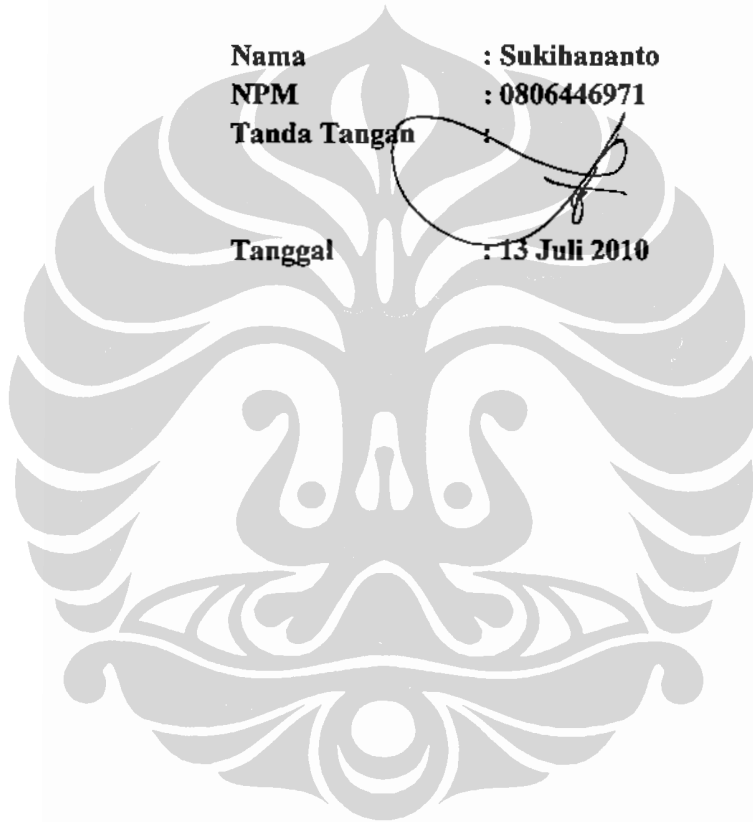
**Nama : Sukihananto**

**NPM : 0806446971**

**Tanda Tangan**



**Tanggal : 13 Juli 2010**



## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Sukihananto  
NPM : 0806446971  
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan  
Kekhususan : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan  
Judul Tesis : Hubungan Dokumentasi Keperawatan Berbasis Komputer dengan Daya Berpikir Kritis Perawat pada Pelaksanaan Proses Keperawatan di RSUD Banyumas

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 : Rr. Tutik Sri Hariyati, S.Kp, MARS (  )

Penguji II : Roswita Hasan, S.Kp, M.Kep (  )

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 13 Juli 2010

## KATA PENGANTAR

Puji syukur alhamdulillah penulis panjatkan pada Allah SWT yang telah memberikan limpahan rahmat dan hidayahNya sehingga memberikam kemampuan dan kemudahan untuk menyelesaikan penyusunan laporan tesis dengan judul “Hubungan Dokumentasi Keperawatan Berbasis Komputer dengan Daya Berpikir Kritis Perawat Pada Pelaksanaan Proses Kepeawatan di RSUD Banyumas”.

Penyusunan laporan ini dapat diselesaikan berkat bantuan dan kerjasama dari berbagai pihak. Penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Ibu Prof. Dra. Elly Nurachmah, DNSc selaku pembimbing I yang telah memberikan bimbingan dengan sabar kepada penulis, dan juga kepada pembimbing II yaitu Ibu Ria Utami Panjaitan, S.Kp, M.Kep.

Ucapan terima kasih, penulis sampaikan kepada Yth:

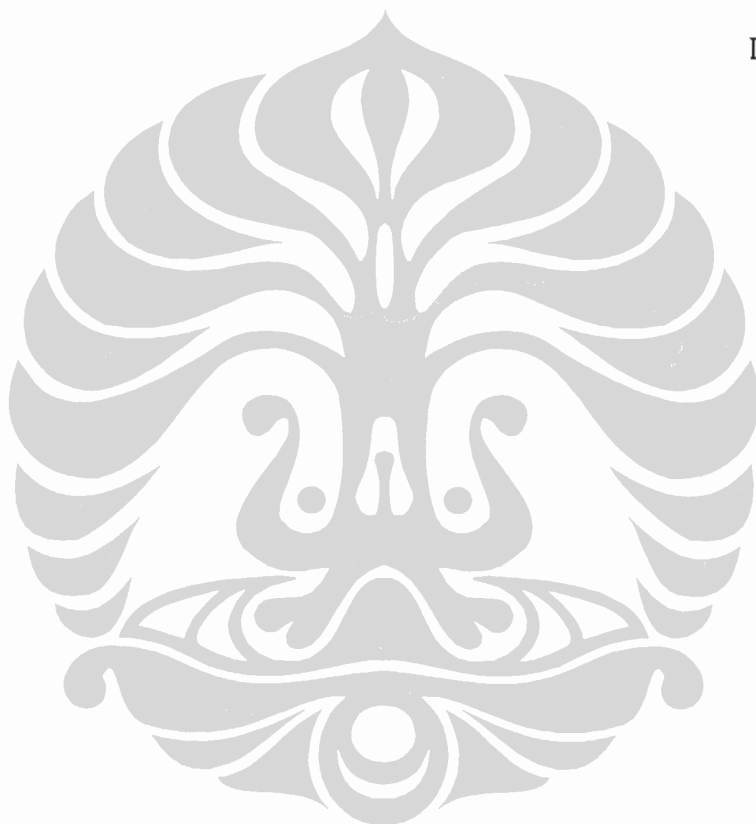
1. Ibu Dewi Irawaty, MA, PhD selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Krisna Yetti, S.Kp, M.App.Sc, selaku Ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan FIK Universitas Indonesia.
3. Bapak dr. Gempol Suwandono, MM, selaku Direktur RSUD Banyumas, Jawa Tengah.
4. Ibu Roswita Hasan, S.Kp, M.Kep selaku penguji pada sidang tesis.
5. Bapak/Ibu Dosen Kelompok Keilmuan Jiwa dan Komunitas Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
6. Bapak/Ibu Perawat, Bidang Keperawatan, Komite Keperawatan, Instalasi Teknologi Informasi, dan Bidang Diklit RSUD Banyumas, Jawa Tengah.
7. Teman-teman Asisten Dosen Baru FIK Universitas Indonesia.
8. Istri tercinta, kakak tercinta dan seluruh Keluarga di Wonogiri, Tangerang, Jogja, Bantul, dan Depok yang memberikan support moril dan material sehingga penulis dapat melanjutkan studi Magister di FIK UI.

9. Rekan-rekan seangkatan Program Magister FIK UI Angkatan 2008, terutama kekehususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan.
10. Semua pihak yang telah memberikan bantuan dalam penyusunan laporan tesis ini.

Penulis menyadari bahwa laporan tesis ini belum sempurna. Oleh karena itu masukan, kritikan dan saran yang membangun sangat penulis harapkan.

Depok, Juli 2010

Penulis



**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN  
PUBLIKASI KARYA ILMIAH**

---

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

Nama : Sukihananto  
NPM : 0806446971  
Program Studi : Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan  
Program : Magister  
Fakultas : Ilmu Keperawatan  
Jenis karya : Tesis

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

**Hubungan Dokumentasi Keperawatan Berbasis Komputer dengan Daya  
Berpikir Kritis Perawat pada Pelaksanaan Proses Keperawatan  
di RSUD Banyumas**

berserta perangkat yang ada. Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/format-kan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan 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 : 13 Juli 2010  
Yang menyatakan

  
**Sukihananto**

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

ABSTRAK

Tesis, Juli 2010

**Hubungan Dokumentasi Keperawatan Berbasis Komputer dengan Daya Berpikir Kritis Perawat dalam Pelaksanaan Proses Keperawatan di RSUD Banyumas**

**Sukihananto**

**xiv + 70 hal + 18 tabel + 2 skema + 6 lampiran**

RSUD Banyumas menerapkan dokumentasi keperawatan berbasis komputer. Audit mutu asuhan keperawatan menunjukkan penurunan mutu dokumentasi. Tujuan penelitian mengetahui hubungan dokumentasi keperawatan berbasis komputer dengan daya berpikir kritis perawat pada pelaksanaan proses keperawatan. Desain penelitian kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel terdiri dari 70 orang. Hasil menunjukkan dokumentasi baik 57.1% dan kurang 42.9%. Sistem komputer kurang 55.7% dan baik 44.3%. Daya berpikir kritis baik 44.3% dan kurang 55,7%. Umur, masa kerja, pendidikan, jenis kelamin dan pelatihan tidak berhubungan dengan daya berpikir kritis. Dokumentasi keperawatan dan sistem komputer berhubungan dengan daya berpikir kritis perawat. Dokumentasi keperawatan dominan dalam mempengaruhi daya berpikir kritis perawat.

Kata kunci: *dokumentasi keperawatan, sistem komputer, daya berpikir kritis*

Referensi : 75 (1993-2010)

UNIVERSITY OF INDONESIA  
MASTER IN NURSING  
MAJORING LEADERSHIP AND NURSING MANAGEMENT  
GRADUATE PROGRAM OF FACULTY OF NURSING

ABSTRACT

Thesis, July 2010

**Correlation Between Computer Based Nursing Documentation with  
Critical Thinking in Nursing Process Implementation at Banyumas Hospital**

**Sukihananto**

**xiv + 70 pages + 18 tables + 2 schemas + 6 attachments**

Banyumas hospital have applied computer-based nursing documentation. Quality audit showed decreasing of nursing documentation. The aim of research to know the correlation between computer-based nursing documentation and critical thinking in nursing process implementation. Design of quantitative research with cross sectional approach. The sample consisted of 70 persons. Results showed good documentation of 57.1% and 42.9% less. Computer systems less 55.7% and 44.3% good. Critical thinking good 44.3% and 55.7% less. Age, years of work, education, gender and training is not related to critical thinking. Nursing documentation and computer system correlated with critical thinking of nurses. Nursing documentation dominant in influencing the critical thinking of nurses.

**Keywords:** *nursing documentation, computer systems, critical thinking*

**References:** 75 (1993 – 2010)



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH .....	vi
ABSTRAK .....	vii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR TABEL .....	xii
DAFTAR SKEMA .....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN .....	xiv
<b>BAB 1 PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang .....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	7
1.3 Tujuan.....	7
1.3.1 Tujuan Umum.....	7
1.3.2 Tujuan Khusus.....	7
1.4 Manfaat Penelitian.....	8
1.4.1 Aplikatif.....	8
1.4.2 Keilmuan .....	8
1.4.3 Metodologi .....	8
<b>BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>9</b>
2.1 Manajemen Keperawatan.....	9
2.2 Sistem Komputer .....	10
2.2.1 Pengertian.....	10
2.2.2 Sistem Komputer sebagai bagian dalam Sistem Informasi Manajemen .....	10
2.2.3 Komputer sebagai Media dalam Sistem Informasi Keperawatan.....	11
2.2.4 Kualitas dan Nilai Informasi dalam Sistem Komputer .....	12
2.3 Dokumentasi Keperawatan.....	13
2.3.1 Pengertian.....	13
2.3.2 Tujuan Dokumentasi Keperawatan .....	13
2.3.3 Komponen Dokumentasi pada Proses Keperawatan.....	14
2.3.4 Kualitas Dokumentasi Keperawatan .....	16
2.3.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perawat dalam Dokumentasi Keperawatan.....	17
2.4 Perawat Sebagai <i>Brainware</i> dalam Sistem Dokumentasi Berbasis Komputer.....	20
2.5 Berpikir Kritis dalam Keperawatan.....	21
2.5.1 Pengertian.....	21
2.5.2 Komponen Berpikir Kritis dalam Keperawatan.....	22
2.5.3 Proses Berpikir Kritis dalam Keperawatan .....	24

2.5.4	Berpikir Kritis dalam Proses Keperawatan .....	25
2.5.5	Faktor yang Mempengaruhi Daya Berpikir Kritis .....	25
2.6	Kerangka Pikir Penelitian.....	27
<b>BAB 3 KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS DAN DEFINISI OPERASIONAL.....</b>		<b>28</b>
3.1	Kerangka Konsep .....	28
3.2	Hipotesis.....	28
3.2.1	Hipotesis Mayor .....	28
3.2.2	Hipotesis Minor.....	29
3.3	Definisi Operasional.....	29
3.3.1	Variabel Independen.....	29
3.3.2	Variabel Dependen.....	30
3.3.3	Variabel <i>Confounding</i> .....	31
<b>BAB 4 METODE PENELITIAN .....</b>		<b>32</b>
4.1	Rancangan Penelitian .....	32
4.2	Populasi dan Sampel .....	32
4.2.1	Populasi .....	32
4.2.2	Sampel .....	32
4.3	Tempat Penelitian.....	34
4.4	Waktu Penelitian .....	35
4.5	Aplikasi Etika Penelititan.....	35
4.5.1	<i>Self Determination</i> .....	35
4.5.2	<i>Confidentiality, Privacy dan Anonymity</i> .....	36
4.5.3	<i>Protection form discomfort</i> .....	36
4.5.4	<i>Inform Consent</i> .....	36
4.6	Alat Pengumpul Data .....	37
4.6.1	Uji Validitas .....	39
4.6.2	Uji Reliabilitas.....	41
4.7	Prosedur Pengumpulan Data .....	41
4.7.1	Tahap Persiapan .....	41
4.7.2	Tahap Pelaksanaan .....	42
4.8	Pengolahan Data.....	43
4.9	Analisis Data .....	44
4.9.1	Analisis Univariat.....	44
4.9.2	Analisis Bivariat.....	45
4.9.3	Analisis Multivariat.....	46
<b>BAB 5 HASIL PENELITIAN .....</b>		<b>48</b>
5.1	Analisis Univariat.....	48
5.1.1	Distribusi Karakteristik Responden.....	48
5.1.2	Variabel Penelitian .....	49
5.2	Analisis Bivariat.....	50
5.2.1	Karakteristik Responden dengan Daya Perpikir Kritis Perawat .....	50
5.2.2	Dokumentasi Keperawatan dan Sistem Komputer dengan Daya Berpikir Kritis Perawat. ....	52

5.3 Analisis Multivariat.....	52
<b>BAB 6 PEMBAHASAN .....</b>	<b>56</b>
6.1 Pembahasan Hasil Penelitian.....	56
6.1.1 Hasil Univariat .....	56
6.1.2 Hasil Bivariat.....	59
6.1.2.1 Karakteristik Responden dengan Daya Berpikir Kritis.....	59
6.1.2.2 Dokumentasi Keperawatan dan Sistem Komputer dengan Daya Berpikir Kritis Perawat .....	61
6.1.3 Hasil Multivariat.....	62
6.2 Keterbatasan Penelitian .....	66
6.3 Implikasi dalam Keperawatan .....	66
<b>BAB 7 SIMPULAN DAN SARAN .....</b>	<b>67</b>
7.1 Simpulan.....	67
7.2 Saran-saran .....	67
<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	
<b>LAMPIRAN</b>	

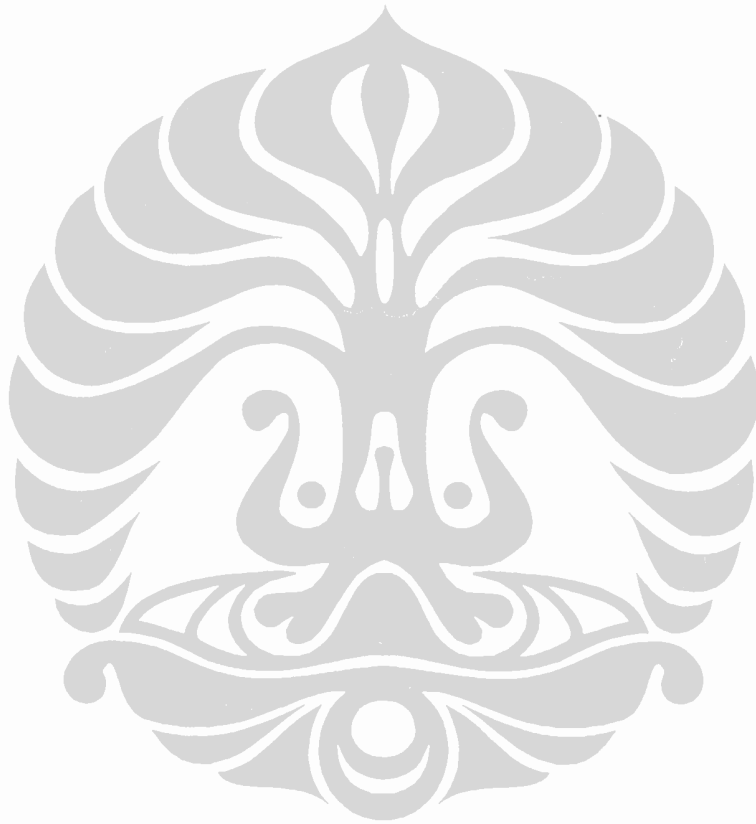


## DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional Variabel Independen .....	29
Tabel 3.2	Definisi Operasional Variabel Dependen.....	30
Tabel 3.3	Definisi Operasional Variabel <i>Confounding</i> .....	31
Tabel 4.1	Daftar Jumlah Sampel per Ruang.....	34
Tabel 4.2	Analisis Uji Variabel Penelitian Hubungan Dokumentasi Keperawatan Berbasis Komputer dengan Daya Berpikir Kritis Perawat dalam Pelaksanaan Proses Keperawatan. di Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas.....	45
Tabel 5.1	Karakteristik Responden Penelitian di RSUD Banyumas.....	48
Tabel 5.2	Distribusi Umur dan Masa Kerja Responden Penelitian di RSUD Banyumas 2010 .....	49
Tabel 5.3	Kategori Kemampuan Dokumentasi Keperawatan, Sistem Komputer, dan Daya Berpikir Kritis Perawat RSUD Banyumas Tahun 2010.....	50
Tabel 5.4	Hubungan Karakteristik Responden dengan Daya Berpikir Kritisnya di RSUD Banyumas Tahun 2010 .....	51
Tabel 5.5	Distribusi Rata-rata Umur dan Masa Kerja Responden menurut Daya Berpikir Kritisnya pada Penelitian di RSUD Banyumas Tahun 2010.....	51
Tabel 5.6	Hubungan Dokumentasi Keperawatan dan Sistem Komputer dengan Daya Berpikir Kritisnya di RSUD Banyumas Tahun 2010 .....	52
Tabel 5.7	Variabel Penelitian yang Menjadi Kandidat dalam Regresi Logistik.....	53
Tabel 5.8	Hasil Regresi Logistik pada Daya Berpikir Kritis Perawat di RSUD Banyumas Tahun 2010 Tahap Pertama .....	53
Tabel 5.9	Hasil Regresi Logistik pada Daya Berpikir Kritis Perawat di RSUD Banyumas Tahun 2010 Tahap Kedua.....	54
Tabel 5.10	Perubahan OR dari Regresi Logistik Tahap Kedua .....	54
Tabel 5.11	Hasil Regresi Logistik pada Daya Berpikir Kritis Perawat di RSUD Banyumas Tahun 2010 Tahap Ketiga.....	54
Tabel 5.12	Perubahan OR dari Regresi Logistik Tahap Ketiga .....	54
Tabel 5.13	Hasil Regresi Logistik pada Daya Berpikir Kritis Perawat di RSUD Banyumas Tahun 2010 Tahap Akhir Permodelan.....	55

## DAFTAR SKEMA

Skema 2.1	Kerangka Pikir Penelitian.....	27
Skema 3.1	Kerangka Konsep Penelitian.....	28



## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Jadwal Penelitian
- Lampiran 2 Informasi Penelitian, Pernyataan Persetujuan Menjadi Responden, Kuesioner A, B1+B2, dan Formulir Uji Daya Berpikir Kritis Perawat.
- Lampiran 3 Kisi-kisi Kuesioner
- Lampiran 4 Daftar Riwayat Hidup
- Lampiran 5 Surat Ijin Penelitian dari FIK dan dari RSUD Banyumas
- Lampiran 6 Keterangan Lolos Kaji Etik



# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang memberikan pelayanan pada bio-psiko-sosia-spiritual-kultural kepada individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat baik sehat maupun sakit. Peranan keperawatan terhadap derajat kesehatan manusia baik sebagai individu atau kelompok sangatlah besar, maka pada tataran layanan di lapangan peran tersebut harus dapat diwujudkan. Keperawatan juga merupakan rangkaian kegiatan yang memiliki proses keperawatan, yaitu meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan. Proses keperawatan itu dilakukan pada setiap tindakan keperawatan diberbagai area baik individu yang berada di klinik, rumah sakit atau kelompok maupun area yang berupa kelompok individu baik di keluarga atau masyarakat.

Proses keperawatan yang merupakan rangkaian tindakan keperawatan yang berurutan dan berkesinambungan. Sebagai sebuah profesi keperawatan memiliki tanggung jawab dan tanggung gugat baik kepada kode etik profesi maupun kepada peraturan yang berlaku terkait dengan profesinya. Salah satu bentuk tanggung gugat dan tanggung jawab perawat dalam melaksanakan proses keperawatannya adalah dokumentasi keperawatan. Pelaksanaan dokumentasi keperawatan merupakan hal penting dalam pelaksanaan asuhan keperawatan, selain itu dokumentasi keperawatan juga merupakan bukti akuntabilitas tindakan keperawatan yang dilakukan perawat dalam pelayanan keperawatannya terhadap pasien. Perawat juga dituntut untuk menerapkan dokumentasi keperawatannya sebagai tanggung jawab profesi dan aspek legal (Kozier, 2007).

Pelaksanaan dokumentasi keperawatan selama ini di Indonesia masih belum sesuai dengan standar, sehingga sering muncul masalah dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Masalah itu adalah tidak lengkapnya dokumentasi asuhan keperawatan yang dilakukan baik di rumah sakit maupun pelayanan

keperawatan yang lainnya. Permasalahan itu muncul karena berbagai asumsi salah satunya adalah rumitnya sistem pendokumentasian asuhan keperawatan, penggunaan dokumentasi yang masih manual, dan pemahaman perawat yang masih rendah tentang pentingnya dokumentasi. (Widyantoro, 2005)

Sistem dokumentasi keperawatan yang masih manual menurut beberapa ahli merupakan salah satu faktor penyebab ketidaklengkapan dokumentasi asuhan keperawatan, oleh karena itu beberapa institusi layanan kesehatan baik di dalam maupun di luar negeri telah mengembangkan model pendokumentasian dengan berbasis pada teknologi dan penggunaan komputer, sehingga dokumentasi keperawatan saat ini merupakan gabungan dari penggunaan proses keperawatan dan teknologi informasi yang tergabung dalam sistem informasi keperawatan.

Menurut American Nurses Association sistem informasi keperawatan berkaitan dengan legalitas untuk memperoleh dan menggunakan data, informasi dan pengetahuan tentang standar dokumentasi, komunikasi, mendukung proses pengambilan keputusan, mengembangkan dan mendesiminasikan pengetahuan baru, meningkatkan kualitas, efektifitas dan efisiensi asuhan keperawatan dan memberdayakan pasien untuk memilih asuhan kesehatan yang diinginkan. Kemanfaatan sistem informasi pada suatu organisasi terletak pada komponen yang ada sehingga menghimpun, menganalisa dan memberikan informasi yang berguna, akurat, terpercaya, detail, cepat, relevan untuk keperluan suatu organisasi (ANA, 2010).

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Banyumas merupakan salah satu rumah sakit di Indonesia yang telah mengembangkan sistem informasi keperawatan sejak tahun 1998 dalam proses keperawatan. Rumah sakit ini telah menerapkan sistem ini sejak tahun 2004 dimana penggunaan komputer menjadi komponen utama dalam kegiatan dokumentasi keperawatan. Rumah sakit ini juga telah meminimalkan penggunaan kertas dalam dokumentasi status pasiennya. Pelaksanaan pengembangan sistem ini juga mengalami berbagai manfaat dan dampak negatif yang senantiasa dievaluasi oleh pihak manajerial rumah sakit. Evaluasi yang dilaksanakan salah satunya adalah



dengan melakukan audit mutu asuhan keperawatan yang berfokus pada kelengkapan dokumentasi. Menurut Kamaludin (1999) yang melakukan penelitian di rumah sakit ini, telah terjadi peningkatan kelengkapan dokumentasi dari efek penggunaan sistem dokumentasi berbasis komputer. Rumah sakit ini menggunakan instrumen A yang dikeluarkan oleh Departemen Kesehatan untuk melakukan evaluasi, tentunya dengan berbagai modifikasi untuk disesuaikan dengan pengembangan sistem informasi keperawatan yang sudah diterapkan. Data hasil audit yang dilakukan oleh rumah sakit selama tahun 2009 didapatkan bahwa terjadi ketimpangan dalam komponen proses keperawatan yang didokumentasikan.

RSUD Banyumas telah melakukan audit keperawatan pada tahun 2009. Pada bulan Pebruari nilai pengkajian sebesar 74.80%, diagnosa 98.10%, perencanaan sebesar 92.70%, tindakan keperawatan sebesar 35.5%, evaluasi keperawatan sebesar 94.06% dan catatan keperawatan sebesar 56%, sedangkan pada bulan Agustus pengkajian sebesar 67%, diagnosa 87%, perencanaan 95%, tindakan keperawatan 54%, evaluasi 74% dan catatan keperawatan sebesar 93%. Terjadi penurunan pada aspek pengkajian, diagnosa dan evaluasi keperawatan, sementara terjadi peningkatan pada perencanaan, tindakan dan catatan keperawatan. Secara rerata pada bulan Pebruari sebesar 75.19% dan bulan Agustus sebesar 78.21%, terjadi peningkatan secara umum. Ada hal yang menarik pada beberapa aspek tersebut, yakni pada aspek diagnosa dan perencanaan keperawatan yang memiliki presentase besar yaitu berkisar pada angka 90%, sementara pada aspek pengkajian memiliki nilai yang jauh lebih rendah sekitar 70% dan juga pada tindakan keperawatan yang lebih rendah lagi hanya berkisar pada 40%.

Kondisi yang lain menunjukkan bahwa rumah sakit ini juga telah mengembangkan model asuhan keperawatan dengan menggunakan sistem North American Nursing Diagnoses Association (NANDA) edisi tahun 2004, Nursing Intervention Classification (NIC), dan Nursing Outcome Classification (NOC) revisi pada tahun 2006. Penggunaan model ini diintegrasikan dalam sebuah sistem informasi keperawatan yang terpusat. Setiap pendokumentasian keperawatan pada setiap proses keperawatan telah

disusun secara sistematis dan otomatis, bahkan pada beberapa proses keperawatan sistem telah dapat menyusun dengan baik diagnosa keperawatan, intervensi dan hasil asuhan keperawatan dengan tanpa melakukan pengkajian keperawatan secara lengkap.

Kondisi seperti diatas memberikan peluang bagi perawat untuk tidak melakukan pengkajian secara lengkap dalam setiap pemberian asuhan keperawatan, sehingga mengakibatkan pemberian asuhan keperawatannya pada pasien tidak berdasar pada kondisi aktual yang ada, atau bahkan hanya terkesan formalitas. Disisi lain, beberapa data pengkajian tidak dapat mempengaruhi secara langsung formulasi dari diagnosa, rencana intervensi dan rencana hasil tindakan keperawatan karena komputer telah menyusun secara otomatis.

Terkait kondisi ini, maka kemampuan perawat dalam melakukan setiap tahapan proses keperawatan tidak dilakukan dengan baik khususnya terkait dengan dokumentasi keperawatan. Hal itu muncul karena beberapa data pengkajian tidak berpengaruh langsung pada formulasi diagnosa, rencana dan hasil intervensi keperawatan. Kondisi lain adalah apa yang dilakukan oleh perawat kepada pasien belum sesuai atau bahkan melebihi rencana dan hasil intervensi yang diharapkan. Kondisi semacam ini membuat kualitas dokumentasi keperawatan menjadi lemah, tidak saja pada kelengkapan namun juga pada kebenaran dari isi dokumentasi tersebut.

Penggunaan sistem dokumentasi dengan berbasis komputer menimbulkan efek otomatisasi dan rutinitas yang dilakukan oleh perawat dalam melaksanakan proses keperawatan. Sementara menurut Maryam (2008), perawat dalam melakukan proses keperawatan membutuhkan daya berpikir kritis. Kemampuan pengetahuan, kemampuan ketrampilan dan sikap mereka sebagai perawat akan diuji dalam melaksanakan proses keperawatan yang merupakan asuhan keperawatan yang diberikan kepada kliennya. Berkaitan dengan kondisi diatas bahwa penggunaan sistem dokumentasi keperawatan di RSUD Banyumas menimbulkan kondisi lain dimana perawat tidak menggunakan daya berpikir kritisnya secara baik dalam melakukan proses keperawatan

dikarenakan ketergantungan yang tinggi pada perangkat keras dan program yang ada di dalam komputer.

Perangkat komputer dan program yang digunakan dalam melaksanakan dokumentasi keperawatan, membutuhkan beberapa aspek yang dipenuhi. Prasyarat perangkat keras yang memadai, program yang memiliki sifat kegunaan besar, dan operator pelaksana dalam penggunaan komputer itu sendiri. Operator komputer dalam hal ini perawat yang melakukan dokumentasi harus memiliki kemampuan yang mendukung penggunaan perangkat keras dan programnya, sehingga penggunaan sistem pendokumentasian akan berjalan dengan lancar. Oleh karena itu kualifikasi pendidikan dan kemampuan personal secara ketrampilan sangat mempengaruhi pelaksanaan sistem pendokumentasian ini (Pangestu, 2007).

RSUD Banyumas yang merupakan rumah sakit dengan tipe B pendidikan yang telah menjadi BLUD memiliki kewenangan yang besar dalam mengatur setiap kebijakan yang terjadi di rumah sakit. Kewenangan itu dituangkan dalam kebijakan penggunaan dokumentasi keperawatan berbasis komputer. Pada kondisi lain, tenaga keperawatan di rumah sakit ini juga masih didominasi oleh D3 dengan prosentase 89.6% (275), S1 sebesar 7.82% (24), S2 0.33% (1) dan SPK 2,3 % (7) dari 307 jumlah keseluruhan perawat.

Ketenagaan perawat yang didominasi oleh D3 memberikan pengaruh pada kualitas asuhan yang diberikan kepada klien atau kualitas pelaksanaan proses keperawatan yang harus dilakukan oleh perawat. Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) menyebutkan bahwa perawat yang memiliki pendidikan D3 digolongkan dalam perawat dengan kemampuan vokasional, yaitu melaksanakan aktivitas keperawatan berdasar fungsional atau kebutuhan. Sedangkan kualifikasi profesional diberikan kepada perawat dengan pendidikan minimal sarjana keperawatan atau magister dan spesialis keperawatan (PPNI, 2010).

Kondisi ketenagaan yang dimiliki oleh RSUD Banyumas yang masih didominasi oleh D3 menggambarkan bahwa kemampuan pelaksanaan kegiatan

dan asuhan keperawatan masih berada pada level vokasional, walaupun sudah ada sejumlah perawat profesional, itupun kebanyakan menduduki posisi struktural. Pendidikan keperawatan pada level D3 memiliki pengetahuan tentang managerial yang terbatas, termasuk pada penguasaan sistem informasi dan teknologi. Sementara kondisi pelayanan keperawatan sekarang menuntut penggunaan sistem informasi dan teknologi yang diintegrasikan dalam layanan keperawatan. Termasuk pada penggunaan teknologi komputer untuk basis dokumentasi keperawatan, peran dan kemampuan perawat sebagai operator atau pengguna sangat dibutuhkan.

Menurut Widyantoro (2005), dalam penelitiannya yang dilakukan di RS Fatmawati, sistem pendokumentasi berbasis komputer memiliki hubungan erat dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan yang dilakukan. Selain itu sistem pendokumentasian berbasis komputer juga memiliki hubungan erat dengan intensitas pelayanan yang diberikan perawat pada kliennya di ruangan. Keadaan seperti ini menunjukkan bahwa penggunaan sistem dokumentasi keperawatan berbasis komputer menimbulkan beberapa efek pada kualitas dokumentasi itu sendiri, termasuk kualitas layanan keperawatan yang diberikan.

Salah satu kondisi yang muncul berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Widyantoro, bahwa dengan sistem pendokumentasian keperawatan berbasis komputer menurunkan intensitas layanan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Hal ini menimbulkan penurunan pada kualitas layanan yang diberikan oleh perawat, sehingga dengan terjadinya penurunan kualitas layanan keperawatan, telah menggambarkan terjadinya kualitas kemampuan perawat juga. Sementara berdasarkan Maryam (2008) dalam bukunya tentang berpikir kritis dalam keperawatan menyebutkan bahwa kemampuan perawat dalam memberikan layanan merupakan manifestasi dari kemampuan daya berpikir kritis perawat itu sendiri. Oleh karena itu penggunaan sistem dokumentasi berbasis komputer, kemungkinan juga memiliki hubungan dengan daya berpikir kritis perawat dalam melaksanakan proses keperawatan.

## 1.2 Rumusan Masalah

Latar belakang diatas menunjukkan bahwa penggunaan dokumentasi berbasis komputer di RSUD Banyumas memiliki kemungkinan untuk menurunkan daya berpikir kritis perawat dalam melaksanakan proses keperawatan. Perawat sebagai *brainware* (operator/pengguna) dalam dokumentasi berbasis komputer, memiliki peran sangat penting sehingga perlu dilakukan penelitian untuk menjawab kondisi tersebut, yaitu “Bagaimana hubungan antara dokumentasi keperawatan berbasis komputer dengan daya berpikir kritis perawat dalam melaksanakan proses keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas, Jawa Tengah”?

## 1.3 Tujuan Penelitian

### 1.3.1 Tujuan Umum:

Untuk mengetahui gambaran tentang Hubungan Dokumentasi Keperawatan berbasis Komputer dengan Daya Berpikir Kritis Perawat pada Pelaksanaan Proses Keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas, Jawa Tengah.

### 1.3.2 Tujuan Khusus:

Tujuan khusus dalam penelitian ini yaitu teridentifikasinya:

1.3.2.1 Karakteristik responden penelitian di RSUD Banyumas, Jawa Tengah.

1.3.2.2 Kemampuan dokumentasi keperawatan di RSUD Banyumas, Jawa Tengah.

1.3.2.3 Pemahaman sistem komputer di RSUD Banyumas, Jawa Tengah.

1.3.2.4 Daya berpikir kritis perawat dalam pelaksanaan proses keperawatan di RSUD Banyumas, Jawa Tengah.

1.3.2.5 Hubungan antara karakteristik responden dengan daya berpikir kritis perawat di RSUD Banyumas, Jawa Tengah.

1.3.2.6 Hubungan antara dokumentasi keperawatan dan sistem komputer dengan daya berpikir kritis perawat di RSUD Banyumas.

1.3.2.7 Faktor yang paling dominan yang berhubungan dengan daya berpikir kritis pada pelaksanaan proses keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas, Jawa Tengah.

## 1.4 Manfaat Penelitian

### 1.4.1 Manfaat aplikatif.

1.4.1.1 Sebagai masukan atau bahan pertimbangan bagi pimpinan atau Bidang Keperawatan RSUD Banyumas untuk dijadikan acuan konseptual dalam penyusunan program peningkatan sumber daya manusia yang berhubungan dengan daya berpikir kritis perawat dan dokumentasi keperawatan berbasis komputer di Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas, Jawa Tengah.

1.4.1.2 Sebagai masukan untuk Bidang Keperawatan RSUD Banyumas tentang gambaran hubungan dokumentasi keperawatan berbasis komputer dengan daya berpikir kritis perawat dalam melaksanakan proses keperawatan.

### 1.4.2 Manfaat keilmuan

1.4.2.1 Pengembangan ilmu pengetahuan khususnya kepemimpinan dan manajemen keperawatan yang berhubungan dengan dokumentasi keperawatan dan daya berpikir kritis perawat dalam melaksanakan proses keperawatan.

1.4.2.2 Menjadi referensi di perpustakaan yang dapat digunakan oleh peneliti yang mempunyai peminatan di bidang manajemen sumber daya manusia yang berkaitan dengan dokumentasi keperawatan berbasis komputer dengan daya berpikir kritis perawat dalam melaksanakan proses keperawatan.

### 1.4.3 Metodologi

Penelitian ini menjadi media untuk pembelajaran yang berharga dalam mengaplikasikan pengetahuan yang di dapat selama studi, peningkatan ketrampilan dalam penelitian manajemen keperawatan, serta bertambahnya wawasan dalam bidang penelitian. Penelitian ini juga mampu menjadi rujukan bagi peneliti-peneliti selanjutnya untuk mengembangkan topik tentang dokumentasi dan sistem komputer.

## BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1.1 Manajemen Keperawatan

Swanburg (2000), menyebutkan bahwa manajemen keperawatan adalah manajemen yang berhubungan dengan perencanaan (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), kepemimpinan (*leading*), dan pengendalian (*coontrolling*) aktivitas-aktivitas dari unit pelayanan keperawatan. Empat elemen besar teori manajemen adalah perencanaan, pengorganisasian, mengarahkan atau memimpin, dan pengendalian atau evaluasi. Seluruh aktivitas manajemen keperawatan merupakan aspek kognitis, afektif, dan psikomotor, berada dalam satu atau lebih fungsi yang berjalan bersama-sama.

Manajemen keperawatan berfokus pada perilaku manusia yang menjadi kepercayaan utama. Manajemen keperawatan merupakan gabungan dari pengetahuan dan ketrampilan tentang perilaku manusia dalam mengelola pelayanan keperawatan yang profesional. Penerapan manajemen keperawatan dalam layanan keperawatan merupakan sebuah kemestian. Terkait dengan dokumentasi keperawatan, peran dan fungsi manajemen sangat diperlukan. Fungsi manajemen keperawatan yang sangat berperan dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan adalah fungsi pengendalian (*controlling*). Dimana dengan peran ini dokumentasi keperawatan menjadi alat untuk mengendalikan kualitas layanan keperawatan yang diberikan kepada pasien/klien, termasuk sebagai tanggung gugat perawat.

Dokumentasi keperawatan yang berbasis komputer yang digunakan dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan tetap harus mengacu pada peran dan fungsi dari manajemen. Penggunaan teknologi informasi dalam layanan keperawatan harus dapat memudahkan dan mengoptimalkan peran-peran dan fungsi manajemen keperawatan.

## 2.2 Sistem Komputer

### 2.2.1 Pengertian

Sistem komputer merupakan gabungan dari berbagai perangkat keras (*hardware*), perangkat lunak (*software*), dan perangkat otak (*brainware*). Perangkat keras meliputi peralatan teknologi yang terdiri dari berbagai alat dengan basis komputer, yaitu *personal computer (PC)*, monitor, keyboard. Selanjutnya perangkat lunak terdiri dari sistem untuk mengoperasikan perangkat keras yang berupa program-program. Sedangkan perangkat otak merupakan penghubung antara perangkat keras dan perangkat lunak yang satu dengan perangkat keras dan perangkat lunak yang lain, yang dapat berupa segala sumber daya terkait hubungan antar perangkat, termasuk pelaku dan pengguna perangkat. (Pangestu, 2007).

Berdasarkan diatas, maka pengguna komputer dalam sistem komputer yang digunakan sebagai basis dokumentasi adalah perawat. Oleh karena itu kemampuan perawat sebagai operator atau pengguna harus standar. Kemampuan itu diantaranya adalah pengetahuan dan ketrampilan tentang perangkat keras, program dan kegiatan terkait penggunaan sistem dokumentasi berbasis komputer, sehingga kualitas penggunaan komputer sebagai sebagai sistem akan mendukung pelaksanaan proses keperawatan.

### 2.2.2 Sistem Komputer sebagai bagian dalam Sistem Informasi Manajemen

Pangestu (2007) menyebutkan informasi merupakan bagian terpenting dalam sebuah organisasi. Melalui informasi organisasi menjalankan dan mengembangkan produktivitasnya. Dalam keperawatan informasi keperawatan dan kesehatan juga merupakan bagian terpenting dalam sebuah organisasi yang disebut rumah sakit. Informasi merupakan hasil dari pengumpulan dan pengolahan data-data tentang sebuah aktivitas organisasi/rumah sakit. Informasi keperawatan merupakan hasil pengumpulan dan pengolahan data-data aktivitas keperawatan dalam sebuah rumah sakit. Informasi keperawatan ini menjadi bagian integral dari informasi rumah sakit yang memiliki sistem informasi manajemen rumah sakit.



Sistem memiliki alur kerja yang jelas. Dimulai dari *input*, *process* dan *output*. Setiap elemen memiliki karakteristik dan konsekuensi masing-masing. Jika diantara elemen memiliki integritas dan integrasi yang baik, maka sistem akan berjalan dengan baik pula. Sistem informasi keperawatan mencakup semua elemen-elemen sistem itu sendiri, dimana pada elemen *input* memiliki perawat dan SDM lain, dana, sumber daya perlengkapan dan peralatan, pendidikan dan pelatihan. Selanjutnya pada elemen proses memiliki kegiatan pelayanan keperawatan, asuhan keperawatan, kebijakan keperawatan. Terakhir pada elemen *output* memiliki mutu layanan keperawatan, kepuasan pasien dan perawat, indikator kinerja. Setiap sistem akan menghasilkan *outcome* dan *feedback* sebagai kontrol evaluasi proses dan hasil dari kinerja sebuah sistem (Ilyas, 2008).

### 2.2.3 Komputer sebagai media dalam Sistem Informasi Keperawatan

Sistem informasi keperawatan merupakan rangkaian dari input, proses dan output aktivitas keperawatan. Informasi dapat berupa apapun yang merupakan kumpulan dan analisa dari data-data keperawatan. Seiring berkembang zaman dan teknologi, sistem informasi keperawatan juga memiliki perkembangan dan kemajuan. Diantaranya penggunaan adalah penggunaan komputer sebagai media dari sistem informasi keperawatan (Pangestu, 2007).

Penggunaan komputer sebagai media dalam sistem informasi keperawatan telah diintegrasikan ke dalam setiap proses dan aktivitas keperawatan. Mulai dari pelaksanaan proses asuhan keperawatan hingga pada pelaksanaan kegiatan managerial keperawatan di sebuah rumah sakit. Aktivitas asuhan keperawatan dan managerial keperawatan yang diintegrasikan ke dalam sistem informasi keperawatan akan diintegrasikan kembali ke dalam sistem informasi manajemen rumah sakit.

Komputer hanya berperan sebagai media dari sistem informasi keperawatan, oleh karena itu keberlangsung sistem ini tidak berdasar pada alat media dan teknologinya melainkan pada pelaku dan pengguna sistem informasi keperawatan ini, yaitu perawat itu sendiri. Salah satu media penting dari

komputer dalam sistem informasi keperawatan adalah penggunaannya dalam pendokumentasian pelaksanaan asuhan keperawatan oleh perawat. Terkait dengan *Decision Support System (DSS)* Pangestu (2007), menyebutkan bahwa harus jelas pembagian peran dan fungsi dari masing-masing komponen dalam sistem informasi manajemen yang digunakan dalam sebuah organisasi. Pada layanan keperawatan dalam hal ini rumah sakit yang menggunakan sistem informasi sebagai media untuk pelaksanaan kerja-kerja manajerialnya, harus melakukan pembagian yang jelas antara komponen dari layanan keperawatan yang digunakan dalam sistem informasi manajemen yang digunakan untuk keperluan DSS.

Ali, T (2010) menyebutkan bahwa penggunaan teknologi informasi dalam sistem manajemen di rumah sakit memiliki konsekuensi yaitu; pengembangan komunikasi, pengembangan pengetahuan, asistensi, kinerja berdasar waktu, monitoring, dukungan pengambilan keputusan, dan ketersediaan informasi yang jelas. Begitu James (2009) menyebutkan bahwa penggunaan Electronic Medical Record (EMR), merupakan tuntutan zaman dan dapat digunakan sebagai dasar pada pengambilan keputusan dengan cepat karena data medis pasien dapat diketahui dengan cepat pula.

#### **2.2.4 Kualitas dan Nilai Informasi dalam Sistem Komputer.**

Pangestu (2007) mengatakan bahwa kualitas informasi tergantung pada tiga hal, yaitu:

**2.2.4.1 Akurat**, yaitu informasi harus bebas dari kesalahan-kesalahan dan tidak menyesatkan. Akurat menjadi kualitas dasar informasi karena dari sumber hingga penerima informasi sering terjadi gangguan (noise).

**2.2.4.2 Tepat Waktu**, yaitu informasi datang dari sumber hingga penerima sesuai dengan waktu yang dibutuhkan bahkan sesegera mungkin. Karena keterlambatan informasi akan membuat informasi menjadi bernilai rendah.

**2.2.4.3 Relevan**, berarti informasi yang didapat mempunyai banyak manfaat bagi pemakainya.

Informasi dianggap bernilai apabila memiliki manfaat yang lebih besar dan efektif dibandingkan dengan biaya untuk mendapatkannya, sehingga nilai dari informasi berbanding lurus dengan nilai sumber daya yang digunakan untuk mendapatkannya (Pangestu, 2007).

## **2.3 Dokumentasi Keperawatan**

### **2.3.1 Pengertian**

Dokumentasi keperawatan merupakan bagian dari tindakan keperawatan yang terintegrasi. Menurut Iyer dan Camp (2005) dokumentasi keperawatan adalah catatan tentang pasien yang dilakukan oleh perawat yang menggambarkan tentang kondisi pasien secara keseluruhan yang direfleksikan dalam proses keperawatan. Depkes (1994) memberikan pengertian tentang dokumentasi keperawatan merupakan bukti tertulis dari pelaksanaan tindakan keperawatan yang menggunakan metode pendekatan proses keperawatan dan catatan respon pasien terhadap tindakan keperawatan atau tindakan medis atau reaksi terhadap kondisi penyakit.

### **2.3.2 Tujuan Dokumentasi Keperawatan**

Dokumentasi keperawatan memiliki tujuan sebagai berikut:

**2.3.2.1 Komunikasi**, sebagai sarana koordinasi dan transfer informasi pasien secara berulang dan berkisinambungan.

**2.3.2.2 Aspek legal**, sebagai alat bukti jika terjadi tanggung gugat.

**2.3.2.3 Penelitian**, sebagai media informasi yang digunakan untuk sumber penelitian.

**2.3.2.4 Pendidikan**, alat pendidikan untuk calon tenaga keperawatan.

**2.3.2.5 Monitoring kualitas**, memonitoring kualitas perawatan yang diberikan kepada klien dan untuk tanggung jawab kompetensi.

**2.3.2.6 Statistik**, sebagai informasi untuk institusi kesehatan dan bagi masyarakat yang membutuhkan data tentang kesehatan.

**2.3.2.7 Akreditasi**, sebagai bahan untuk penilaian akreditasi rumah sakit.

**2.3.2.8 Pembayaran**, sebagai bukti untuk pembabayaran klien atas tindakan keperawatan yang diberikan selama perawatan (Iyer & Camp, 2005).

Menurut Potter & Perry (2001) tujuan dari dokumentasi keperawatan secara garis besar ada 3, yaitu alat komunikasi antar tenaga kesehatan terkait informasi klien, bahan pendidikan tenaga keperawatan, dan untuk data statistik. Selanjutnya selain yang disebutkan diatas Depkes (1994) menambahkan satu tujuan dokumentasi keperawatan yaitu untuk keperluan klaim asuransi kesehatan.

### 2.3.3 Komponen Dokumentasi pada Pelaksanaan Proses Keperawatan

Dokumentasi keperawatan merupakan sinergisitas antar tahapan proses keperawatan. Menurut Hall (1995, dalam Tomagoya, 2009) proses keperawatan adalah metode yang sistematis dan rasional yang dilakukan oleh perawat dalam memberikan layanan kepada pasien. Sementara menurut Paras (2009) proses keperawatan merupakan sebuah metode ilmiah yang dilakukan perawat dalam memberikan layanan keperawatan pada klien dengan menggunakan daya berpikir kritis. Komponen dokumentasi dalam proses keperawatan memiliki 5 komponen utama, yaitu;

#### 2.3.3.1 Pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan merupakan proses untuk mengumpulkan data, melakukan validasi, mengorganisasikan, dan mendokumentasikan data yang diperoleh dari klien. Data yang diperoleh dapat berupa data objektif dan data subyektif. Data yang diperoleh dari klien meliputi ; riwayat keperawatan dan kesehatan, pemeriksaan fisik, penilaian medis, hasil dari pemeriksaan penunjang,, dan aterial penunjang pemeriksaan. Data tersebut diperoleh secara langsung dari klien (primer) atau dari orang lain (sekunder) melalui observasi, wawancara, dan pemeriksaan.

#### 2.3.3.2 Diagnosa keperawatan

Adalah sebuah justifikasi klinik terhadap masalah yang dialami oleh klien. Masalah ini dapat berupa masalah potensial, aktual atau masalah kesehatan yang dapat diterapi. Terdapat beberapa sistem dalam penyusunan diagnosa. Ada yang berdasar pada North American Nursing Diagnoses (NANDA) dan CCC. Penulisan diagnosa keperawatan dilakukan dengan metode PES, yaitu; *Problem*, yaitu

masalah yang muncul, *Etiology*, penyebab masalah terjadi, dan *Symptoms*, gejala yang muncul akan masalah yang ada.

#### 2.3.3.3 Perencanaan keperawatan

Meliputi kegiatan untuk menyusun prioritas masalah, tujuan yang ingin dicapai termasuk rencana tindakan yang akan diberikan untuk menyelesaikan masalah yang muncul. Prioritas didasarkan pada diagnosa yang ada, kemudian penyusunan tujuan untuk masing-masing diagnosa dan kriteria hasil yang akan dicapai serta rencana tindakan perawatan yang akan dilakukan.

#### 2.3.3.4 Tindakan keperawatan

Merupakan bagian teknis yaitu pelaksanaan dari rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya. Tindakan keperawatan memiliki beberapa macam tipe:

2.3.3.4.1 *Independent*, tindakan mandiri keperawatan

2.3.3.4.2 *Dependent*, tindakan yang membutuhkan tenaga kesehatan lain (misal dokter, farmasi, diet).

2.3.3.4.3 *Colloborative*, tindakan bersama yang dilakukan bersama tenaga kesehatan yang lain.

Tindakan keperawatan dapat berupa promosi kesehatan, maintenance kesehatan, pemulihan kesehatan dan perawatan terminal. Tindakan keperawatan yang dilakukan didasarkan pada kemampuan kognitif, interpersonal dan teknis yang dimiliki oleh perawat.

#### 2.3.3.5 Evaluasi keperawatan.

Merupakan kegiatan dimana perawat melakukan analisa terhadap proses-proses sebelumnya, perbandingan antara tujuan, kriteria hasil yang ingin dicapai dan tindakan keperawatan yang sudah dilakukan. Evaluasi keperawatan dilakukan untuk menyusun rencana keperawatan yang baru untuk menyelesaikan masalah yang muncul pada pasien.

### 2.3.4 Kualitas Dokumentasi Keperawatan

Depkes (1994) menetapkan tentang kualitas pelaksanaan dokumentasi keperawatan yang memiliki beberapa persyaratan, yakni:

#### 2.3.4.1 Lengkap, yang meliputi:

- 2.3.4.1.1 Mencatat semua pelayanan keperawatan yang telah diberikan. Terdiri dari 5 tahap yaitu pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi keperawatan
- 2.3.4.1.2 Mencatat tanggapan perawat
- 2.3.4.1.3 Mencatat respon pasien
- 2.3.4.1.4 Mencatat alasan pasien dirawat, dan
- 2.3.4.1.5 Mencatat visite dokter.

#### 2.3.4.2 Teliti, yang meliputi:

- 2.3.4.2.1 mencatat setiap terjadi perubahan
- 2.3.4.2.2 mencatat pelayanan yang diberikan dan hasil observasi yang dilakukan
- 2.3.4.2.3 mencatat pada lembar yang telah disediakan
- 2.3.4.2.4 mencatumkan nama dan tandatangan perawat
- 2.3.4.2.5 ada kesesuaian antara catatan perkembangan dengan hasil pemeriksaan penunjang.

#### 2.3.4.3 Berdasar fakta, yang dimaksud adalah:

Mencatat fakta bukan asumsi atau pendapat, menggunakan bahasa yang aktif, dan informasi yang ditulis sesuai dengan data penunjang.

#### 2.3.4.4 Logis, yang meliputi:

Sesuai dengan alur berpikir, dicatat secara kronologis, mencantumkan nama dan register setiap lembar, memulai penulisan dengan huruf besar, dilakukan dengan identitas waktu (jam, tanggal, hari, bulan dan tahun).

#### 2.3.4.5 Dapat dibaca, yang dimaksud adalah:

Tulisan jelas dapat dibaca oleh siapapun antar tenaga keperawatan, ditulis dengan menggunakan tinta, singkatan yang digunakan yang sudah lazim dalam dokumentasi keperawatan.

2.3.4.6 Terorganisir, maksudnya adalah memiliki kesesuaian format dalam setiap penulisan pada setiap tahapnya, sehingga bisa dikomunikasikan antar sesama tenaga keperawatan dan dipahami bersama.

2.3.4.7 Mutakhir, maksudnya adalah pencatatan dilakukan dengan segala kondisi kekinian dan tidak ditunda-tunda.

2.3.4.8 Menjaga kerahasiaan, yaitu yaitu sebagai media untuk menjaga keamanan data yang hanya digunakan untuk keperluan yang resmi dan berkaitan dengan status pasien atau tenaga keperawatan yang bersangkutan.

### **2.3.5 Faktor-faktor yang mempengaruhi perawat dalam melakukan dokumentasi keperawatan.**

#### **2.3.5.1 Umur**

Sesuai dengan karakteristik degeneratif maka, umur merupakan faktor yang mempengaruhi kinerja perawat dalam melakukan dokumentasi. Setelah menjalani masa orientasi dan stabilisasi dari awal bekerja perawat memiliki kemampuan dokumentasi lebih lengkap seiring bertambahnya usia atau masa kerja, hal ini karena yang bersangkutan masih dalam usia produktif, sedangkan setelah melewati masa itu maka kemampuan akan menurun. Beberapa literatur seperti penelitian Jasmarizal (2000) di RSUP M Jamil Padang, diatas usia 40 kemampuan dokumentasi perawat mengalami penurunan.

Sementara Marinki (2008) melakukan pembagian umur sebagai berikut; < 18 tahun adalah masa kanak-kanak, 18 – 22 tahun adalah usia sekolah dan pendidikan tinggi, 22-30 tahun usia kerja produktif, 30-45 adalah usia kerja optimal, dan > 45 tahun adalah usia lansia. Sunariani *et.all* (2007), usia 30 tahun merupakan The 1% Rule, yaitu usia dimana tubuh mulai mengalami penurunan fungsi tubuh sebesar 1% tiap tahunnya.

#### **2.3.5.2 Masa Kerja**

Produktivitas seorang perawat ditentukan salah satunya dari masa kerja. Setelah menjalani masa kerja orientasi dan stabilisasi

kemampuan produktivitas akan selalu meningkat seiring berjalannya masa kerja (Siagian, 2004).

Wasdhana (2009) menyebutkan bahwa masa kerja 5 tahun adalah waktu dimana seorang bekerja telah mengetahui suasana dan lingkungan kerja yang stabil.

#### 2.3.5.3 Pendidikan

Kemampuan kognitif hasil dari pendidikan keperawatan akan memberikan efek pada perubahan positif dari ketrampilan dan sikap tenaga keperawatan. Seiring meningkatnya pendidikan maka kemampuan produktivitas termasuk dalam hal dokumentasi keperawatan akan meningkat.

#### 2.3.5.4 Jenis Kelamin

Jenis kelamin mempengaruhi pelaksanaan dokumentasi keperawatan. Berdasarkan penelitian Widyantoro (2005) jenis kelamin perempuan memiliki kemampuan yang lebih dalam mendokumentasikan dibandingkan laki. Kemampuan itu berupa kelengkapan dokumentasi dan kebenaran isi dokumentasi. Sullivan (2001) menyebutkan bahwa perawat didominasi oleh jenis kelamin perempuan, hal ini karena kemampuan perawat diindikasikan dengan kemampuan *caring* seorang perempuan.

#### 2.3.5.5 Pelatihan

Menurut Ilyas (2008), sikap dan ketrampilan seseorang dalam melakukan asuhan keperawatan memiliki hubungan positif dengan adanya pengalaman dan pelatihan yang dialami oleh perawat itu sendiri. Termasuk dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan juga akan dipengaruhi oleh adanya pelatihan. International Labour Office (ILO) (2004), menyebutkan bahwa peran ketrampilan spesifik terhadap suatu pekerjaan memiliki pengaruh yang besar terhadap produktivitas tenaga kerja.



Sedangkan menurut Iyer dan Camp (2005), faktor-faktor yang mempengaruhi dokumentasi keperawatan meliputi:

#### 2.3.5.1 Waktu

Pelaksanaan dokumentasi keperawatan merupakan hal yang menyita banyak waktu namun merupakan hal yang sangat penting dalam keperawatan.

#### 2.3.5.2 Pengetahuan masyarakat yang meningkat akan hal-hal yang berhubungan dengan kesehatan.

Perkembangan sumber dan media informasi menjadikan masyarakat mudah terpapar akan informasi kesehatan, sehingga akan berpengaruh pula pada keadaan mereka saat mengalami kondisi kesehatan dan harus dirawat dirumah sakit, yang akhirnya juga akan berimbas pada pelaksanaan dokumentasi keperawatan terkait isi dan pelaksanaannya.

#### 2.3.5.3 Peningkatan kondisi pasien akut.

Kondisi merupakan imbas dari perkembangan zaman dan kesadaran masyarakat akan perawatan kesehatan. Peningkatan jaminan asuransi kesehatan menjadikan para klien untuk lebih memanfaatkan layanan rumah sakit khususnya rawat inap pada kasus-kasus akut yang mereka alami. Akibatnya lama hari rawat setiap pasien jadi sebentar, dan turn overnya meningkat, sehingga menuntut perawat harus melengkapi data dan menyusun dokumentasi keperawatan dalam waktu yang cepat juga.

#### 2.3.5.4 Penekanan pada *outcome* rumah sakit

Rumah sakit menjadikan dokumentasi sebagai salah satu evaluasi untuk mengetahui hasil kerja dan kinerja organisasi rumah sakit.

#### 2.3.5.5 Tenaga keperawatan yang terbatas.

Terbatasnya jumlah tenaga keperawatan menjadikan peningkatan beban kerja perawat termasuk dokumentasi keperawatan. Tenaga yang sedikit menjadikan pelaksanaan dokumentasi tidak lengkap dan tidak sempurna.

#### 2.3.5.6 Standar praktek profesional.

Sebagai sebuah profesi, perawat memiliki tanggung jawab profesi termasuk dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. Kualitas dokumentasi menjadi salah satu indikator kualitas layanan keperawatan yang diberikan.

#### 2.3.5.7 Perkembangan zaman dan teknologi.

Berkembangnya sistem informasi dan teknologi menuntut perawat mengimbangi dampak dan efeknya. Termasuk dalam memberikan asuhan keperawatan. Karakteristik klien dan pasien yang selalu *update* dengan teknologi mengharuskan perawat memberikan layanan sesuai tuntutan klien. Penggunaan sistem informasi dan teknologi harus diintegrasikan dalam memberikan layanan keperawatan.

#### 2.3.5.8 Layanan kesehatan yang semakin berkualitas.

Kondisi masyarakat yang memiliki kecenderungan selalu berkembang, menjadikan masyarakat juga mengikuti perkembangan kualitas layanan kesehatan.

### 2.4 Perawat sebagai *Brainware* dalam Sistem Komputer.

Perawat sebagai bagian dari sistem informasi keperawatan, yang menggunakan teknologi komputer memiliki peran secara tersendiri dan rinci. Perawat merupakan sebuah model sederhana pengolah informasi, dimana dalam proses diri perawat sendiri terdapat alur informasi dan pengolahan. Dimulai dari mendapatkan masukan berupa data respon melalui berbagai sarana dan media, kemudian berlanjut pada pengolahan data yang mengandalkan konsep memori dan kognitif sampai menimbulkan hasil dari tindakan dan respon melalui berbagai sarana dan media pula. Kemampuan perawat dalam melakukan dokumentasi komputer sangat tergantung pada kualitas individu perawat masing-masing. Perbedaan karakteristik individu, pendidikan, dan pengalaman dan keterpaparan dengan teknologi merupakan faktor yang mempengaruhi (Pangestu, 2007).

## 2.4 Berpikir Kritis dalam Keperawatan

### 2.4.1 Pengertian Berpikir Kritis

Strader (1992) menyatakan berpikir kritis adalah suatu proses pengujian yang menitikberatkan pendapat tentang kejadian atau fakta yang mutakhir dan menginterpretasikannya serta mengevaluasi pendapat-pendapat tersebut untuk mendapatkan suatu kesimpulan tentang adanya perspektif baru. Sementara menurut Bandman (1988, dalam Maryam 2008) berpikir kritis adalah pengujian secara rasional terhadap ide-ide, kesimpulan, pendapat, prinsip, pemikiran, masalah, kepercayaan, dan tindakan.

Menurut Alfaro (1999, dalam Zimmermann, 2010) berpikir kritis dalam keperawatan adalah kehati-hatian, berfokus pada hasil dalam memahami sebuah konteks keperawatan. Berpikir kritis berdasar pada dasar keilmuan, metodologi, proses keperawatan, tingkat pendidikan, ketrampilan, pengalaman, standar profesional, sikap positif, pembelajaran, dan kode etik.

Sementara Del-Bueno (2001) menyatakan juga bahwa berpikir kritis dalam keperawatan merupakan manifestasi dari *Performance Based Development System*, yaitu kemampuan perawat yang mencakup kemampuan interpersonal, kemampuan teknis, dan berpikir kritis. Carter *et. al* (2008) menyebutkan daya berpikir kritis perawat dianggap sangat penting karena untuk menghadapi situasi setiap keadaan pada pasiennya. Selanjutnya Gambrell dan Gibbs (2009) mengatakan bahwa dengan daya berpikir kritis perawat digunakan untuk mengambil keputusan pada setiap tindakan perawat dalam melakukan perawatan pada kliennya.

Benner (1984) menyebutkan tingkatan perawat dalam berpikir kritis, yaitu:

#### 2.4.1.1 *Beginner*

Perawat memiliki pengalaman dan ketrampilan relatif sedikit, belajar dari rutinitas, membutuhkan lanjutan pendidikan keperawatan.

#### 2.4.1.2 *Advanced Beginner*

Perawat yang memiliki kemampuan untuk membuat keputusan mandiri, biasanya minimal perawat dengan lulusan pendidikan sarjana.

#### 2.4.1.3 *Competent*

Perawat yang memiliki kemampuan untuk menyusun program dan ketrampilan jangka panjang, berdasarkan pengalaman, membuat keputusan instant berdasar intuisi. Biasanya perawat membutuhkan waktu lebih dari satu tahun untuk memiliki tingkatan ini.

#### 2.4.1.4 *Proficient*

Perawat yang memiliki pemahaman masalah mendalam dari berbagai sudut pandang, tidak hanya perbagian, dan mampu memberikan solusi permasalahan.

#### 2.4.1.5 *Expert*

Perawat yang telah menggunakan intuisi dan kemampuan mengambil keputusan secara instant, kebanyakan perawat meraih tingkatan ini diatas 5 tahun pengalaman bekerja.

### 2.4.2 **Komponen Berpikir Kritis dalam Keperawatan**

Bueno (2001) menyusun komponen berpikir kritis dalam keperawatan ada empat yaitu:

2.4.2.1 Dapatkah perawat mengenali masalah klien?

2.4.2.2 Dapatkah perawat mengelola masalah dengan aman dan efektif?

2.4.2.3 Apakah perawat relatif peka dengan kegawatdaruratan pasien?

2.4.2.4 Apakah perawat melakukan tindakan yang benar berdasarkan alasan yang benar juga?

Menurut Watson-Glaser (2002), komponen berpikir kritis meliputi 5 aspek, yaitu:

#### 2.4.2.1 *Inference*

Adalah kemampuan untuk mampu menggambarkan fakta berdasar observasi. Kemampuan ini dalam keperawatan adalah merupakan kemampuan seorang perawat digunakan dalam melakukan proses keperawatan terkait pada pengkajian awal, diagnosa, tindakan, evaluasi dan pengkajian lanjutan. Seorang perawat harus mampu menggunakan data yang ada sebagai bagian observasi untuk mendapatkan informasi sebagai bahan pertimbangan dalam memberikan perawatan.

#### 2.4.2.2 *Recognition of Assumptions*

Kemampuan untuk mengenali asumsi yang dimiliki. Sebagai seorang perawat kemampuan pada bagian ini adalah pengenalan sumber-sumber informasi yang valid, yang berasal dari sumber yang dapat dipertanggungjawabkan. Sehingga informasi yang didapatkan dalam melakukan perawatan bukan merupakan asumsi melainkan merupakan kebenaran atau fakta.

#### 2.4.2.3 *Deduction*

Kemampuan mengambil kesimpulan berdasarkan data dasar yang diperoleh. Kemampuan bagian ini sebagai seorang perawat adalah mampu mengambil kesimpulan dari berbagai sumber informasi yang didapatkan secara benar, sehingga dapat menyusun sebuah diagnosa, atau kondisi tertentu secara parsial.

#### 2.4.2.4 *Interpretation*

Kemampuan untuk menyimpulkan masalah berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan secara komprehensif. Kemampuan pada bagian ini adalah bahwa seorang mampu menyusun sebuah kesimpulan besar dari berbagai kesimpulan awal atas data dasar. Kemampuan perawat dalam hal ini digunakan dalam melakukan evaluasi dan merumuskan sebuah rencana tindak lanjut perawatan atas kondisi pasien setelah dilakukan tindakan.

#### 2.4.2.5 *Evaluation of Arguments*

Kemampuan untuk menganalisa sebuah data atau pendapat rasional dengan pemikiran rasional juga. Kemampuan pada bagian ini adalah kemampuan dimana seorang perawat mampu memberikan sebuah argumentasi dengan jelas, rasionalitas sebuah sikap, pengetahuan dan tindakan yang dilakukan dalam melakukan proses keperawatan.

Selanjutnya menurut Maryam (2008), komponen dari berpikir kritis dalam keperawatan meliputi aspek:

#### 2.4.2.1 Pengetahuan dasar spesifik

Kemampuan perawat pada ilmu-ilmu dasar keperawatan. Pemahaman kognitif terhadap permasalahan, kemampuan membaca, menganalisa dan menyimpulkan berdasarkan keilmuan keperawatan.

#### 2.4.2.2 Pengalaman

Pengalaman klinik akan mempercepat proses berpikir kritis perawat dalam melakukan tindakan keperawatan pada klien. Pengalaman merupakan bagian dari pribadi perawat yang dapat disimpan, diingat, diterapkan dan dikreasikan pada tataran lapangan dan klinik selanjutnya.

#### 2.4.2.3 Kompetensi.

Kompetensi merupakan kemampuan individu dalam menyelesaikan tugas dan tanggungjawab yang diberikan kepadanya. Kompetensi merupakan prasyarat untuk melakukan pelayanan keperawatan yang diberikan pada klien.

### 2.4.3 Proses Berpikir Kritis dalam Keperawatan

Proses berpikir kritis dalam keperawatan merupakan suatu jalan pikiran atau logika. Langkah-langkah berpikir kritis terdiri dari:

#### 2.4.3.1 Pembentukan pengertian/konsep

Tahapan untuk mempelajari keadaan dan kondisi yang dialami dan pengalaman dalam penerapan teori atau pengetahuan yang dimiliki.

#### 2.4.3.2 Pembentukan pendapat

Penyusunan pendapat berdasar analisa kondisi dan pengetahuan yang dimiliki.

#### 2.4.3.3 Penarikan kesimpulan

Akhir dari proses berpikir kritis adalah penarikan kesimpulan, yaitu menghasilkan solusi untuk sebuah keadaan atau kondisi.

#### **2.4.4 Berpikir Kritis dalam Proses Keperawatan**

Asuhan keperawatan diberikan atas dasar ketidaktahuan, ketidakmampuan dan ketidakmauan klien untuk memenuhi kebutuhan dasarnya. Perawat dituntut untuk memberikan asuhan yang komprehensif sehingga pelayanan yang bermutu dapat dirasakan oleh klien maupun perawat itu sendiri. Perawat harus menggunakan ketrampilan berpikir kritis dalam semua keadaan klien. Faktor-faktor yang pribadi yang dimiliki oleh klien harus dikaji, diidentifikasi, dipelajari, dan dianalisis untuk melakukan intervensi yang tepat dan diimplementasikan dalam proses keperawatan yang berkesinambungan. Daya berpikir kritis perawat digunakan pada setiap pelaksanaan tahapan proses keperawatan, mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan (Maryam, 2008).

#### **2.4.5 Faktor yang Mempengaruhi Daya Berpikir Kritis**

Maryam (2008) menyebutkan faktor yang mempengaruhi daya berpikir kritis perawat meliputi empat hal yaitu kondisi fisik, motivasi, kecemasan, dan perkembangan intelektual.

##### **2.4.5.1 Kondisi Fisik**

Keadaan fisik perawat mempengaruhi kinerja yang dapat dilakukan. Pada saat kondisi fisik tubuh sedang mengalami penurunan maka akan mempengaruhi kemampuan perawat dalam berpikir kritis menjadi berkurang.

##### **2.4.5.2 Motivasi**

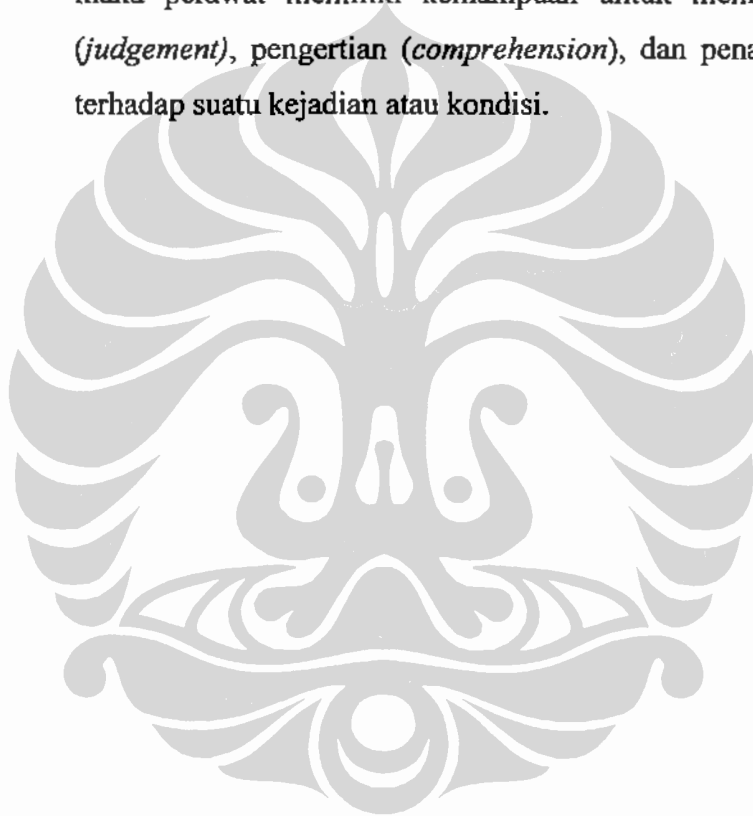
Motivasi memberikan pengaruh pada perawat dalam berpikir kritisnya. Motivasi menunjukkan keinginan internal dari perawat untuk menjadi pribadi perawat yang profesional. Oleh karena itu jika perawat memiliki motivasi untuk menjadi profesional semakin besar, maka begitu juga dengan kemampuan daya berpikir kritisnya.

#### 2.4.5.3 Kecemasan

Sullivan (2001) menyebutkan bahwa kecemasan merupakan respon psikologis terhadap stimulus yang muncul karena menimbulkan bahaya atau kondisi yang tidak diinginkan.

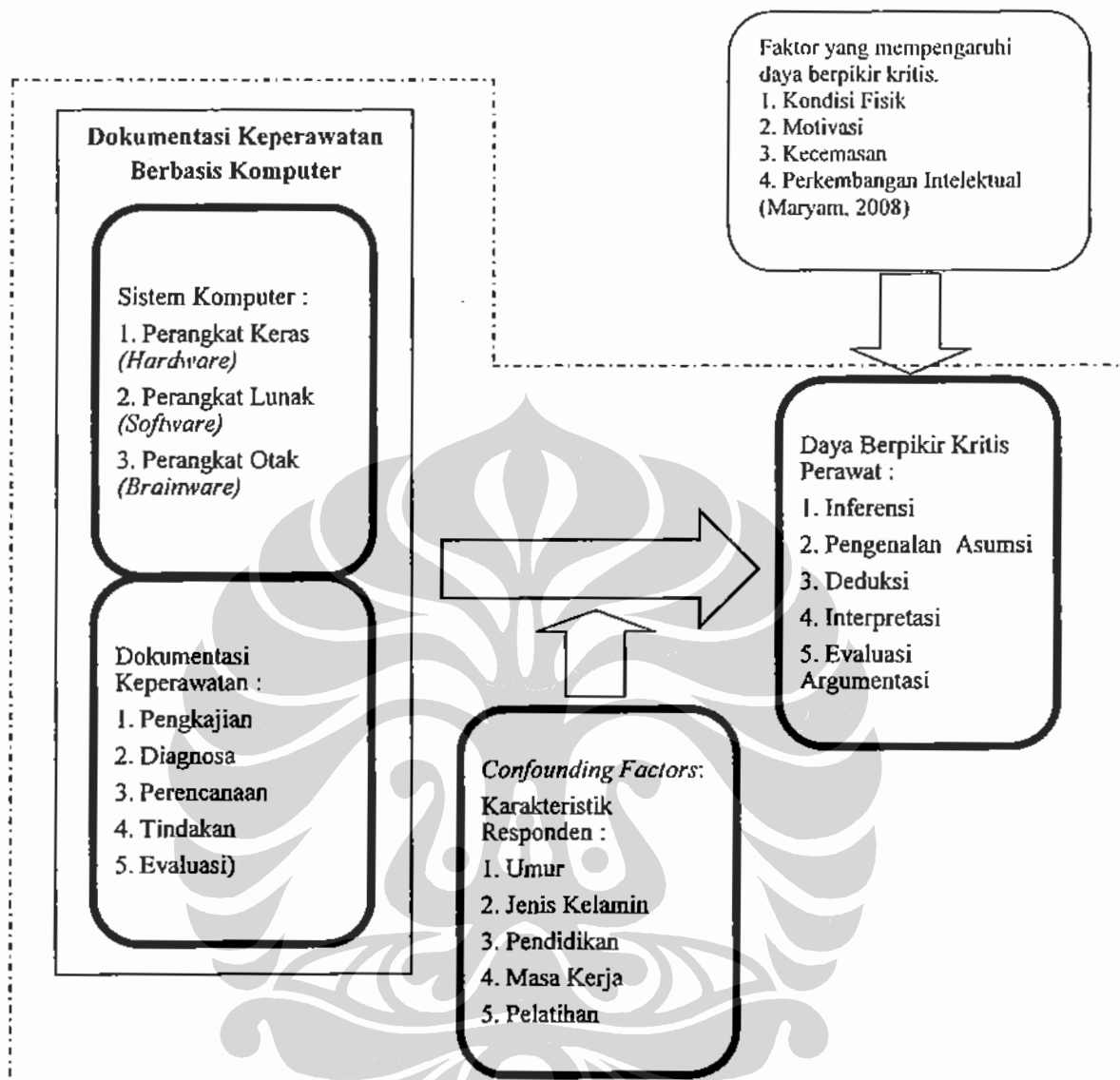
#### 2.4.5.4 Perkembangan Intelektual

Kemampuan intelektual memberikan pengaruh terhadap daya berpikir kritis perawat. Hal ini dikarenakan dengan kemampuan intelektual, maka perawat memiliki kemampuan untuk memberikan penilaian (*judgement*), pengertian (*comprehension*), dan penalaran (*reasoning*) terhadap suatu kejadian atau kondisi.






## 2.5 Kerangka Pikir Penelitian



**Keterangan:**

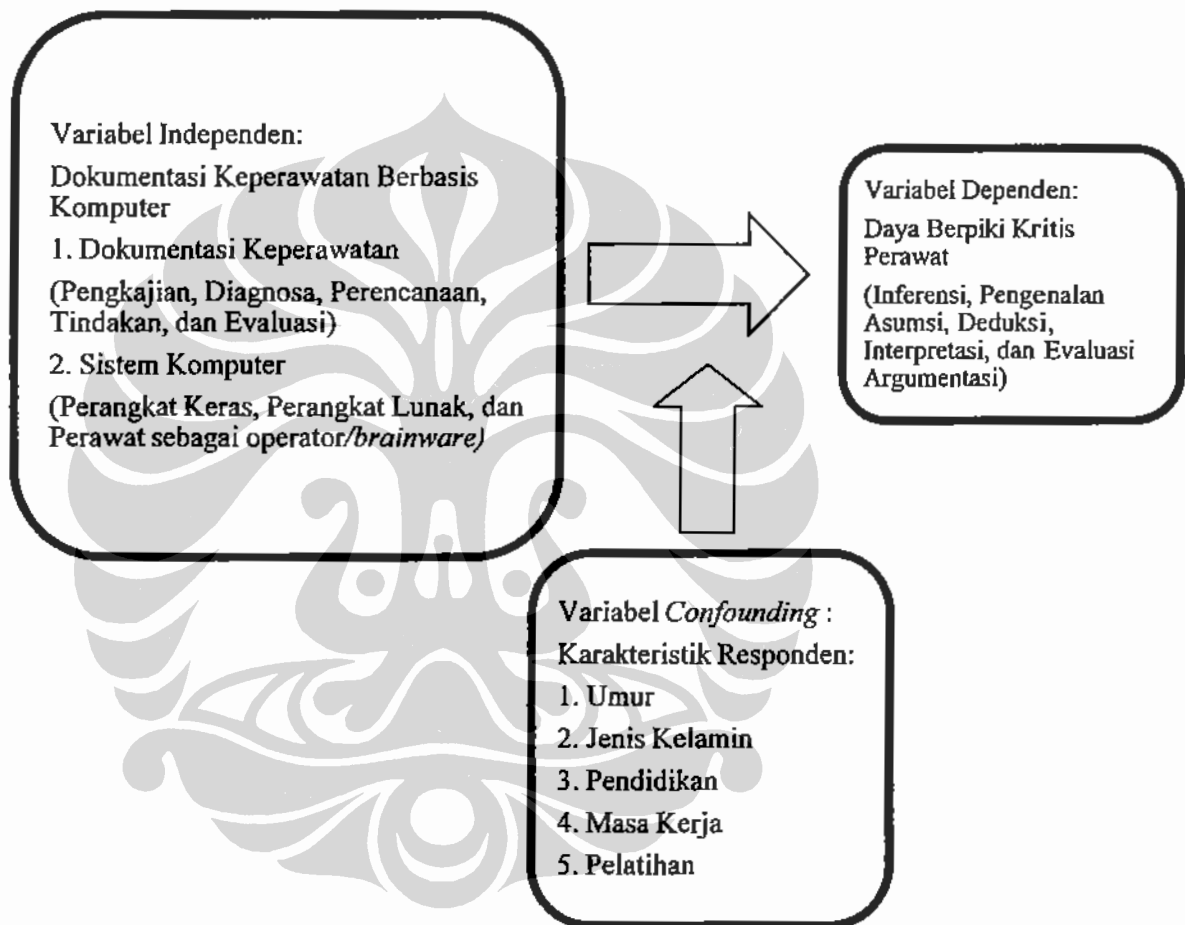
 = diteliti

**Skema 2.1. Kerangka Pikir Penelitian**

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

**3.1 Kerangka Konsep**

Kerangka konsep dalam penelitian adalah sebagai berikut :



Skema 3.1 Kerangka Konsep Penelitian

**3.2 Hipotesis**

Dari kerangka konsep penelitian tersebut diatas, maka dapat dirumuskan hipotesis penelitian sebagai berikut :

**3.2.1 Hipotesis mayor**

Hipotesa mayor dalam penelitian ini adalah ada hubungan antara dokumentasi keperawatan berbasis komputer dengan daya berpikir kritis perawat.

### 3.2.2 Hipotesis Minor

Hipotesis minor dalam penelitian ini adalah, terdapat hubungan antara:

3.2.2.1 Karakteristik responden dengan daya berpikir kritis perawat

3.2.2.2 Kemampuan dokumentasi keperawatan dengan daya berpikir kritis perawat

3.2.2.3 Sistem komputer dengan daya berpikir kritis perawat

## 3.3 Definisi Operasional

### 3.3.1 Variabel Independen

Lebih detail definisi operasional terdapat pada tabel 3.1 dibawah ini.

**Tabel 3.1**  
**Definisi Operasional Varibel Independen**

No	Variabel / Sub Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Dokumentasi keperawatan	Persepsi perawat tentang pelaksanaan dokumentasi keperawatan dari proses mencari data tentang kondisi pasien baik dengan wawancara, pengukuran atau observasi, perumusan masalah yang muncul dari, menyusun rencana tindakan untuk mengatasi masalah pasien, pelaksanaan rencana tindakan, dan menilai, membandingkan, dan membuat rencana tindak lanjut setelah melakukan tindakan pada pasien.	Menggunakan kuesioner B yang terdiri dari 15 pertanyaan dengan skala Likert. 1 = tidak pernah 2 = jarang 3 = sering 4 = selalu Nilai minimal = 39 Nilai maksimal = 59	<i>Cut of point</i> menggunakan mean, karena data terdistribusi normal. Mean : 48.91 Kategori : • < mean = pelaksanaan dokumentasi keperawatan kurang • ≥ mean = pelaksanaan dokumentasi keperawatan baik.	Ordinal

No	Variabel / Sub Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
2	Sistem Komputer	Persepsi perawat tentang perangkat keras, perangkat lunak, dan kemampuan perawat dalam menggunakan komputer untuk dokumentasi keperawatan	Menggunakan kuesioner B yang terdiri dari 10 pertanyaan dengan skala Likert. 1 = tidak pernah 2 = jarang 3 = sering 4 = selalu Nilai minimal = 25 Nilai maksimal = 37	<i>Cut of point</i> menggunakan mean karena data terdistribusi normal. Mean : 29.50 • < mean = sistem komputer kurang • ≥ mean = sistem komputer baik.	Ordinal

### 3.3.2 Variabel Dependen

Lebih detail definisi operasional terdapat pada tabel 3.2 dibawah ini.

**Tabel 3.2**  
**Definisi Operasional Varibel Dependen**

No	Variabel / Sub Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Daya Berpikir Kritis Perawat	Kemampuan kognitif perawat dalam menyelesaikan setting permasalahan keperawatan terkait pelaksanaan dokumentasi keperawatan mulai dari: <i>Inferensi</i> , yaitu menggambarkan fakta berdasar observasi dari sebuah setting masalah. <i>Recognition of assumption</i> , yaitu mengenali asumsi dari sebuah setting masalah <i>Deduction</i> , yaitu menyimpulkan sebuah kondisi berdasar data awal dari sebuah setting masalah. <i>Interpretation</i> , yaitu kemampuan menyimpulkan berbagai data dan kondisi yang komplek dari sebuah setting masalah. <i>Evaluation arguments</i> , yaitu memberikan rasionalitas dan argumentasi pada sebuah setting masalah.	Menggunakan Formulir Uji Daya Berpikir Perawat. Menggunakan metode uji dengan pilihan jawaban sebanyak 25 pertanyaan, dengan modifikasi skala Guttman. Benar = 1 Salah = 0 Nilai minimal : 14 Nilai maksimal : 23 Terdiri dari 5 bagian yaitu: 1. <i>Inference</i> : 5 pertanyaan 2. <i>Recognition of Assumption</i> : 5 pertanyaan 3. <i>Deduction</i> : 5 pertanyaan 4. <i>Interpretation</i> : 5 pertanyaan 5. <i>Evaluation of Arguments</i> : 5 pertanyaan	<i>Cut of point</i> menggunakan mean karena data terdistribusi normal. Mean: 17.16 • < mean = daya berpikir kritis kurang • ≥ mean = daya berpikir kritis baik.	Ordinal

### 3.3.3 Variabel *Confounding*

Lebih detail definisi operasional terdapat pada tabel 3.1 dibawah ini.

**Tabel 3.3**  
**Definisi Operasional Variabel *Confounding***

No	Variabel / Sub Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1	Umur	Jumlah tahun sejak responden lahir hingga ulang tahun terakhir.	Menggunakan 1 pertanyaan pada formulir biodata responden dengan cara menulis pada bagian kuesioner A	Dalam tahun	Rasio
2	Jenis Kelamin	Identitas gender secara anatomi responden	Menggunakan 1 pertanyaan pada formulir biodata dengan memilih pilihan pada bagian kuesioner A	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
3	Pendidikan	Jenjang sekolah formal terakhir dalam bidang keperawatan	Menggunakan 1 pertanyaan pada formulir biodata responden dengan cara memilih <i>check list</i> pada lembar bagian A	1. SPK 2. DIII Keperawatan 3. S1 Keperawatan / Ners	Ordinal
4	Masa kerja	Jumlah waktu pengabdian pada Rumah Sakit Umum Banyumas dalam tahun yang dihitung sejak masuk hingga saat ini.	Menggunakan 1 pertanyaan pada formulir biodata responden dengan cara menulis pada bagian kuesioner A	Dalam tahun	Rasio
5	Pelatihan SIMKEP	Pembelajaran non formal yang didapat dari RS terkait dokumentasi keperawatan dengan Sistem Informasi Manajemen Keperawatan.	Menggunakan 1 pertanyaan pada formulir biodata responden dengan cara memilih pilihan pada bagian kuesioner A	1. Pernah 2. Belum Pernah	Nominal

## BAB 4 METODE PENELITIAN

### 4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif korelasi dengan rancangan *cross sectional*. Penelitian deskriptif korelasi merupakan suatu metode penelitian yang dilakukan dengan cara mencari hubungan antar variabel. Sedangkan pendekatan *cross sectional* digunakan, karena pengukuran dokumentasi keperawatan berbasis komputer (variable independen) dan daya berpikir kritis perawat (variable dependen) dilakukan secara bersama-sama untuk melihat hubungan diantara keduanya (Polit dan Hungler, 1999).

### 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. Populasi pada penelitian ini adalah seluruh tenaga perawat instalasi rawat inap yang ada di rumah sakit umum daerah Banyumas dengan jumlah 163 orang.

#### 4.2.2 Sampel

Sampel merupakan bagian dari jumlah karakteristik yang dimiliki oleh populasi menyatakan bahwa sampel adalah sebagian atau wakil populasi yang akan diteliti. Sampel penelitian ini adalah seluruh perawat yang dipilih sebagai responden melalui prosedur sampling yang telah ditentukan. Meskipun demikian, penghitungan sampel menggunakan rumus sebagai berikut (Lemeshow, 1997)

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

Keterangan:

$n$  : Jumlah sampel yang dibutuhkan

$Z$  : derajat kepercayaan (95%)

$P_o$  : Proporsi dokumentasi keperawatan pada penelitian sebelumnya (0,6)

$P_a$  : Proporsi dokumentasi keperawatan yang diharapkan (0,8)

Hasil penghitungan :

$N = 64$  orang

Untuk menghindari *drop out* sampel ditambah 10%, maka jumlahnya adalah sebanyak 70 orang perawat.

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- 4.2.2.1 Perawat ruang rawat inap yang telah bekerja di Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas lebih dari 6 (enam bulan).
- 4.2.2.2 Tidak sedang cuti saat pengambilan data.
- 4.2.2.3 Tidak sedang tugas belajar atau mengikuti tugas belajar yang meninggalkan rumah sakit.
- 4.2.2.4 Telah melakukan dokumentasi keperawatan berbasis komputer.

Jumlah sampel sebanyak 70 orang diambil dengan menggunakan sistem *purposive sampling* yaitu dengan proporsi perawat di masing-masing ruangan sebanyak 14 ruang. Daftar perhitungan sampel dapat dilihat pada tabel 4.1

Tabel 4.1 Daftar jumlah sampel per ruangan

No.	Nama Ruangan	Jumlah Perawat	Jumlah Sampel
1	Anggrek	12	5
2	Bougenvile	13	5
3	Cempaka	11	5
4	Dahlia	12	5
5	Edelweis	11	5
6	Flamboyan	12	6
7	Gardena	12	5
8	Kanthil	12	5
9	Melati	12	5
10	Wijaya Kusuma 1	12	5
11	Wijaya Kusuma 2	12	5
12	ICU	14	6
13	Perinatologi	11	5
14	Unit Stroke	12	4
	<b>Total</b>	<b>163</b>	<b>70</b>

Sampel sejumlah 70 orang merupakan sampel minimal yang menjadi dasar acuan untuk melakukan generalisasi. Penelitian ini menggunakan kuesioner *digital offline*, maka pengambilan data dilakukan kepada seluruh perawat di rawat inap RSUD Banyumas yang telah memenuhi kriteria inklusi. Hal ini dilakukan untuk mengantisipasi penolakan kuesioner atau penarikan data yang kurang karena ketidakbersediaan responden. Selanjutnya saat data sudah terkumpul, maka peneliti melakukan randomisasi secara sederhana untuk mengambil sampel sebanyak 70 dengan berdasar pada proporsi masing-masing ruangan.

### 4.3 Tempat Penelitian

Penelitian ini telah dilaksanakan di RSUD Banyumas, Kabupaten Banyumas Propinsi Jawa Tengah. Pemilihan RSUD Banyumas dikarenakan RS tersebut telah menggunakan dokumentasi berbasis komputer sejak tahun 2004, sementara evaluasi penggunaan dan pengaruhnya terhadap daya berpikir kritis perawat di RS tersebut belum pernah dilakukan. RSUD Banyumas juga telah digunakan oleh peneliti untuk melakukan kegiatan residensi manajemen keperawatan sebelumnya, sehingga peneliti mengetahui kondisi secara teknis dilapangan, sehingga akan memudahkan pelaksanaan penelitian.



#### 4.4 Waktu Penelitian

Penelitian ini telah dilakukan pada bulan Mei s.d Juli tahun 2010. Waktu pelaksanaan penelitian dapat dilihat pada lampiran 1.

#### 4.5 Aplikasi Etika Penelitian

Menurut Hamid (2007), penelitian harus mempertimbangkan etika penelitian untuk mencegah munculnya masalah etik selama penelitian. Penelitian ini telah dinyatakan lolos kaji etik oleh Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan ijin dari Bidang Pendidikan dan Penelitian, Bagian Teknologi Informasi, Bidang Keperawatan dan Komite Keperawatan Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas. Selain itu, penelitian ini juga memberikan perlindungan kepada responden dengan mempertimbangkan prinsip etika penelitian yaitu *beneficence*, prinsip menghargai martabat manusia dan prinsip mendapatkan keadilan. Polit Hungler (2006) mengidentifikasi aspek etik tersebut dalam bentuk *self determination, privacy and anonymity, confidentiality, protection from discomfort*. Prinsip-prinsip tersebut diterapkan dalam penelitian ini sebagai berikut :

##### 4.5.1 *Self Determination*

Adalah kesempatan yang diberikan kepada responden untuk memahami penelitian yang dilakukan sebagaimana yang tercantum dalam informasi penelitian dan halaman persetujuan dalam kuesioner *digital offline*. Peneliti memberikan penjelasan mengenai tujuan penelitian dan variabel yang diteliti; waktu penelitian yang digunakan; manfaat penelitian terhadap perawat dan memberikan jaminan bahwa tidak adanya pengaruh penelitian terhadap individu dan pekerjaannya; dan jaminan kerahasiaan bahwa data yang diberikan tidak disebarluaskan atau dapat merugikan responden.

Peneliti juga memberikan hak kebebasan kepada responden untuk menentukan secara sukarela kesediaannya untuk terlibat atau tidak dalam penelitian ini. Peneliti menyakinkan responden bahwa tidak akan menghukum, memaksa atau memberi perlakuan yang tidak adil jika subjek menolak menjadi responden dalam penelitian ini. Peneliti

menghargai keputusan responden untuk menetapkan kegiatan dan tujuan hidupnya berdasar otonomi atas dirinya sendiri sebagai bentuk penerapan prinsip *self determination*.

#### 4.5.2 *Confidentiality, Privacy and Anonymity.*

Pada prinsip kerahasiaan dan *anonymity* ini peneliti menggunakan kode yang berupa *username* dan *password* yang diberikan kepada responden dan tidak mencatumkan atau menuliskan nama responden pada kuesioner yang digunakan serta hanya digunakan untuk penelitian ini saja (*confidentiality*). Selanjutnya data penelitian disimpan, diolah dan hanya dapat diakses oleh peneliti yang untuk selanjutnya dimusnahkan setelah lebih dari 5 tahun disimpan dan atau jika proses penelitian ini dinyatakan telah selesai (Hamid, 2007)

#### 4.5.3 *Protection from discomfort*

Peneliti menerapkan aspek etika ini dengan cara memberikan hak responden untuk keluar dari sampel penelitian sewaktu-waktu. Sehingga ketidaknyamanan fisik, mental, dan eksploitasi dapat dihindari. Menurut Hamid (2007), adanya keseimbangan antara risiko dan manfaat sebagai penerapan dari prinsip *beneficence* harus dihindari oleh peneliti.

#### 4.5.4 *Inform Consent*

Pada aspek etika ini peneliti meminta kesediaan responden untuk menandatangani halaman persetujuan menjadi responden (*inform consent*) dengan cara melakukan klik pada lembar halaman persetujuan pada kuesioner *digital offline*. *Inform consent* yang ditandatangani mencakup penyampaian informasi penting oleh peneliti kepada responden, pemahaman secara komprehensif oleh responden tentang penelitian yang dilakukan, kemampuan memberikan persetujuan dari responden untuk berperan serta dalam penelitian dan kesukarelaan. Peneliti menghargai hak responden untuk memutuskan secara sukarela untuk berpartisipasi dalam penelitian.

Penandatanganan secara online dengan menggunakan klik sebagai bentuk persetujuan untuk menjadi responden berlaku secara sah sebagaimana tanda tangan biasa dengan menggunakan alat tulis. Hal ini mendapat perlindungan hukum yang jelas berdasar pada pasal 11 dan 12 Undang-undang No 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik yang diterbitkan oleh Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia. (DPR RI, 2008)

#### 4.6 Alat Pengumpulan Data

Alat atau instrumen pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah kuesioner dan formulir berupa *digital offline*, yaitu kuesioner dibuat dalam bentuk program atau perangkat lunak yang diintegrasikan kedalam server komputer di Bagian Teknologi Informasi RSUD Banyumas dan seluruh jaringan komputer di setiap ruangan. Sedangkan *offline* adalah program hanya bisa diakses melalui jaringan internal RSUD Banyumas, dan tidak bisa diakses dari jaringan internet. Jaringan dan server ini terhubung langsung dengan seluruh komputer di setiap ruang perawatan di RSUD Banyumas. Selanjutnya setiap responden yang melakukan pengisian kuesioner, dilakukan dengan membuka program kuesioner *digital offline* yang sudah terpasang pada komputer ruangan. Setiap responden yang disebut juga sebagai *user* atau pengguna melakukan akses kuesioner *digital offline* dengan menggunakan *username* dan *password* yang sudah diberikan oleh peneliti. Setiap responden yang telah melakukan pengisian kuesioner *digital offline*, maka server secara otomatis melakukan penyimpanan data dan melakukan rekapitulasi data yang sudah masuk.

Instrumen terdiri dari 2 kuesioner, yaitu Kuesioner A berisi tentang karakteristik responden, Kuesioner B berisi tentang Dokumentasi Keperawatan Berbasis Komputer, dan Formulir Uji Daya Berpikir Kritis Perawat

Kuesioner A berisi tentang data karakteristik responden yang terdiri dari kode, umur, jenis kelamin, masa kerja, pendidikan, dan pelatihan SIMKEP. Kuesioner diisi dengan mengisi dan memilih pilihan pada bagian kuesioner *digital offline*. Kuesioner B berisi tentang dokumentasi keperawatan berbasis komputer yaitu, kuesioner B1 berisi dokumentasi keperawatan dan kuesioner B2 yang berisi

sistem komputer. Kuesioner B1 terdiri dari 15 pertanyaan yang meliputi proses keperawatan dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, dan evaluasi keperawatan masing-masing dengan 3 pertanyaan. Pertanyaan nomor 1,2 dan 3 berisi tentang pengkajian, pertanyaan nomor 4,5, dan 6 berisi tentang diagnosa keperawatan. Pertanyaan 7, 8, dan 9 berisi tentang perencanaan keperawatan. Pertanyaan 10,11, dan 12 berisi tentang implementasi keperawatan. Pertanyaan 13,14, dan 15 berisi tentang evaluasi keperawatan. Sementara kuesioner B2 terdiri dari 10 pertanyaan yang meliputi perangkat keras, perangkat lunak dan kemampuan perawat. Pertanyaan 16, 17, dan 18 berisi tentang perangkat keras. Pertanyaan 19, 20 dan 21 berisi tentang perangkat lunak. Pertanyaan 22, 23, 24 dan 25 berisi tentang kemampuan perawat.

Pertanyaan pada kuesioner B diisi dengan memilih pilihan dengan cara mengklik pada bagian kuesioner *digital offline*, diukur dengan skala Likert mulai dari 1 = sangat tidak setuju, 2 = tidak setuju, 3 = setuju, dan 4 = sangat setuju. Kuesioner B dinilai dengan menjumlahkan seluruh hasil dari jawaban responden berdasarkan pada setiap skor dari responden

Formulir uji daya berpikir kritis perawat berasal dari modifikasi instrumen uji daya berpikir kritis oleh Watson dan Glasser (2002) yang terdiri dari 5 bagian dengan 25 pertanyaan dan pembagian *Inference* : 5 pertanyaan, yaitu nomor 1 - 5. *Recognition of Assumption* : 5 pertanyaan, yaitu nomor 6 - 10. *Deduction* : 5 pertanyaan, yaitu nomor 11 - 15. *Interpretation* : 5 pertanyaan, yaitu nomor 16 - 20. *Evaluation of Arguments* : 5 pertanyaan, yaitu nomor 21 - 25. Formulir ini diisi dengan mengklik pilihan pada bagian formulir *digital offline* yang tersedia dengan pilihan sebagai berikut:

- 4.6.1 *Inference* : Benar (B), Mungkin Benar (MB), Kurang Data (KD), Mungkin Salah (MS), dan Salah (S).
- 4.6.2 *Recognition of Assumption* : Ya (Y) dan Tidak (T)
- 4.6.3 *Deduction* : Ya (Y) dan Tidak (T)
- 4.6.4 *Interpretation* : Ya (Y) dan Tidak (T)
- 4.6.5 *Evaluation of Arguments* : Kuat (K) dan Lemah (L)

Formulir uji daya berpikir kritis perawat merupakan alat ukur yang didesain sedemikianrupa sehingga masing-masing bagian pada dasarnya hanya memiliki 2 jawaban yaitu benar dan salah, yaitu jawaban benar atau salah sesuai dengan skala Guttman. Adapun penggunaan beberapa pilihan pada setiap pernyataan dimaksudkan untuk membuat alur responden dalam berpikir kritis. Selanjutnya kisi-kisi kuesioner terdapat pada lampiran. Penilaian terhadap formulir daya berpikir kritis perawat adalah dengan cara menjumlahkan jawaban yang benar.

#### 4.6.1 Uji Validitas

Alar ukur sebuah penelitian harus memiliki nilai uji validitas. Validitas suatu pengukuran bergantung pada instrumen yang digunakan, jenis informasi yang disaring, populasi tempat instrumen digunakan, pengaruh kriteria terhadap interpretasi validitas instrumen. Validitas sebuah instrumen penelitian memiliki tiga jenis utama validitas, yaitu validitas isi, validitas kriteria dan validitas *konstruk* (Hamid, 2007)

##### 4.6.1.1. 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(Hamid, 2007).

Instrumen ini agar memiliki validitas isi maka peneliti pada saat penyusunan instrumen menggunakan kisi-kisi atas item pertanyaan yang ada pada kuesioner. Validitas isi dengan melihat bahasa dan susunan kata yang digunakan. Uji validitas dalam penelitian ini juga meminta penilaian atau pendapat dari pembimbing yang mempunyai kompetensi untuk menilai item pertanyaan kuesioner sesuai dengan aspek yang diteliti.

#### 4.6.1.2. Validitas Kriteria (*criterion 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*”. 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 semua materi yang seharusnya dimasukkan.

#### 4.6.1.3. Validitas Kontruksi (*construct validity*)

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

Uji coba instrumen penelitian dilakukan terhadap 20 perawat di Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas karena tidak ada RS lain yang memiliki karakteristik seperti RSUD Banyumas dalam hal dokumentasi berbasis komputer. Responden yang digunakan adalah 20 orang perawat. Perawat di yang digunakan untuk uji coba instrumen tidak digunakan untuk pengambilan data kembali. Sehingga bias penelitian karena responden pernah terpapar sebelumnya dapat dihindari.

Uji validitas dilakukan dengan uji korelasi *Pearson product moment* ( $r$ ) dengan cara membandingkan antara  $r$  hitung dengan  $r$  tabel dengan tingkat kepercayaan 95%. Dengan menggunakan program statistik dengan sistem komputer, peneliti melakukan uji validitas dengan melihat nilai *corrected item total correlation*, nilai  $r$  tabel sebesar 0.456. Kuesioner dianggap valid jika setiap pernyataan dalam kuesioner memiliki hitung  $r > r$  tabel. Dari hasil uji validitas, terdapat lima pertanyaan dalam kuesioner B1 dan B2 yang tidak valid yaitu nomer pertanyaan 10, 14, 16, 21 dan 23. Sedangkan pada formulir uji daya berpikir kritis, terdapat 7 pertanyaan yang tidak valid yaitu pada nomer 6, 8, 10, 11, 17, 21 dan 25. Pertanyaan itu dianggap tidak valid karena nilai  $r$  hitungnya  $< 0.456$ . Selanjutnya dilakukan perbaikan pada redaksi dan pengaturan ulang penomoran pertanyaan sehingga didapatkan pernyataan yang valid pada kuesioner.

#### 4.6.2. 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 Uji reliabilitas dilakukan setelah hasil uji validitas kuesioner uji coba valid. Caranya dengan membandingkan  $r$  hitung dengan  $r$  tabel. Pada uji ini nilai  $r$  hitung adalah nilai *alpha Cronbach*. Jika  $r$  alpha  $\geq 0,6$  artinya reliabel, tetapi bila  $< 0,6$ , artinya tidak reliabel (Hastono, 2007). Sedangkan jika nilai  $r$  alpha lebih rendah dari 0,8 perlu mendapat perhatian, dan jika nilai  $r$  alpha  $> 0,90$  lebih diharapkan. Hasil uji reliabilitas yang dilakukan peneliti bersamaan dengan uji validitas kuesioner menunjukkan semua pertanyaan reliabel karena memiliki alpha yang lebih dari 0.6 dan kurang dari 0.8.

### 4.7 Prosedur Pengumpulan Data

#### 4.6.3. Tahap Persiapan.

Pada tahap persiapan peneliti menyampaikan surat permohonan penelitian kepada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia untuk memperoleh surat keterangan lolos kaji etik, dan sudah dinyatakan lolos

kaji etik. Peneliti juga mengajukan permohonan izin penelitian kepada Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas. Setelah memperoleh izin, peneliti berkoordinasi dengan Bagian Diklit, Bidang Keperawatan, Bagian Teknologi Informasi, dan Komite Keperawatan untuk meminta rekomendasi pemasangan program kuesioner *digital offline* di server rumah sakit dan membuat daftar responden berdasarkan ruang/unit perawatan.

#### **4.6.4. Tahap Pelaksanaan.**

Peneliti bekerjasama dengan Bagian Teknologi Informasi dan masing-masing kepala ruangan untuk mengintegrasikan kuesioner dan formulir *digital offline* untuk dimasukkan dalam jaringan komputer rumah sakit. Selanjutnya peneliti mengecek daftar responden yang telah dibuat. Peneliti melakukan pemasangan program pada server komputer di Bagian Teknologi Informasi RSUD Banyumas yang bisa diakses melalui jaringan pada setiap komputer di masing-masing ruang perawatan. Secara lengkap berikut tahapannya:

- 4.6.4.1.** Peneliti menjelaskan tentang penelitian dan cara pengisian kuesioner pada kepala ruang atau ketua tim, sebagai fasilitator saat pengisian kuesioner oleh responden.
- 4.6.4.2.** Peneliti menemui responden dengan bantuan Kepala Ruang atau ketua tim ruang perawatan RSUD Banyumas dengan mengunjungi ruangan perawatan tempat responden bekerja, selanjutnya peneliti menjelaskan tujuan penelitian, manfaat penelitian dan proses penelitian. Peneliti memberikan kode untuk pengisian kusioner dan formulir di komputer kepada responden.
- 4.6.4.3.** Peneliti mempersilakan responden untuk memahami penelitian yang dilaksanakan dengan membaca petunjuk penelitian pada komputer di ruangan.
- 4.6.4.4.** Peneliti mempersilahkan responden untuk memilih pilihan pada halaman persetujuan sebagai pernyataan persetujuan atas



keikutsertaan sebagai subjek penelitian dengan cara mengklik pada bagian kuesioner di dalam komputer ruangan.

4.6.4.5. Responden diberi waktu untuk mengisi kuesioner dan diperkenankan kepada responden untuk mengklarifikasi pernyataan yang kurang jelas kepada kepala ruangan atau ke peneliti.

4.6.4.6. Setelah selesai mengisi kuesioner dan formulir, peneliti melakukan pengecekan terhadap kelengkapan dan kejelasan isian kuesioner.

4.6.4.7. Ada pertanyaan yang belum terisi karena keinginan mengundurkan diri responden dari penelitian selama proses pengisian kuesioner maka peneliti tetap mengormati dan mengeluarkan keikutsertaan responden sebagai subjek penelitian.

4.6.4.8. Waktu pengisian kuesioner dan formulir dilakukan berdasarkan kesepakatan masing-masing responden dengan peneliti. Sesuai dengan kondisi dan waktu luang responden, kebanyakan dilakukan pada saat jam dinas yaitu diakhir waktu dinas.

4.6.4.9. Setelah semua responden mengisi kuesioner dan formulir maka peneliti mengambil data lengkap dari hasil isian pada server di komputer Bagian Teknologi Informasi RSUD Banyumas melalui jaringan komputer.

## 4.8 Pengolahan Data

Analisis data terhadap variabel penelitian didahului oleh proses *editing, coding, processing, cleaning*. *Editing* merupakan proses pengecekan kelengkapan, kejelasan jawaban responden. Responden dikeluarkan dari sampel penelitian jika terdapat jawaban yang tidak lengkap. Proses *coding* yaitu merubah data dalam bentuk huruf menjadi data yang berbentuk bilangan atau angka. Tahap selanjutnya *processing* yaitu memproses data untuk melakukan analisis data.

Selanjutnya *cleaning* yaitu pengecekan kembali terhadap kemungkinan kesalahan pada saat memasukkan data-data ke dalam program statistik. Semua proses pengolahan data menggunakan komputer dan program pengolah data.

## 4.9 Analisis Data

### 4.9.1 Analisis Univariat.

Analisis univariat bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti. Bentuknya tergantung dari jenis datanya. Data numerik digunakan nilai *mean* (rata-rata), *median*, dan *standar deviasi*, sedangkan data kategorik hanya dapat menjelaskan angka/nilai jumlah dan presentase masing-masing kelompok. Variabel penelitian dengan data numerik yaitu umur dan masa kerja dilakukan analisis nilai mean, median, standar deviasi, nilai minimum dan maksimum dan nilai CI 95% atau  $\alpha=0,05$ . Data bentuk kategorik yaitu jenis kelamin, tingkat pendidikan, pelatihan, dokumentasi keperawatn, sistem komputer dan daya berpikir kritis perawat disajikan dalam bentuk proporsi berupa distribusi frekuensi.

Pada variabel daya berpikir kritis perawat peneliti melakukan *compute variable* dari 5 bagian daya berpikir kritis mulai dari inferensi, pengenalan asumsi, dedukdi, intrepretasi dan evaluasi argumentasi dengan berdasar pada mean masing-masing bagian karena data terdistribusi dengan normal.

Berdasarkan uji normalitas data dengan menggunakan program statistik di komputer yaitu *explore* dan uji Kolmogorov Smirnov didapatkan bahwa seluruh variabel yang berupa data numerik yaitu umur, masa kerja, dokumentasi keperawatan, sistem komputer dan daya berpikir kritis perawat telah terdistribusi dengan normal. Selanjutnya dengan menggunakan mean, peneliti melakukan kategori variabel sesuai dengan definisi operasionalnya.

#### 4.9.2 Analisis Bivariat.

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

**Tabel 4.2**  
**Uji Statitik Variabel Penelitian Hubungan Dokumentasi Keperawatan Berbasis Komputer dengan daya Berpikir Kritis Perawat dalam Pelaksanaan Proses Keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas Tahun 2010**

No	Variabel Independen	Variabel dependen	Uji Statistik
1.	Umur	Daya Berpikir Kritis Perawat	Uji t Independen
2.	Jenis Kelamin	Daya Berpikir Kritis Perawat	Chi Square
3.	Pendidikan	Daya Berpikir Kritis Perawat	Chi Square
4.	Masa kerja	Daya Berpikir Kritis Perawat	Uji t Independen
5.	Pelatihan	Daya Berpikir Kritis Perawat	Chi Square
6.	Dokumentasi Keperawatan	Daya Berpikir Kritis Perawat	Chi Square
7.	Sistem Komputer	Daya Berpikir Kritis Perawat	Chi Square

Pada penggunaan uji dengan *chi-square*, peneliti menggunakan data *continuity correction* jika tabel terdiri dari 2x2, dengan *p valuenya*. Variabel dengan tabel 2x2 adalah jenis kelamin, pendidikan, pelatihan, dokumentasi keperawatan dan sistem komputer dengan variabel daya berpikir kritis perawat. Sementara untuk uji t independen, berdasar uji normalitas data sebelumnya didapatkan data terdistribusi dengan normal maka uji t independen dapat dilakukan.

#### 4.9.3 Analisis Multivariat

Untuk menentukan variabel atau subvariabel yang paling dominan berhubungan dengan variabel dependen maka perlu dilakukan analisis multivariat. 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 dokumentasi keperawatan berbasis komputer dengan daya berpikir kritis perawat sebagai variabel dependen. Analisis yang digunakan adalah *uji regresi logistik berganda*. Menurut Hastono (2007), uji ini bertujuan untuk memperoleh model yang terdiri dari beberapa variabel yang dianggap terbaik untuk memprediksi kejadian variabel dependen. Pada pemodelan ini semua variabel dianggap penting sehingga estimasi dapat dilakukan estimasi beberapa koefisien regresi logistik sekaligus. Lebih lanjut, prosedur permodelannya adalah sebagai berikut :

**4.9.3.1** 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.

**4.9.3.2** 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*  $> 0,05$ . Pengeluaran variabel tidak serentak semua yang *p valuenya*  $> 0,05$ , namun dilakukan secara bertahap dimulai dari variabel yang mempunyai *p value* terbesar.

**4.9.3.3** 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.

**4.9.3.4** 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

Bab ini menguraikan hasil dari pelaksanaan penelitian yang dilakukan di RSUD Banyumas sejak tanggal 4 – 12 Juni 2010. Pengambilan data dilakukan pada seluruh perawat di RSUD Banyumas yang memenuhi kriteria dan berada dalam lingkup Instalasi Rawat Inap yang terdiri dari 13 Ruang hingga sampel peneliti mencapai proporsi sampel dari setiap ruangan dan mencapai jumlah 70 orang.

### 5.1 Analisis Univariat

Analisis univariat dalam penelitian ini meliputi dua hal yaitu distribusi karakteristik responden dan hasil pengukuran masing-masing variabel dan sub variabel dalam penelitian ini.

#### 5.1.1 Distribusi Karakteristik Responden

Karakteristik responden didapatkan dari hasil pada kuesioner A yang berisi tentang biodata responden yang meliputi umur, jenis kelamin, masa kerja, pendidikan dan pelatihan Sistem Informasi Manajemen Keperawatan (SIMKEP). Hasil penelitian tentang gambaran umum responden dapat dilihat pada tabel 5.1 dan 5.2 berikut ini.

**Tabel. 5.1**  
**Karakteristik Responden Penelitian**  
**di RSUD Banyumas Tahun 2010**

Karakteristik	Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
Jenis Kelamin	Laki-laki	14	20
	Perempuan	56	80
Pendidikan	D3 Keperawatan	69	98.6
	S1 Keperawatan	1	1.4
Pelatihan SIMKEP	Sudah	61	87.1
	Belum	9	12.9

Berdasar tabel 5.1 terlihat bahwa pada penelitian ini responden yang diambil sebagian besar adalah berjenis kelamin perempuan yaitu sebesar 56 orang (80%) sedangkan responden dengan jenis kelamin laki-laki hanya sebesar 14 orang (20%). Sedangkan untuk pendidikan dari 70 orang responden, 69 orang (98.4%) diantaranya adalah berpendidikan D3 Keperawatan dan hanya ada 1 orang saja yang berpendidikan S1 Keperawatan/ners (1.4%) Sementara terkait pelatihan SIMKEP yang diadakan oleh Bidang Keperawatan RSUD Banyumas sebanyak 61 orang (87.1%) sudah mengikuti pelatihan dan sisanya yang belum sebanyak 9 orang (12.9%).

**Tabel. 5.2**  
**Distribusi Umur dan Masa Kerja Responden**  
**Penelitian RSUD Banyumas 2010 (N=70)**

Variabel	Mean	Median	Modus	Min-Maks	CI 95%
Masa Kerja	4.76	2.5	2	1 – 18	3.68 – 5.83
Umur	29.06	28	28	23 - 38	27.98 – 30.13

Melihat pada tabel 5.2, umur responden dalam penelitian ini memiliki rata-rata sebesar 29.06 tahun dengan umur minimal 23 tahun dan maksimal 38 tahun. Selanjutnya dengan *confidence interval* 95%, dapat disimpulkan bahwa perawat RSUD Bayumas memiliki usia antara 27,98 – 30.13 tahun. Sedangkan pada masa kerja responden memiliki rata-rata sebesar 4.76 tahun dengan masa kerja minimal 1 tahun dan maksimal 18 tahun. Selanjutnya dengan *confidence interval* 95%, perawat RSUD Banyumas memiliki masa kerja antara 3.68 – 5.83 tahun.

### 5.1.2 Variabel Penelitian

Hasil pada bagian ini terdiri dari dua variabel yaitu variabel independen yang terdiri dari daya berpikir kritis perawat dan variabel dependen yang terdiri dari dokumentasi keperawatan dan sistem komputer

**Tabel 5.3**  
**Kategori Kemampuan Dokumentasi Keperawatan, Sistem Komputer**  
**dan Daya Berpikir Kritis Perawat RSUD Banyumas Tahun 2010 (N=70)**

Variabel	Frekuensi	Persentase (%)
<b>Dokumentasi Keperawatan</b>		
Kurang	30	42.9
Baik	40	57.1
<b>Sistem Komputer</b>		
Kurang	39	55.7
Baik	31	44.3
<b>Daya Berpikir Kritis</b>		
Kurang	39	55.7
Baik	31	44.3
<b>Total</b>	<b>70</b>	<b>100</b>

Berdasar pada tabel 5.3 diatas, responden dengan daya berpikir kritis kurang masih mendominasi yaitu sebesar 39 orang atau sebesar 55.7%. Sementara kemampuan dokumentasi keperawatan dengan kategori baik yaitu 40 orang atau sebesar 57.1 %. Sedangkan sistem komputer di RSUD Banyumas masih kurang yaitu sebesar 39 orang atau 55.7 %.

## 5.2 Analisis Bivariat

### 5.2.1 Karakteristik Responden dengan Daya Berpikir Kritis Perawat

Mengetahui hubungan karakteristik responden dengan daya berpikir kritis perawat dilakukan dengan uji *chi square*. Karakteristik responden yang terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja dan pelatihan dihubungkan dengan daya berpikir kritis perawat. Berikut dapat dilihat pada tabel dibawah ini.



**Tabel 5. 4**  
**Hubungan Karakteristik Responden dengan Daya Berpikir Kritisnya**  
**di RSUD Banyumas Tahun 2010 (N=70)**

No.	Karakteristik	Daya Berpikir Kritis		OR	<i>p value</i>
		Kurang	Baik		
1	<b>Jenis Kelamin</b>				
	Laki-laki	6 (8.6%)	8 (11.4%)	1.913	0.434
	Perempuan	33 (47.1%)	23 (32.9%)		
	Jumlah	39	31		
2	<b>Pendidikan</b>				
	D3 Keperawatan	39 (55.7%)	30 (42.9%)	0.435	0.908
	S1 Keperawatan	0	1 (1.4%)		
	Jumlah	39	31		
3	<b>Pelatihan SIMKEP</b>				
	Sudah	33 (47.1%)	28 (40%)	1.697	0.727
	Belum	6 (8.6%)	3 (4.3%)		
	Jumlah	39	31		

Dari tabel 5.4 diatas dapat disimpulkan bahwa berdasarkan nilai *p value* yang dihasilkan semuanya lebih besar dari 0.05, maka dapat disimpulkan bahwa karakteristik responden yang meliputi jenis kelamin, pendidikan dan pelatihan SIMKEP tidak ada yang berhubungan dengan daya berpikir kritis perawat.

**Tabel 5.5**  
**Distribusi rata-rata Umur dan Masa Kerja Responden**  
**menurut Daya Berpikir Kritisnya pada Penelitian RSUD Banyumas**  
**Tahun 2010 (N=70)**

Daya Berpikir Kritis	Mean	SD	N	<i>p value</i>
<b>Umur</b>				
Kurang	28.90	4.930	39	0.742
Baik	29.26	4.000	31	
<b>Masa Kerja</b>				
Kurang	4.35	4.480	39	0.397
Baik	5.27	4.575	31	

Tabel 5.5 menunjukkan hasil uji t independen antara masa kerja dan umur responden dengan daya berpikir kritis perawat menghasilkan *p value* yang lebih dari 0.05, yaitu 0.742 untuk umur dan 0.397 untuk masa kerja. Oleh karena itu dapat disimpulkan bahwa tidak ada hubungan bermakna antara umur dan masa kerja dengan daya berpikir kritis perawat.

### 5.2.2 Dokumentasi Keperawatan dan Sistem Komputer dengan Daya Berpikir Kritis Perawat.

Tabel 5. 6  
Hubungan Dokumentasi Keperawatan dan Sistem Komputer dengan Daya Berpikir Kritisnya di RSUD Banyumas Tahun 2010 (N=70)

Karakteristik	Daya Berpikir Kritis		<i>p value</i>	OR
	Kurang	Baik		
<b>Kemampuan Dokumentasi</b>				
• Kurang	23 (37.1%)	7 (25.7%)	0.005	4.929
• Baik	16 (18.6%)	24 (18.6%)		
Jumlah	39	31		
<b>Sistem Komputer</b>				
• Kurang	27 (38.6%)	12 (17.1%)	0.021	3.563
• Baik	12 (17.1%)	19 (27.2%)		
Jumlah	39	31		

Dari tabel 5.6 dapat disimpulkan bahwa kemampuan dokumentasi keperawatan dan daya berpikir kritis perawat memiliki hubungan yang signifikan dengan nilai *p value* = 0.005 lebih kecil dari 0.05. Selain itu nilai OR sebesar 4.929, menunjukkan bahwa perawat dengan persepsi dokumentasi keperawatan yang baik memberikan peluang 4.9 kali untuk memiliki daya berpikir kritis yang baik dibandingkan perawat dengan persepsi dokumentasi keperawatan yang kurang.

Sementara untuk sistem komputer dapat disimpulkan bahwa sistem komputer dan daya berpikir kritis perawat memiliki hubungan yang signifikan, ditunjukkan dengan nilai *p value* = 0.021 lebih kecil dari 0.05. Selanjutnya nilai OR sebesar 3.563 menunjukkan bahwa perawat dengan pemahaman sistem komputer yang baik memberikan peluang 3.5 kali lebih besar untuk memiliki daya berpikir kritis yang baik dibandingkan perawat dengan pemahaman sistem komputer yang kurang.

### 5.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat diawali dengan mencari hubungan pada setiap variabel penelitian terhadap variabel dependen. Hasil analisis dengan regresi logistik yang didapatkan terdapat pada tabel di bawah ini.

**Tabel 5.7**  
**Variabel Penelitian yang Menjadi Kandidat dalam Regresi Logistik**

Variabel	<i>p value</i>	Keterangan
Umur	0.738	Tidak masuk
Masa Kerja	0.390	Tidak Masuk
Pendidikan	0.199	Masuk
Jenis Kelamin	0.280	Tidak Masuk
Pelatihan	0.474	Tidak Masuk
Dokumentasi Keperawatan	0.002	Masuk
Sistem Komputer	0.010	Masuk

*Masuk kandidat jika  $p\ value < 0.25$*

Berdasar tabel 5.7, kandidat yang masuk ke regresi logistik lanjut adalah pendidikan, dokumentasi keperawatan dan sistem komputer. Berikut analisis data dengan multivariat dengan kandidat yang masuk, mendapatkan hasil sebagai berikut:

**Tabel 5.8**  
**Hasil Regresi Logistik pada Daya Berpikir Kritis Perawat di RSUD Banyumas Tahun 2010 (N=70) Tahap Pertama**

Variabel	B	<i>p value</i>	OR
Dokumentasi Keperawatan Sistem Komputer	-1.390	0.012	0.249
Pendidikan	-1.001	0.063	0.368
Kostant	20.357	1.000	6.933E8
	-19.511	1.000	0.000

Tabel 5.8 menunjukkan nilai *p value* untuk pendidikan sebesar 1.000, sehingga variabel tersebut perlu dikeluarkan dari model, selanjutnya dilakukan uji regresi logistik kembali kemudian melihat perbandingan perubahan OR pada variabel yang masih bertahan yaitu dokumentasi keperawatan, sistem komputer dan masa kerja. Hasil uji regresi logistik tahap kedua seperti pada tabel di bawah ini:

**Tabel 5.9**  
**Hasil Regresi Logistik pada Daya Berpikir Kritis Perawat**  
**di RSUD Banyumas Tahun 2010 (N=70) Tahap Kedua**

Variabel	B	P value	OR
Dokumentasi Keperawatan Sistem Komputer	-1.419	0.011	0.242
Kostant	-1.043	0.051	0.352
	0.900	0.35	2.460

**Tabel 5.10**  
**Perubahan OR dari Regresi Logistik Tahap Kedua**

Variabel	OR awal	OR baru	Perubahan (%)
Dokumentasi Keperawatan Sistem Komputer	0.249	0.242	2.8
	0.368	0.352	4.3

Dari tabel 5.10 didapatkan bahwa perubahan OR pada regresi tahap kedua menghasilkan perubahan OR tidak lebih besar dari 10%, maka variabel pendidikan memang layak untuk dikeluarkan karena tidak memiliki pengaruh yang besar pada permodelan. (Hastono, 2007). Selanjutnya pengeluaran variabel sistem komputer karena *p* valuenya paling besar. Berikut hasil regresi tahap ketiga.

**Tabel 5.11**  
**Hasil Regresi Logistik pada Daya Berpikir Kritis Perawat**  
**di RSUD Banyumas Tahun 2010 (N=70) Tahap Ketiga**

Variabel	B	P value	OR
Dokumentasi Keperawatan	-1.595	0.003	0.203
Kostant	0.405	0.209	1.500

**Tabel 5.12**  
**Perubahan OR dari Regresi Logistik Tahap Kedua**

Variabel	OR awal	OR baru	Perubahan (%)
Dokumentasi Keperawatan	0.242	0.203	16.1

Dari tabel 5.12 didapatkan bahwa perubahan OR pada regresi tahap ketiga menghasilkan perubahan OR yang lebih besar dari 10%, yaitu 16.1% sehingga variabel sistem komputer tidak layak untuk dikeluarkan karena memiliki pengaruh yang besar pada permodelan. (Hastono, 2007). Oleh karena itu variabel sistem komputer harus dimasukkan kembali kedalam permodelan, sehingga berikut hasil regresi tahap terakhir. Setelah permodelan layak maka hasil regresi logistik tahap terakhir sama dengan hasil regresi logistik tahap ketiga.

**Tabel 5. 13**  
**Hasil Regresi Logistik pada Daya Berpikir Kritis Perawat**  
**di RSUD Banyumas Tahun 2010 (N=70) Tahap Akhir Permodelan**

Variabel	B	P value	OR	CI 95%	
				Bawah	Atas
Dokumentasi Keperawatan Sistem	-1.419	0.011	0.242	0.081	0.719
Komputer	-1.043	0.051	0.352	0.123	1.006
Konstant	0.900	0.35	2.460		

Berdasar tabel 5.13, variabel yang paling berpengaruh adalah yang memiliki OR besar, yaitu sistem komputer, tetapi sistem komputer *p value*nya tidak signifikan, maka variabel yang paling berpengaruh terhadap daya berpikir kritis perawat adalah dokumentasi keperawatan karena memiliki nilai *p value* paling kecil, walaupun nilai OR tidak paling besar. Selanjutnya disusun permodelan berdasar pada hasil regresi logistik tahap terakhir sebagai berikut:

$$f(z) = \frac{1}{1 + e^{-(\alpha + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2)}}$$

dengan keterangan :

*z* : Daya Berpikir Kritis

$\alpha$  : Konstant

$\beta$  : Nilai B pada hasil regresi logistik untuk masing-masing variabel.

Sehingga didapatkan permodelan sebagai berikut:

$$f(\text{daya berpikir kritis}) = \frac{1}{1 + e^{-(0.900 + (-1.419 \cdot \text{dokumentasi}) + (-1.043 \cdot \text{sistem komputer}))}}$$

Selanjutnya dituliskan apabila persepsi dokumentasi keperawatan baik dan sistem komputer baik diberi kode 1, sebaliknya apabila dokumentasi keperawatan kurang dan sistem komputer kurang diberi kode 0, sehingga perhitungannya:

$$\begin{aligned}
 f(\text{daya berpikir kritis}) &= \frac{1}{1 + e^{-(0.900 + (-1.419.1) + (-1.043.1))}} \\
 &= \frac{1}{1 + e^{1.922}} \\
 &= 0.7109
 \end{aligned}$$

Arti dari perhitungan di atas adalah perawat dengan persepsi dokumentasi yang baik dan memahami sistem komputer dengan baik berpeluang memiliki daya berpikir kritis yang baik sebesar 71.09%. Persamaan di atas juga dapat menghitung peluang perawat memiliki daya berpikir kritis bagi yang memiliki pemahaman dokumentasi kurang dan sistem komputer kurang, yaitu:

$$\begin{aligned}
 f(\text{daya berpikir kritis}) &= \frac{1}{1 + e^{-(0.900 + (-1.419.0) + (-1.043.0))}} \\
 &= \frac{1}{1 + e^{-0.900}} \\
 &= 0.1733
 \end{aligned}$$

Berdasarkan perhitungan di atas, disimpulkan bahwa peluang perawat memiliki daya berpikir kritis bagi yang memiliki pemahaman dokumentasi kurang dan sistem komputer kurang adalah 17.33%.

## BAB 6 PEMBAHASAN

### 6.1 Pembahasan Hasil Penelitian

Pada bagian ini penulis akan melakukan uraian dan pembahasan terhadap hasil-hasil penelitian dari variabel dependen, variabel independen dan variabel *confounding*. Pembahasan ini meliputi deskripsi tentang karakteristik responden, interpretasi hasil penelitian dan pembahasannya, serta permodelan regresi yang dilakukan.

#### 6.1.1 Hasil Univariat

##### 6.1.1.1 Karakteristik Responden

Hasil penelitian menunjukkan responden dengan jenis kelamin perempuan mendominasi sebesar 80%, sedangkan responden laki-laki sebesar 20%. Sullivan (2001), menyebutkan rasio perawat perempuan dan laki-laki sebesar 1:19, hal ini dikarenakan profesi perawat diidentikkan dengan kemampuan seorang perempuan, yang memiliki sifat *caring* lebih tinggi dibanding dengan laki-laki. Hal ini nampak juga pada kondisi perawat di RSUD Banyumas yang didominasi oleh perempuan dengan perbandingan 1:4.

Selanjutnya pada data pendidikan yang didapat dari responden tidak menggambarkan proporsi yang seimbang, bahkan dari 70 responden penelitian, 69 diantaranya adalah berpendidikan D3 Keperawatan, sementara hanya 1 orang yang berpendidikan S1 Keperawatan/Ners. Sehingga hasil penelitian lebih banyak merepresentasikan kondisi perawat dengan pendidikan D3 Keperawatan.

Kondisi ini menggambarkan bahwa kemampuan perawat RSUD Banyumas ditinjau dari tingkat pendidikannya rata-rata masih sebagai perawat vokasional, sehingga akan berpengaruh pada kinerja dan produktivitas pelayanan keperawatan, termasuk pada pelaksanaan dokumentasi keperawatan, sebagaimana yang disebutkan PPNI (2010) menyebutkan kompetensi perawat lulusan S1 memiliki kemampuan lebih dibandingkan dengan lulusan D3 Keperawatan.

Selanjutnya responden yang telah mengikuti pelatihan Sistem Informasi Manajemen Keperawatan (SIMKEP) sebesar 87.1% yaitu sebanyak 61 orang, sisangnya 9 orang (12.9%) belum mengikuti pelatihan. Kondisi dikarenakan beberapa responden merupakan pegawai baru yang masih memiliki masa kerja lebih dari 6 bulan dan kurang dari 1 tahun, mungkin selama periode mereka mulai bekerja di RSUD Banyumas, belum ada pelatihan SIMKEP.

Dari 70 responden penelitian, rata-rata memiliki umur 29.06 tahun. Dengan umur paling rendah 23 tahun dan paling tinggi 38 tahun. Selanjutnya 95% responden berada pada usia 27.98 – 30.13 tahun. Menurut Marinki (2008) membuat kategori usia produktif, dimana < dari 18 tahun adalah masa kanak-kanak, 18-22 tahun, adalah usia pendidikan tinggi, 22-30 tahun usia kerja produktif, 30-45 adalah usia kerja optimal, diatas 45 tahun adalah usia lansia.

Berdasarkan pembagian itu tersebut rata-rata perawat RSUD Banyumas berada pada usia produktif. Sedangkan menurut Sunariani *et.all* (2007) menyebutkan bahwa umur 30 tahun adalah masa dimana tubuh mulai berlaku kaidah *The 1 % Rule* yaitu terjadi penurunan fungsi tubuh sebesar 1% tiap tahunnya. Sehingga berdasarkan kaidah ini, rata-rata umur perawat memang benar berada pada kondisi produktif karena berada pada kaidah sebelum terjadi penurunan fungsi tubuh.

Selanjutnya pada variabel masa kerja yang dimiliki oleh para responden rata-rata adalah 4.76 tahun, dengan masa kerja terenda 1 tahun dan tertinggi 18 tahun. Selanjutnya 95% responden memiliki masa kerja antara 3.68 tahun – 5.83 tahun. Menurut Siagian (2004), tenaga kerja dengan masa kerja lama akan memiliki tingkat produktivitas yang tinggi dikarenakan telah memiliki pengalaman. Dalam penelitian Wasdhana (2009) dihasilkan bahwa masa kerja diatas 5 tahun baru memberikan pembentukan karakter pekerja yang permanen, sehingga para pekerja dengan masa kerja di bawah 5 tahun masih memiliki sikap yang masih labil terhadap karakter dan kinerja dalam melaksanakan pekerjaannya.



### 6.1.1.2 Variabel Penelitian

Pembahasan variabel penelitian memiliki meliputi hasil dari variabel dokumentasi keperawatan, sistem komputer dan daya berpikir kritis perawat. Pada variabel dokumentasi keperawatan didapatkan bahwa perawat dengan kategori dokumentasi baik sebesar 57.1 % sedangkan yang kurang 42.9 persen. Pada variabel sistem komputer, kategori baik sebesar 44.3% dan sisanya 55.7% dalam kategori kurang. Terakhir variabel daya berpikir kritis pada kategori baik sebesar 44.3% dan sisanya 55.7% dalam kategori kurang.

Kondisi diatas menggambarkan bahwa antara kategori baik dan kurang tidak memiliki rentang perbedaan yang besar, hanya berkisa 10-15% saja. Misalkan pada dokumentasi keperawatan, kondisi di RSUD Banyumas menunjukkan bahwa persepsi tentang dokumentasi yang baik masih besar, hal ini dikarenakan dengan menggunakan dokumentasi dengan basis komputer, maka kemampuan mandiri perawat lebih minimalis, karena banyak peran pendokumentasian yang dilakukan oleh program komputer. Sementara pada persepsi tentang sistem komputer pemahaman yang kurang lebih besar. Hal ini dikarenakan karena sebagian besar pendidikan perawat adalah D3 Keperawatan dimana paparan terhadap teknologi informasi masih belum optimal dan hanya terbatas pada lingkungan kerja saja.

Sebagaimana yang disebutkan oleh Pangestu (2007), bahwa sistem informasi manajemen dengan basis teknologi informasi hanya merupakan sistem bantu kerja-kerja manajerial, sehingga peran SDM dalam hal ini perawat masih harus mendominasi, bukan malah ketergantungan.

Selanjutnya pada daya berpikir kritis, perawat RSUD Banyumas lebih besar memiliki daya berpikir kritis yang kurang dibanding dengan daya berpikir yang baik. Hal ini dikarenakan penggunaan dokumentasi keperawatan berbasis komputer menimbulkan ketergantungan dan sistem otomatisasi pada program, sehingga daya pikir kritis perawat dalam melakukan pendokumentasian proses keperawatan sangat tergantung pada program komputer yang telah dibuat menjadi menurun.

Sebagaimana yang disebutkan oleh Maryam (2008), bahwa daya berpikir kritis digunakan perawat dalam mengatasi setiap masalah dalam pelaksanaan proses keperawatan.

## 6.1.2 Hasil Bivariat

### 6.1.2.1 Karakteristik Responden dengan Daya Berpikir Kritis Perawat

Maryam (2008) menyebutkan bahwa daya berpikir kritis perawat tidak dipengaruhi secara langsung oleh jenis kelamin. Seperti yang ditunjukkan pada hasil uji bivariat antara jenis kelamin dan daya berpikir kritis tidak menunjukkan hubungan yang signifikan. Hal ini berarti jenis kelamin tidak mempengaruhi daya berpikir kritis perawat di RSUD Banyumas. Kondisi dimana laki-laki memiliki jumlah yang lebih besar dibandingkan pada perempuan terhadap daya berpikir kritis yang baik, dapat dijelaskan dengan peran dan fungsi bahwa perawat laki-laki diberi peran dan fungsi yang lebih.

Widyantoro (2005), menyebutkan dalam penelitiannya tentang kelengkapan dokumentasi bahwa perempuan memiliki kemampuan dokumentasi lebih lengkap dibandingkan dengan laki-laki. Hasil penelitian ini menunjukkan kondisi bahwa perempuan dan laki-laki memiliki kecenderungan yang berbeda dalam kemampuan dokumentasi. Perempuan memiliki kemampuan dokumentasi yang lebih rendah dibandingkan dengan laki-laki. Sedangkan hasil analisa bivariat antara jenis kelamin dengan kemampuan dokumentasi tidak terdapat hubungan yang signifikan, yang berarti kemampuan dokumentasi tidak dipengaruhi oleh jenis kelamin perempuan dengan laki-laki.

Sementara Petterson *et.al* (2006) menyatakan secara umum laki-laki memiliki produktivitas yang lebih tinggi dibandingkan dengan perempuan, tetapi pada area-area kerja yang sudah memiliki tatanan rutin seperti pada area militer dan rumah sakit yang tidak membedakan peran laki-laki dan perempuan maka tingkat produktivitas mereka cenderung sama. Sehingga kondisi di RSUD Banyumas yang merupakan area kerja dengan tatanan yang sudah teratur dan tidak ada perbedaan peran antara laki-laki dan perempuan dapat dijelaskan seperti pendapat Petterson *et.al*.

Sebagaimana yang dijelaskan oleh Alfaro (1999, dalam Zimmermann, 2010) serta Maryam (2008) bahwa daya berpikir kritis perawat merupakan serangkaian kemampuan kognitis, sikap dan ketrampilan perawat. Sesuai dengan tingkat pendidikannya, D3 Keperawatan merupakan perawat vokasional dimana kemampuan kognitis dan sikap mereka terbatas pada hal-hal praktis, sementara pengembangan terjadi pada area klinik dan praktek lapangan yang sesuai dengan masa dan pengalaman kerja.

Pada variabel daya berpikir kritis, 61 orang yang telah mengikuti pelatihan SIMKEP mendominasi kategori daya berpikir kritis yang kurang yaitu sebanyak 33 orang, sisanya 28 orang sudah memiliki daya berpikir yang baik. Sedangkan dari 9 orang yang belum mengikuti pelatihan SIMKEP, 7 diantaranya juga memiliki kategori daya berpikir kritis yang kurang. Selanjutnya hasil analisis bivariat antara pelatihan SIMKEP dengan daya berpikir kritis tidak memiliki hubungan yang signifikan, sehingga dapat dijelaskan bahwa pelatihan SIMKEP tidak berpengaruh pada daya berpikir kritis perawat.

International Labour Office (ILO) (2004), menyebutkan bahwa peran pelatihan ketrampilan yang spesifik pada tenaga kerja, memiliki pengaruh yang besar terhadap produktivitas mereka. ILO menegaskan bahwa sebuah pelatihan harus dilakukan *follow up* secara dinamis. Dalam hal ini dinamis yang dimaksud adalah proses pengawalan pelatihan, yang difungsikan untuk menjadi kualitas dari kompetensi pelatihan. Pengawalan disini merupakan supervisi yang berkala. Bahkan setelah kompetensi peserta pelatihan tercapai pun, proses supervisi yang berupa audit rutin harus selalu dilakukan. Kondisi ideal terhadap pelatihan seperti ini tidak dilaksanakan di RSUD Banyumas. Hal ini ditunjukkan pada data audit keperawatan secara berturut-turut pada tahun 2009 yang menunjukkan kinerja dokumentasi komputer yang masih rendah. (RSUD Banyumas, 2009).

Perawat RSUD Banyumas kebanyakan berusia muda sekitar 30 tahun, bahkan rata-ratanya 29.06 tahun. Sebagaimana yang disebutkan oleh Marinki

(2008) dan Sunariani *et.all* (2007) perawat RSUD Banyumas berada pada rentang usia paling produktif sehingga seharusnya memiliki kinerja dan produktifitas yang tinggi termasuk pada kemampuan dokumentasi keperawatan dan daya berpikir kritis mereka.

Masa kerja yang dimiliki oleh para responden rata-rata adalah 4.76 tahun, dengan masa kerja terenda 1 tahun dan tertinggi 18 tahun. Selanjutnya 95% responden memiliki masa kerja antara 3.68 tahun – 5.83 tahun. Menurut Siagian (2004), tenaga kerja dengan masa kerja lama akan memiliki tingkat produktivitas yang tinggi dikarenakan telah memiliki pengalaman. Dalam penelitian Wasdhana (2009) dihasilkan bahwa masa kerja diatas 5 tahun baru memberikan pembentukan karakter pekerja yang permanen, sehingga para pekerja dengan masa kerja di bawah 5 tahun masih memiliki sikap yang masih labil terhadap karakter dan kinerja dalam melaksanakan pekerjaannya.

#### **6.1.2.2 Dokumentasi Keperawatan dan Sistem Komputer dengan Daya Berpikir Kritis Perawat**

Hasil penelitian menunjukkan hubungan yang sangat signifikan antara kemampuan dokumentasi dan sistem komputer dengan daya berpikir kritis. Kemampuan dokumentasi perawat yang baik akan memberikan kontribusi pada daya berpikir kritis yang baik pula hingga 4,9 kali dibandingkan dengan dokumentasi kurang, sedangkan sistem komputer yang baik juga akan memberikan peluang daya berpikir kritis yang baik hingga 3.5 kali dibandingkan dengan sistem komputer yang kurang.

Data dari responden menunjukkan bahwa dari 40 responden dengan kemampuan dokumentasi baik, maka terdapat 24 orang yang memiliki daya berpikir kritis baik juga. Sementara dari 31 responden dengan pemahaman sistem komputer yang baik 19 diantaranya memiliki daya berpikir kritis yang baik. Kondisi sebaliknya adalah dari 30 orang responden dengan kemampuan dokumentasi kurang, maka 23 dari mereka juga memiliki daya berpikir kritis yang kurang. Sedangkan pada 39 orang dengan pemahaman sistem komputer yang kurang, 27 orang diantaranya juga memiliki daya berpikir kritis yang

kurang. Kondisi diatas dapat diterima sebagaimana hasil uji bivariat diantara ketiga variabel itu. Bahwa kemampuan dokumentasi keperawatan dan pemahaman terhadap sistem komputer memberikan pengaruh yang sejalan pada daya berpikir kritis perawat di RSUD Banyumas.

### 6.1.3 Hasil Multivariat

Hasil analisis multivariat menunjukkan bahwa faktor yang paling dominan berpengaruh pada daya berpikir kritis perawat adalah dokumentasi keperawatan. Dari hasil analisis regresi logistik ditunjukkan bahwa selain dokumentasi keperawatan faktor yang juga berpengaruh pada daya berpikir kritis perawat adalah sistem komputer.

Selanjutnya berdasar hasil uji regresi logistik dengan permodelannya dapat disimpulkan bahwa nilai *p value* untuk dokumentasi keperawatan lebih kecil dibandingkan dengan nilai *p value* sistem komputer, sehingga dapat dijelaskan bahwa kemampuan dokumentasi keperawatan lebih berpengaruh pada daya berpikir kritis perawat di RSUD Banyumas. Alfaro (1999, dalam Zimmermann, 2010) menyebutkan bahwa daya berpikir kritis perawat merupakan serangkaian kompetensi yang dimiliki oleh perawat yang didasarkan pada kemampuan kognitif, sikap dan ketrampilan. Sedangkan menurut Maryam (2008), daya berpikir kritis perawat akan digunakan perawat dalam pelaksanaan proses keperawatan termasuk dalam pendokumentasian asuhan keperawatan.

RSUD Banyumas yang merupakan rumah sakit dengan tipe B Pendidikan telah menerapkan pemberlakuan dokumentasi keperawatan yang berbasis komputer sejak tahun 1999. Dengan berbagai perbaikan dan evaluasi, sejak tahun 2004 hingga sekarang rumah sakit tersebut telah meniadakan status pasien yang terkait dokumentasi keperawatan dalam bentuk manual yang berupa format dalam bentuk kertas dan lembaran-lembaran. Konsep *paperless* telah diterapkan rumah sakit ini sejak 6 tahun yang lalu. Dengan berbagai upaya dan dukungan mulai dari pengembangan SDM, pengembangan teknis dan kebijakan rumah sakit ini telah berhasil menerapkan dokumentasi *digital offline (paperless)* (RSUD Banyumas, 2010)

Sejak pemberlakuan kebijakan tersebut rumah sakit belum melakukan evaluasi rutin berkala terhadap dampak pada penggunaan dokumentasi dengan basis komputer, termasuk efek terhadap daya berpikir kritis perawat yang menggunakannya. Dokumentasi keperawatan yang berbasis komputer yang digunakan telah diintegrasikan pada sistem informasi manajemen rumah sakit.

Sebagaimana mana yang disebutkan oleh Pangestu (2007), bahwa sebuah sistem informasi manajemen merupakan alat bantu yang memudahkan kerja-kerja manajerial. Jika sistem informasi manajemen yang dibangun telah mengadopsi teknologi informasi yang ada, maka peran teknis sumber daya manusia dapat tergantikan oleh adanya perangkat teknologi informasi dalam hal ini adalah komputer. Beberapa sistem informasi manajemen yang digunakan dalam sebuah organisasi yang telah mengadopsi penggunaan teknologi informasi memiliki beberapa keunggulan diantaranya adalah kecepatan akses informasi dan data, kecepakatan proses administrasi dan kinerja karyawan atau SDM, kecepatan pengambilan keputusan atau kebijakan, kemudahan monitoring kinerja SDM dan keteraturan alur dalam melaksanakan pekerjaan. Bahkan dengan penggunaan teknologi informasi pada sistem informasi manajemen, dapat menimbulkan budaya otomatis yang bersifat akurat dan reliabel.

RSUD Banyumas menerapkan dokumentasi keperawatan berbasis komputer dengan mengintegrasikan fungsi-fungsi dokumentasi dalam proses keperawatan mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi pada program di komputer. Karena menggunakan bahasa pemrograman, maka seluruh fungsi dokumentasi dalam proses keperawatan dibuat secara standar. Oleh karena itu rumah sakit ini telah mengadopsi penggunaan North American Nursing Diagnoses Association (NANDA) tahun 2004, Nursing Intervention Classification (NIC) dan Nursing Outcome Classification (NOC) tahun 2006 pada sistem dokumentasi mereka yang berbasis komputer.

Penggunaan NANDA, NIC dan NOC yang diintegrasikan ke dalam program dokumentasi dengan basis komputer mengharuskan perawat selalu bekerja

pada standar yang telah diprogram dalam sistem informasi itu. Sehingga peluang untuk melakukan modifikasi terhadap model dan sistem dokumentasi sangat terbatas. Kondisi semacam menciptakan sebuah sistem dengan tingkat otomatisasi yang tinggi. Dimana pada program pendokumentasian tersebut membuat perawat dipaksa bekerja sesuai sistem. Pada kondisi tertentu peran program tersebut sangatlah baik karena, menjadikan kinerja perawat dalam pendokumentasian menjadi terstandar. Sehingga akan memudahkan untuk monitoring, evaluasi dan penerapan kebijakan. Prasyarat kondisi ini adalah apa yang terdapat dalam standar manual harus terakomodir dalam penerapan program yang digunakan, sehingga bilamana kondisi tertentu yang mengharuskan dilakukannya penerapan dokumentasi dengan model yang berbeda atau pengembangan masih dimungkinkan.

Pemahaman yang lain tentang otomatisasi adalah kembali lagi pada peran dan fungsi adanya sistem informasi manajemen yang berbasis teknologi informasi adalah menjadi alat bantu pada kerja-kerja SDM yang ada di rumah sakit. Sehingga kemandirian SDM rumah sakit khususnya dalam hal ini adalah perawat dituntut dalam penerapan dan penggunaan program dokumentasi dengan basis komputer ini.

Peranan teknologi informasi harus memberikan efek positif dan meminimalkan dampak negatifnya. Sebagaimana yang disebutkan oleh Maryam (2008) bahwa dalam melaksanakan setiap proses keperawatan perawat harus selalu menggunakan daya berpikir kritisnya. Hal ini juga dikuatkan oleh Carter *et.al* (2008) yang menyebutkan daya berpikir kritis perawat dianggap sangat penting karena untuk menghadapi situasi pada keadaan pasien yang tidak terduga, keterbatasan teknologi dan keterbatasan tenaga manusia daya berpikir kritis perawat sangat dibutuhkan untuk mengatasi kondisi-kondisi itu.

Penggunaan dokumentasi keperawatan berbasis komputer harus dapat mengembangkan daya berpikir kritis perawat dalam melaksanakan proses keperawatan. Oleh karena itu Cruz *et.al* (2009) menyebutkan bahwa daya berpikir kritis perawat harus selalu dijaga dan dikembangkan, salah satunya adalah melalui pendidikan keperawatan yang berkelanjutan. Otomatisasi dari

penggunaan dokumentasi berbasis komputer harus diminimalkan karena akan menjadikan daya berpikir kritis perawat tidak berkembang, bahkan stagnan dan menurun. Hal ini terjadi karena ketergantungan yang tinggi pada program yang ada sehingga menurunkan daya berpikir kritis dalam melaksanakan setiap proses keperawatan.

Disisi lain Gambrell E, dan Gibbs, L (2009), menyebutkan bahwa daya berpikir kritis perawat membantu mereka untuk menyelesaikan permasalahan rutin yang muncul secara terus menerus saat mereka melakukan perawatan pada kliennya, dan juga untuk membantu mengambil keputusan dengan cepat terkait kondisi pasiennya. Oleh karena perawat harus senantiasa mengasah daya berpikir kritis mereka setiap melakukan proses keperawatan.

Terkait dengan penggunaan teknologi informasi dalam dokumentasi, Ali, T (2010) memberikan konsekuensi pada penggunaan teknologi informasi dalam dunia kesehatan, diantaranya adalah; pengembangan komunikasi, pengembangan pengetahuan, asistensi yang dapat diperkirakan, kinerja berdasar waktu, monitoring, dukungan untuk pengambilan keputusan, dan ketersediaan informasi yang jelas. Berdasar itulah penggunaan sistem informasi harus mampu memberikan manfaat yang besar dalam menyelesaikan tugas-tugas dan aktivitas secara rutin.

James (2009) memberikan gambaran tentang penggunaan Electronic Medical Record (EMR) pada dokumentasi keperawatan. Sesuai dengan perkembangan jaman, penggunaan kertas mulai dihilangkan dan mengarah pada dokumen *digital offline*. Selain itu dengan menggunakan dokumentasi berbasis komputer akan dapat memberikan akses informasi dengan cepat untuk mengambil kebijakan atau keputusan. Hal ini dicontohkan pada pengendalian keselamatan pasien, dimana dengan penggunaan EMR, maka informasi tentang lengkap pasien dapat segera diketahui.

## 6.2 Keterbatasan Penelitian

Penelitian tentang hubungan dokumentasi keperawatan berbasis komputer dengan daya berpikir kritis perawat pada pelaksanaan proses keperawatan di



RSUD Banyumas yang dilakukan oleh peneliti pada bulan Juli 2010 dengan jumlah responden sebanyak 70 orang, memiliki beberapa keterbatasan.

Alat pengumpul data pada penelitian ini menggunakan kuesioner *digital offline*. Penggunaan alat pengumpul data dengan kuesioner *digital offline* memiliki kekurangan. Kuesioner *digital offline* membutuhkan ketrampilan yang khusus dan rumit, baik dalam proses penyusunannya serta pada proses pemasangannya pada jaringan komputer yang ada di rumah sakit. Variabel penelitian yang digunakan peneliti hanya berfokus pada dokumentasi keperawatan dan sistem komputer, belum melihat secara lengkap faktor lain yang berpengaruh terhadap daya berpikir kritis perawat.

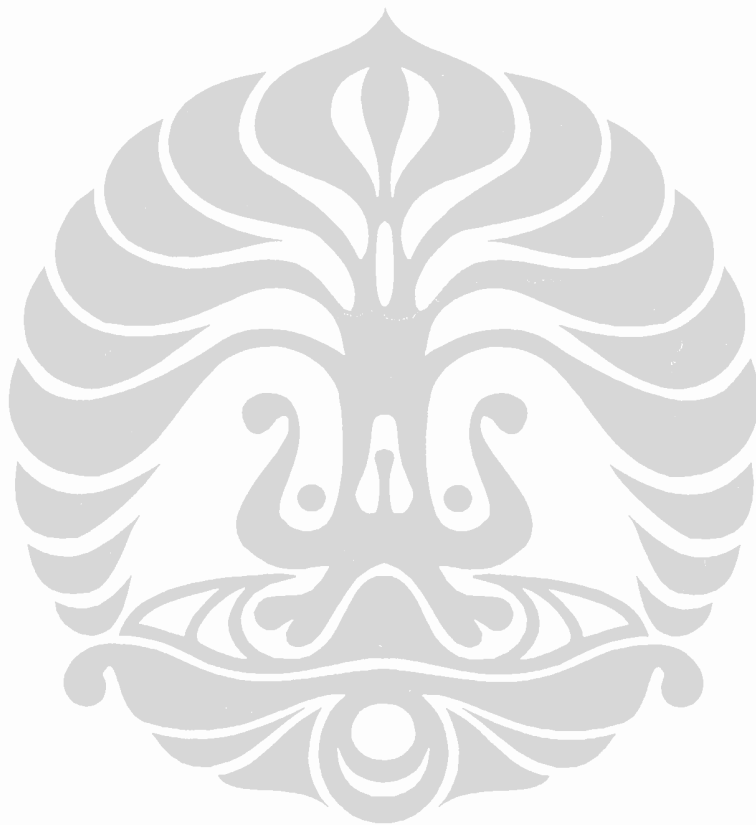
### 6.3 Implikasi dalam Keperawatan

Penggunaan teknologi informasi dalam sistem informasi manajemen rumah sakit khususnya pada keperawatan merupakan sebuah keniscayaan zaman. Hal yang perlu menjadi perhatian adalah peran dan fungsi teknologi informasi itu adalah untuk membantu menyelesaikan tugas agar lebih cepat dan lebih efektif, dengan meminimalkan dampak negatifnya.

Dokumentasi keperawatan berbasis komputer yang diterapkan di RSUD Banyumas menjadi sebuah percontohan dalam sistem dokumentasi keperawatan. Sebuah terobosan besar yang menggantikan dokumentasi manual dengan kertas menjadi sistem dokumentasi yang *paperless*. Hasil penelitian yang penulis lakukan menunjukkan bahwa 55.7% perawat RSUD Banyumas yang menggunakan dokumentasi berbasis komputer memiliki daya berpikir kritis yang kurang. Kondisi ini harus menjadi perhatian bahwa sebisa mungkin dampak negatif teknologi informasi dapat diminimalkan. Sehingga peran dan fungsi perawat dalam melaksanakan proses keperawatan mereka dapat berjalan dengan baik.

Terkait dengan daya berpikir kritis yang dimiliki oleh perawat dalam melaksanakan proses keperawatannya, harus mendapatkan perhatian yang khusus dari pengelola manajemen keperawatan di rumah sakit atau pelayanan keperawatan lainnya. Hal ini sebagaimana disebutkan oleh Maryam (2008)

bahwa kemampuan berpikir kritis sangat dibutuhkan oleh perawat dalam memberikan layanan keperawatan yang optimal. Oleh karena itu faktor-faktor yang mempengaruhi kemampuan berpikir kritis perawat agar terjaga dan terasah perlu ditingkatkan demi kualitas pelayanan keperawatan. Aspek pengetahuan, sikap dan ketrampilan perawat perlu ditingkatkan melalui pendidikan dan pelatihan secara khusus dan komprehensif. Termasuk pada layanan di rumah sakit pelaksanaan uji dan peningkatan kompetensi perlu dilakukan.



## BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN

### 7.1 Kesimpulan

- 7.1.1 Karakteristik responden yang meliputi umur, masa kerja, pendidikan, jenis kelamin, dan pelatihan Sistem Informasi Manajemen Keperawatan tidak berhubungan dengan variabel daya berpikir kritis perawat dengan  $p$  value lebih dari 0.05.
- 7.1.2 Kategori kemampuan dokumentasi keperawatan yang baik sebesar 57.1% dan kurang 42.9%.
- 7.1.3 Kategori pemahaman sistem komputer yang baik sebesar 44.3% dan yang kurang 55.7%.
- 7.1.4 Kategori daya berpikir kritis perawat yang baik sebesar 44.3% dan yang kurang 55.7%.
- 7.1.5 Faktor yang paling dominan mempengaruhi daya berpikir kritis perawat di RSUD Banyumas adalah kemampuan dokumentasi keperawatan.

### 7.2 Saran-saran

#### 7.2.1 RSUD Banyumas

- 7.2.1.1 Perlu dibuatkan kebijakan agar perawat dalam melakukan dokumentasi keperawatan dilakukan dengan lengkap disertai dengan penghargaan.
- 7.2.1.2 Perlu pengembangan materi dan teknis pelaksanaan pelatihan SIMKEP yang lebih komprehensif yang menjadikan perawat sadar akan peran dan fungsi dari pendokumentasian keperawatan, tidak hanya pada masalah teknis penggunaan dokumentasi keperawatan berbasis komputer.
- 7.2.1.3 Perlu diadakan *follow up* pelatihan secara terus-menerus atau berkala melalui supervisi dan monitoring pada pelaksanaan dokumentasi keperawatan berbasis komputer.

7.2.1.4 Perlu dilakukan penyempurnaan program dokumentasi keperawatan berbasis komputer terkait dengan model pengisian komponen dokumentasi yang memungkinkan perawat tidak mengalami otomatisasi dan ketergantungan.

7.2.1.5 Perlu dibuatkan kebijakan yang menjadi perlindungan hukum bagi perawat dalam melakukan dokumentasi keperawatan berbasis komputer untuk menjaga aspek legal dan akuntabilitas.

7.2.1.6 Perlu diberikan pengembangan SDM seluruh rumah sakit terkait penggunaan teknologi informasi dalam pelayanan keperawatan.

7.2.1.7 Perlu dilakukan uji daya berpikir kritis secara komprehensif meliputi aspek kognitif, sikap dan ketrampilan melalui uji kompetensi.

7.2.1.8 Perlu dibuat kebijakan pemberlakuan dan pelaksanaan standar profesi, dan standar etik pada setiap tenaga kesehatan dan karyawan di rumah sakit.

## 7.2.2 Institusi Pendidikan Keperawatan

7.2.2.1 Perlu diberikan mata ajar teknologi informasi secara komprehensif pada mahasiswa dengan jumlah satuan kredit semester yang memadai.

7.2.2.2 Perlu dikembangkan dan diaplikasikan penggunaan teknologi informasi dalam pelayanan pendidikan yang dapat diakses secara lebih cepat dan mudah.

7.2.2.3 Perlu diberikan pembelajaran tentang berpikir kritis dalam melaksanakan proses keperawatan yang berdasar pada kompetensi secara menyeluruh.

## 7.2.3 Bagi penelitian

Perlu dilakukan penelitian lanjutan untuk mengetahui dan mengukur secara langsung daya berpikir kritis perawat dalam pelaksanaan proses keperawatan yang meliputi aspek kognitif, sikap dan ketrampilan.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ali, T.. (2010). *Electronic Medical Record and Quality of Patient Care In the VA. Medicine and Health Rhode Island*, 93(1), 8-10. Retrieved May 21, 2010, from ProQuest Health and Medical Complete. (Document ID: 1976134701).
- Airlangga. (2006). *Mutu Asuhan Keperawatan Berdasarkan Penelaahan Dokumentasi Keperawatan dan Penelaahan Persepsi Pasien di Bagian Rawat Inap Siloam Hosptial Lippo Karawaci*. Tesis. Program Pascasarjana KARS FKM UI.
- Australian Nursing and Midwifery Council (ANMC). (2008). *Standards of Documentation for Nurses and Midwives*. Tasmania: NBT Excellence.
- Bidang Keperawatan RSUD Banyumas. (2006). *Manual Sistem Informasi Manajemen Keperawatan*. Banyumas: RSUD Banyumas.
- Canadian Nurses Association. (2001). *What is Nursing Informatics and Why is it so Important*. Ottawa: CAN
- Carpenito, L.J. (1999). *Nursing care plans & documentation: Nursing diagnoses and collaborative problems*. Lippincott
- Carter et. Al (2008). *Your Choice: Documentation or Litigation?* *Journal of Gerontological Nursing*, 33(9), 3-4. Retrieved May 21, 2010, from ProQuest Nursing & Allied Health Source. (Document ID: 1328654861
- Cruz, D., Pimenta, C., & Lunney, M.. (2009). *Improving Critical Thinking and Clinical Reasoning With a Continuing Education Course*. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(3), 121-7. Retrieved May 20, 2010, from ProQuest Health and Medical Complete. (Document ID: 1660412791).
- College and Association of Registered Nurses of America. (2006). *Documentation Guidelines for Registered Nurses*. Alberta: CARN
- College of Nurses of Octario. (2008). *Practice Standard on Documentation*. Octario: CNO OHO
- College of Registered Nurses of British Columbia. (2008). *Practice Standard for Registered Nurses and Nurses Practitioners on Documentation*. Columbia: CRBC.

- Courtney, et. All. (2002). *Critical Thinking in Nursing Education: A Literature Review*. Victoria: School of Nursing. QUT
- Dahlan, S. (2008). *Langkah-langkah membuat proposal penelitian bidang kedokteran dan kesehatan*. Jakarta : Sagung seto
- Del Bueno. (2001). Critical Thinking for Student in Nursing Education. Journal Article. Medcase.
- Depkes (1994). *Standar Dokumentasi Keperawatan*. Depkes RI.
- DPR RI. (2008). *Undang-undang No. 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik*. Setjen DPR RI.
- Director of Patient Service. (2009). *Electronic Nursing Documentation: Implementation and Compliance with Accreditation Standards*. Clemenceau: CMC.
- Fanada. (2004). *Analisis Kinerja Perawat dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Pasien Rawat Inap di RS Jiwa Daerah Propinsi Sumatera Selatan*. Tesis. Program Pascasarjana FKM UI.
- Gaos. (2002). *Hubungan Kelelahan Kerja Perawat Pelaksana dengan Dokumentasi Keperawatan di Ruang Rawat Inap Paru RS Persahabatan Jakarta Tahun 2002*. Tesis. Program Pascasarjana FIK UI.
- Gambrill dan Gibbs L. (2009) *Examining Patterns of Change in the Critical Thinking Skills of Graduate Nursing Students*. Journal of Nursing Education, 48(6), 310-8. Retrieved May 20, 2010, from Academic Research Library. (Document ID: 1749361251).
- Gillies. D.A. (1994). *Nursing management: A systems approach*. WB. Saunders Company
- Girsang. (2006). *Analisis Kinerja Perawat Pelaksana Ditinjau dari Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RS PGI Cikini*. Tesis. Program Pascasarjana FIK UI
- Glenz. (2007). *Nursing Documentation in the Paperless World*. Paper on Symposium. New Orleans, Louisiana. Dec, 10-13. 2007.
- Hamid, AY. (2007). *Riset Keperawatan. Konsep, Etika dan Instrumentasi*. Buku Ajar. Jakarta: EGC
- Hammond. (2002). *What if we Really had an Electronic Health Record*. Duke: Duke University.

Hastono, SP. (2007). *Analisis Data Kesehatan*. Depok: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

International Labour Office (ILO) (2004). *Training and Productivity*. Diakses tanggal 7 Juli 2010.

[http://www.ilo.org/public/english/region/ampro/cinterfor/temas/employer/for\\_prod/index.htm](http://www.ilo.org/public/english/region/ampro/cinterfor/temas/employer/for_prod/index.htm)

Ilyas. (2008). *Kinerja.; Teori, Penelitian dan Penilaian..* Fakultas Kesehatan Masyarakat UI.

Ionna. Et.all. (2007). *Nursing Documentation and Recording Systems of Nursing Care*. Journal. Larissa: Icus Nurse Web

Iyer dan Camp (2005). *Standar on Nursing Documentation*. St. Louuis; Mosby

James (2009) *Winningham and Preusser's Critical Thinking Cases in Nursing - Fourth edition*. Nursing Standard, 23(38), 31. Retrieved May 20, 2010, from ProQuest Health and Medical Complete. (Document ID: 1741157401).

Jasmarizal. (2000). *Faktor-faktor yang mempengaruhi dokumentasi keperawatan di RSUP M Jamil Padang*. Skripsi. USU.

Kamaludin. (1999). *Hubungan antara Sistem Informasi Manajemen Keperawatan dengan Kecepatan Pengisian Dokumentasi di Ruang Rawat Inap RSUD Banyumas*. Skripsi. PSIK FK UGM

Kozier dan Wilkinson. (2007). *Fundamentals of Nursing: Concept, process and Practice*. California: Addison Wesley.

Kozier. Erb. (2004). *Fundamental of nursing. concepts, process, and practise*. Pearson Prentice, Hall

Lemeshow, (1997). *Besar sampel dalam penelitian kesehatan*. Alih bahasa Pramono. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press

Marinki (2008). *Umur dan Produktivitas*. – Diakses tanggal 7 Juli 2010

<http://blog.rescuetime.com/2010/05/04/startling-data-are-men-32-more-productive-than-women/>

- Marquis, B.L. & Huston, C.J. (2000). *Leadership roles and management functions in nursing : Theory and application*. Philadelphia: Lippincott. William & Wilkins
- Maryam, S. (2008). *Berpikir Kritis dalam Proses Keperawatan*. Buku Ajar. Jakarta: EGC
- McLeod dan Schell. (2007). *Sistem Informasi Manajemen*. Edisi Kesembilan. Jakarta: PT Indeks.
- Mobilu. (2005). *Hubungan Beban Kerja Perawat setiap Shift dan Tingkat Pendidikan Perawat dengan Kualitas Dokumentasi Keperawatan di Irna D dan Irna G RS Umum Daerah Prof. Dr. H. Aloei Saboe Gorontalo*. Tesis. Program Pascasarjana FIK UI.
- Moody, et.all. (2004). *Electronic Health Record Documentation in Nursing: Nurses's Perceptions, Attitudes, and Preferences*. Journal. Lippincott: LWW.
- Nagle. (2009). *Health Information Technology: Our Collective Challenge*. Journal. Ontario: Hobic
- Nazir, M. (2005). *Metode Penelitian*. Bogor: Ghalia Indonesia
- NCS Pearson. (2009). *Watson-Glaser II Critical thinking Appraisal. Technical Manual and User's Guide*. San Antonio: TalentLens
- North American Nursing Diagnose Association (NANDA). 2006. *Nursing Diagnoses Classification* ed. 2006. Mosby.
- Notoatmodjo, S (2009). *Pengembangan Sumber Daya Manusia*. Jakarta. Rineka Cipta
- Pangestu. (2007). *Teori Dasar Sistem Informasi Manajemen*. Jakarta: Komunitas E-Learning.
- Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI). (2010). *Perawat Vokasional dan Profesional*. Artikel. INNA PPNI.
- Petterson *et.al* (2006) *Relational study of registered nurses' critical thinking ability*. Ed.D. dissertation, Pepperdine University, United States -- California. Retrieved May 20, 2010, from ProQuest Nursing & Allied Health Source.(Publication No. AAT 3061237).
- Pollit D.F., & Hungler, B.P. (1999). *Nursing research principles and methodes* (6<sup>th</sup> 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
- RSUD Banyumas (2008). *Profil Rumah Sakit Umum Daerah Banyumas*. Banyumas. Tidak dipublikasikan
- Sabri, L & Hastono, S.P. (2006). *Statistik kesehatan*. Jakarta. Raja Grafindo Persada
- Safrudin. (2003). *Hubungan Karakteristik Perawat dan Manajemen Waktu Perawat Pelaksana Dengan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RS Husada Jakarta*. Tesis. Program Pascasarjana FIK UI.
- Sastroasmoro, S. & Sofyan Ismael. (1995). *Dasar – dasar metodologi penelitian klinis*. Jakarta, Sagung Seto
- Siagian. (2004). *Teori dan Praktek Kepemimpinan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Soetisno. (2000). *Pengaruh Pelatihan Perawat pada Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan Di RS Imanuel*. Tesis. Program Pascasarjana KARS FKM UI.
- Staudinger, et.all. (2007). *Succesfull Implementation of Electronic Nursing Documentation into Practice*. Journal. Canadian Nursing Informatics Journal.
- Sugiyono. (2008). *Statistika Untuk Penelitian*. Bandung: Alfabeta
- Suleeman. (1993). *Pengembangan Modul Pelatihan Berpikir Kritis*. Lembaga Penelitian Universitas Indonesia.
- Sunderman dan Johnson. (2008). *Complexity Theory Versus Organizational Guiding Electronic Nursing Documentation System Design*. Kansas: ANA
- Sullivan. (2001). *The health information manager as change agent in adopting electronic health record technology in hospitals*. Ph.D. dissertation, Capella University, United States – Minnesota. Retrieved May 21, 2010, from ProQuest Health Management.(Publication No. AAT 3336848).
- Swanburg, RC. (1993). *Pengantar Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan untuk Perawat Klinis*. Jakarta: EGC.
- Tamagoya et.all, (2007). *Critical Thinking in Nursing: An Interactive Approach*. Edisi ke 2. Jakarta: EGC

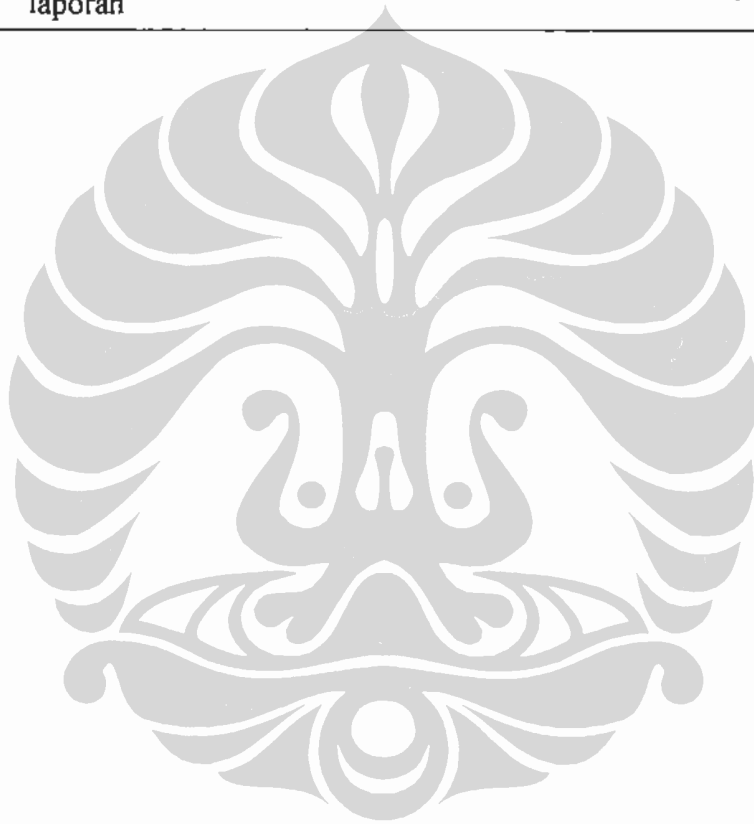
- Tim Pascasarjana FIK UI. (2008). *Pedoman Penulisan Tesis*. FIK UI
- Universitas Indonesia. (2008). *Pedoman Teknis Penulisan Tugas Akhir Mahasiswa Universitas Indonesia*. UI
- Wahidi. (1998). *Optimalisasi Pendokumentasian Keperawatan Dengan "Model Dokumentasi Modifikasi" di Instalasi Rawat Inap RS Kanker Dharmais*. Tesis. Program Studi KARS FKM UI.
- Wasdhana. (2009). *Produktivitas dan Kinerja*. Bandung : Alfabeta
- Watson and Glaser. (2002). *Watson-Galser Critical Thinking Appraisal – UK Edition*. London: Harcout Assessment
- Widyantoro. (2005). *Hubungan Penggunaan Sistem Informasi Keperawatan dengan Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan di Rumah Sakit Fatmawati Jakarta Selatan*. Tesis. Program Pascasarjana FIK UI.
- Zimmerman. (2010). *Critical Thinking in Nursing*. Journal Article. CNA





### Jadual Kegiatan Penelitian

No	Kegiatan	Feb	Mar	Apr	Mei	Jun	Jul	Ket
1	Persiapan penelitian	V	V	V	V			
2	Pelaksanaan penelitian				V	V		
3	Penyusunan laporan					V	V	







UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN BERBASIS  
KOMPUTER DENGAN DAYA BERPIKIR KRITIS PERAWAT  
PADA PELAKSANAAN PROSES KEPERAWATAN  
DI RSUD BANYUMAS**

**KUESIONER PENELITIAN**

**OLEH  
SUKIHANANTO  
0806446971**

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN  
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN  
PROGRAM PASCASARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS INDONESIA  
DEPOK  
JUNI 2010**

**HALAMAN**  
**INFORMASI PENELITIAN**

Judul Penelitian : Hubungan Dokumentasi Keperawatan Berbasis Komputer dengan Daya Berpikir Kritis Perawat Pada Pelaksanaan Proses Keperawatan di RSUD Banyumas

Peneliti : Sukihananto

NPM : 0806446971

Alamat : Jl. H. Kodja III No. 11 Rt. 01 Rw. 05 Kukusan, Kec. Beji Kota Depok Jawa Barat 16425

No. Telepon : 0856 2897 290

E-mail : [sukihananto@yahoo.com](mailto:sukihananto@yahoo.com)

Saya adalah mahasiswa Program Magister Kekhususan Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia akan mengadakan penelitian tentang “Hubungan dokumentasi keperawatan berbasis komputer dengan daya berpikir kritis perawat dalam pelaksanaan proses keperawatan di RSUD Banyumas”. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan antara faktor-faktor dokumentasi keperawatan berbasis komputer dengan daya berpikir kritis perawat.

Saya sebagai peneliti, akan menjamin kerahasiaan dari data-data responden dan hanya menggunakannya untuk keperluan penelitian. Peneliti juga menjamin tidak akan terjadi dampak negatif pada responden akibat pengambilan data pada penelitian ini. Oleh karena itu dengan saya memohon partisipasi dan kesediaan Bapak/Ibu/Sdr/I perawat RSUD Banyumas untuk menjadi responden pada penelitian ini.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya saya mengucapkan banyak terima kasih.

Depok, Mei 2010  
Peneliti,

**Sukihananto**

**HALAMAN  
PERSETUJUAN RESPONDEN**

Setelah membaca informasi tentang tujuan dan prosedur penelitian maka dengan saya menyatakan bersedia menjadi responden pada penelitian tentang Hubungan Dokumentasi Keperawatan Berbasis Komputer dengan Daya Berpikir Kritis Perawat pada Pelaksanaan Proses Keperawatan di RSUD Banyumas yang dilaksanakan oleh Sdr Sukihananto Mahasiswa Program Magister Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dengan jujur, sadar dan tanpa paksaan dari pihak manapun.

Demikian pernyataan ini saya buat. Semoga dapat digunakan dengan sebagai mana mestinya

Banyumas, Mei/Juni 2010  
Responden

*Tanda tangan digantikan dengan melakukan  
Klik pada halam persetujuan pada kuesioner digital offline  
(.....)*



## Halaman Awal

1. Anda bekerja di Ruang Perawatan mana?
  - Anggrek
  - Bougenville
  - Cempaka
  - Dahlia
  - Edelweis
  - Flamboyan
  - Gardena
  - Kanthil
  - Melati
  - Wijaya Kusuma 1
  - Wijaya Kusuma 2
  - ICU
  - Perinatologi
  
2. Setelah membaca dan memahami tujuan dari penelitian ini, apakah Anda bersedia menjadi responden dalam penelitian ini?
  - Saya bersedia
  - Saya tidak bersedia

## Halaman Kedua

### Kuesioner A : Biodata Responden

1. Pendidikan terakhir Anda dalam keperawatan adalah
  - SPK
  - D3 Keperawatan
  - S1 Keperawatan / Ners
2. Sudah berapa lama Anda bekerja di RSUD Banyumas? Tuliskan dalam tahun
3. Jenis Kelamin Anda adalah
  - Laki-laki
  - Perempuan
4. Berapa umur Anda pada tahun ini? Tuliskan dalam tahun
5. Apakah Anda pernah mengikuti Pelatihan SIMKEP yang diselenggarakan oleh Bidang Keperawatan?
  - Sudah
  - Belum

### Halaman Ketiga.

#### Kuesioner B1: Dokumentasi Keperawatan

Silakan membaca dan memahami pernyataan berikut ini. Kemudian pilihlah jawaban yang sesuai dengan kondisi Anda dengan cara mengklik pada pilihan yang tersedia.

1. Saya melakukan pengkajian pada semua kelompok/divisi
  - Selalu
  - Sering
  - Jarang
  - Tidak Pernah
2. Saya memilih semua analisa pengkajian
  - Selalu
  - Sering
  - Jarang
  - Tidak Pernah
3. Saya menulis data pengkajian tambahan
  - Selalu
  - Sering
  - Jarang
  - Tidak Pernah
4. Saya memastikan kembali pilihan masalah yang muncul
  - Selalu
  - Sering
  - Jarang
  - Tidak Pernah
5. Saya memilih faktor yang berhubungan dengan masalah/diagnosa
  - Selalu
  - Sering
  - Jarang
  - Tidak Pernah
6. Saya menuliskan prioritas diagnosa
  - Selalu
  - Sering
  - Jarang
  - Tidak Pernah

7. Saya menulis lama tujuan perawatan
  - Selalu
  - Sering
  - Jarang
  - Tidak Pernah
8. Saya memilih NOC yang disediakan lebih dari satu.
  - Selalu
  - Sering
  - Jarang
  - Tidak Pernah
9. Saya memilih NIC mayor yang disediakan lebih dari satu
  - Selalu
  - Sering
  - Jarang
  - Tidak Pernah
10. Saya memilih nama saya pada daftar perawat
  - Selalu
  - Sering
  - Jarang
  - Tidak Pernah
11. Saya menulis data tambahan dari pelaksanaan setiap NIC
  - Selalu
  - Sering
  - Jarang
  - Tidak Pernah
12. Saya melaksanakan semua NIC yang direncanakan
  - Selalu
  - Sering
  - Jarang
  - Tidak Pernah
13. Saya mengisi skala rentang NOC
  - Selalu
  - Sering
  - Jarang
  - Tidak Pernah

14. Saya memilih pilihan berhasil pada setiap label NOC

- Selalu
- Sering
- Jarang
- Tidak Pernah

15. Saya menuliskan evaluasi tambahan

- Selalu
- Sering
- Jarang
- Tidak Pernah

### **Kuesioner B2 : Sistem Komputer**

Silakan membaca dan memahami pernyataan berikut ini. Kemudian pilihlah jawaban yang sesuai dengan kondisi Anda dengan cara mengklik pada pilihan yang tersedia.

16. Saya mematikan komputer setelah shift jaga

- Selalu
- Sering
- Jarang
- Tidak Pernah

17. Saya menghubungi teknisi jika komputer bermasalah

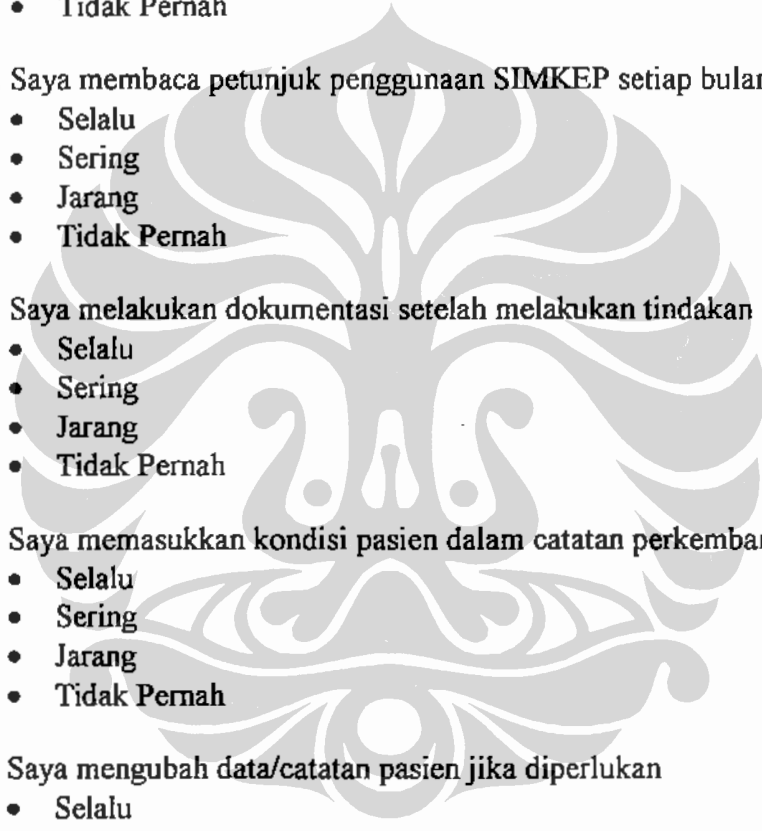
- Selalu
- Sering
- Jarang
- Tidak Pernah

18. Saya menunggu jika komputer sedang *error*.

- Selalu
- Sering
- Jarang
- Tidak Pernah

19. Saya mematikan komputer dengan menekan tombol power pada CPU

- Selalu
- Sering
- Jarang
- Tidak Pernah

- 
20. Saya membersihkan perlengkapan komputer seriap hari
- Selalu
  - Sering
  - Jarang
  - Tidak Pernah
21. Saya menghidupkan komputer selama shift jaga
- Selalu
  - Sering
  - Jarang
  - Tidak Pernah
22. Saya membaca petunjuk penggunaan SIMKEP setiap bulan
- Selalu
  - Sering
  - Jarang
  - Tidak Pernah
23. Saya melakukan dokumentasi setelah melakukan tindakan
- Selalu
  - Sering
  - Jarang
  - Tidak Pernah
24. Saya memasukkan kondisi pasien dalam catatan perkembangan
- Selalu
  - Sering
  - Jarang
  - Tidak Pernah
25. Saya mengubah data/catatan pasien jika diperlukan
- Selalu
  - Sering
  - Jarang
  - Tidak Pernah

## Halaman Formulir Uji Daya Kritis Perawat

Bagian berikut ini, silakan dibaca kemudian pilihlah jawaban sesuai dengan pernyataan yang Anda anggap benar.

### I. Inferensi

Pada bagian ini Anda akan mendapatkan beberapa pernyataan dan kemudian Anda diminta untuk memilih jawaban sesuai dengan yang Anda anggap benar.

Ada pernyataan yang disajikan, kemudian ada pilihan jawaban:

- B : Benar, jika Anda yakin benar berdasar pernyataan.
- MB : Mungkin Benar, jika Anda merasa mungkin lebih banyak benar daripada salah berdasar pernyataan.
- KD : Kurang Data, jika Anda merasa pernyataan usulan masih membutuhkan data lain selain dari pernyataan
- MS : Mungkin Salah, jika anda merasa lebih banyak salah daripada benarnya berdasar pernyataan
- S : Salah, jika Anda yakin salah berdasar pada pernyataan.

#### Pernyataan

Perawat A hari ini jaga pagi. Perawat A melakukan pengkajian pada pasien baru dari IGD, yang masuk ke ruangan pagi ini.

Usulan inferensi:

1. Perawat A menerima pasien baru yang masuk.
  - Benar
  - Mungkin Benar
  - Kurang Data
  - Mungkin Salah
  - Salah
2. Perawat A membawa status pasien untuk melakukan pengkajian
  - Benar
  - Mungkin Benar
  - Kurang Data
  - Mungkin Salah
  - Salah
3. Perawat A membaca status pasien baru di komputer.
  - Benar
  - Mungkin Benar
  - Kurang Data
  - Mungkin Salah
  - Salah

4. Pasien memberikan jawaban atas pertanyaan perawat A
  - Benar
  - Mungkin Benar
  - Kurang Data
  - Mungkin Salah
  - Salah
5. Perawat A melakukan pengkajian juga pada pasien baru yang lain
  - Benar
  - Mungkin Benar
  - Kurang Data
  - Mungkin Salah
  - Salah

## II. Pengenalan Asumsi

Silakan Anda memilih jawaban sesuai dengan pernyataan yang ada, pilihlah

- Ya, jika menurut Anda asumsi ini benar
- Tidak, jika menurut Anda asumsi ini salah

### Pernyataan:

Untuk menyusun diagnosa keperawatan, harus ada Masalah (*Problem*), Penyebab (*Etiology*), dan Gejala (*Symptoms*).

Usulan asumsi:

6. Setiap diagnosa keperawatan pasti mengandung P, E dan S
  - Ya
  - Tidak
7. Diagnosa keperawatan dapat disusun dengan menggunakan format selain PES
  - Ya
  - Tidak
8. PES dapat diketahui dari hasil pengkajian
  - Ya
  - Tidak
9. Kebenaran diagnosa tergantung pada kebenaran pengkajian
  - Ya
  - Tidak
10. Diagnosa NANDA sesuai dengan PES
  - Ya
  - Tidak



### III. Deduksi

Silakan membaca pernyataan yang disajikan, kemudian pilihlah jawaban sesuai dengan pemahaman Anda dengan

- Ya, jika usulan kesimpulan sesuai dengan pernyataan
- Tidak, jika usulan kesimpulan tidak sesuai dengan pernyataan

#### **Pernyataan:**

Rencana keperawatan yang disusun berdasar kondisi pasien maka tujuan perawatan akan tercapai. Tujuan perawatan tercapai pasien dapat pulang.

Usulan kesimpulan:

11. Rencana keperawatan sesuai dengan kondisi pasien, maka pasien dapat pulang.

- Ya
- Tidak

12. Tujuan perawatan tidak tercapai karena rencana keperawatan tidak sesuai kondisi pasien.

- Ya
- Tidak

13. Pasien tidak dapat pulang kalau tujuan perawatan tidak tercapai

- Ya
- Tidak

14. Kondisi pasien tergantung pada rencana keperawatan yang disusun

- Ya
- Tidak

15. Pasien dapat mengajukan pulang saat tujuan belum tercapai

- Ya
- Tidak

### IV. Interpretasi

Berikut akan disajikan pernyataan kemudian silakan memberikan jawaban atas usulan kesimpulan yang disajikan dengan jawaban:

- Ya, jika benar sesuai dengan pernyataan
- Tidak, jika salah berdasar pernyataan.

**Pernyataan:**

Dalam melakukan pencatatan atas tindakan yang dilakukan, perawat mencantumkan nama, waktu dan tanda tangan dalam status pasien.

**Usulan kesimpulan:**

16. Perawat yang melakukan pencatatan tindakan keperawatan tidak disertai dengan nama, waktu dan tanda tangan maka dianggap salah.

- Ya
- Tidak

17. Nama, waktu dan tanda tangan bukan merupakan tanggung gugat perawat.

- Ya
- Tidak

18. Melakukan pencatatan sebelum tindakan perawatan dibolehkan dalam dokumentasi keperawatan.

- Ya
- Tidak

19. Perawat boleh hanya mencantumkan nama saja dalam melakukan dokumentasi.

- Ya
- Tidak

20. Karena menggunakan komputer tidak perlu melakukan tanda tangan.

- Ya
- Tidak

**V. Evaluasi Argumentasi**

Berikut akan disajikan pernyataan, selanjutnya pilihlah jawaban sesuai dengan kondisi yang Anda anggap benar dengan:

- Kuat, jika alasan yang diberikan sesuai dan mendukung pernyataan
- Lemah, jika alasan yang disajikan kurang sesuai dan tidak mendukung pernyataan.

**Pernyataan:**

Seharusnya perawat melakukan apa yang dia catat dan mencatat apa yang dia lakukan.

**Usulan Argumentasi:**

21. Tidak, karena tidak semua yang dilakukan oleh perawat harus dicatat.

- Kuat
- Lemah

22. Ya, karena sebagai bukti tanggung gugat perawat.
- Kuat
  - Lemah
23. Ya, memang itu pekerjaan rutin perawat.
- Kuat
  - Lemah
24. Tidak, karena perawat kadang tidak menulis apa yang akan dia kerjakan.
- Kuat
  - Lemah
25. Ya, karena untuk melengkapi dokumentasi pasien.
- Kuat
  - Lemah

**Pengisian telah selesai. Terima kasih atas partisipasi Anda**

Kepada  
Yth Bapak/Ibu/Sdr/i  
Perawat di RSUD Banyumas

Bersama ini saya Nama Sukihananto, mahasiswa Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, sedang mengadakan penelitian dengan judul : **HUBUNGAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN BERBASIS KOMPUTER DENGAN DAYA BERPIKIR KRITIS PERAWAT PADA PELAKSANAAN PROSES KEPERAWATAN DI RSUD BANYUMAS.**

Setelah mendapatkan rekomendasi dari:

1. Bidang Keperawatan a/n Slamet Setiadi, S.Kep, Ns.
2. Komite Keperawatan a/n Eko Winarto, M.Kep, Sp.MB
3. Instalasi Teknologi Informasi a/n Dodi Sulistyono, S.Kom

Dan juga Ijin Penelitian dari Bidang Diklit a/n Imron Rosyadi, S.Kep, Ns

Oleh karena itu dengan ini saya mengharap kesediaan Bapak/Ibu/Sdr/i untuk menjadi responden pada penelitian ini dengan cara sebagai berikut:

1. Nyalakan computer yang ada di ruangan Anda
2. Bukalah program *START* yang ada di bagian kiri bawah dengan menekan klik pada mouse.
3. Pilihlah program *Internet Explore* (LOGO TULISAN **e**) dengan melakukan klik sekali hingga terbuka halamannya.
4. Kemudian ketikkan pada kolom *ADDRESS* dengan menkliknya, masukan alamat berikut ini:

**<http://iti-005/kuesioner>**

**atau**

**<http://192.168.0.169/kuesioner>**

5. Selanjutnya silakan melakukan *LOGIN* dengan cara memasukkan *username* dan *password* yang sudah diberikan kepada Anda
6. Selanjutnya setelah muncul halaman Selamat Datang sesuai username Anda, isilah kuesioner dan formulir sesuai dengan perintah dan kondisi diri Anda
7. Setelah selesai melakukan pengisian dan Anda mendapatkan ucapan terimakasih, lakukan *LOGOUT / KELUAR*
8. Pengisian telah selesai. Terima kasih.



# Kisi Kisi Kuesioner

## Kuesioner B

No.	Variabel/Sub Variabel	No Pertanyaan	Keterangan
1.	<b>Pengkajian</b>	<b>1, 2, 3</b>	
2.	<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>4, 5, 6</b>	
3.	<b>Perencanaan</b>	<b>7, 8, 9</b>	
4.	<b>Implementasi</b>	<b>10, 11, 12</b>	
5.	<b>Evaluasi</b>	<b>13, 14, 15</b>	
6.	<b>Perangkat Lunak</b>	<b>16, 17, 18</b>	
7.	<b>Perangkat Keras</b>	<b>19, 20, 21</b>	
8.	<b>Perawat sebagai <i>Brainware</i></b>	<b>22, 23, 24, 25</b>	

## Formulis Daya Berpikir Kritis Perawat

No.	Variabel/Sub Variabel	No Pertanyaan	Keterangan
1.	<b>Inferensi</b>	<b>1 – 5</b>	
2.	<b>Pengenalan Asumsi</b>	<b>6 – 10</b>	
3.	<b>Deduksi</b>	<b>11 -15</b>	
4.	<b>Interpretasi</b>	<b>16 – 20</b>	
5.	<b>Evaluasi Argumentasi</b>	<b>21- 25</b>	



## DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Sukihananto  
Tempat, tanggal lahir : Wonogiri, 10 Oktober 1983  
Jenis Kelamin : Laki-laki  
Status : Menikah  
Alamat Asal : Dukuh Rt. 05 Rw.06 Gemantar Selogiri  
Wonogiri, Jawa tengah 57652  
Alamat Tinggal : Jl. H. Kodja III No. 11 Rt. 01 Rw. 05 Kukusan,  
Beji, Depok, Jawa Barat 16425  
Riwayat Pendidikan :  
Tahun 1996 : SD Gemantar II  
Tahun 1999 : SMP N 1 Selogiri  
Tahun 2002 : SMU N 1 Wonogiri  
Tahun 2008 : PSIK FK UGM  
Riwayat Pekerjaan :  
Tahun 2010 : Staf Akademik Keilmuan Komunitas Fakultas  
Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia









**UNIVERSITAS INDONESIA**  
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN**

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

Nomor : 2070/H2.F12.D/PDP.04.02.Tesis/2010 20 Mei 2010  
Lampiran : --  
Perihal : Permohonan ijin penelitian dan uji instrumen penelitian

Yth. Direktur  
RSUD. Banyumas  
Jawa Tengah


Dalam rangka pelaksanaan kegiatan Tesis mahasiswa Program Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) Kekhususan Manajemen Dan Kepemimpinan Keperawatan atas nama:

**Sukihananto**  
**0806446971**

Akan mengadakan penelitian dengan judul: **"Hubungan Dokumentasi Keperawatan Berbasis Komputer Dengan Daya Berfikir Kritis Perawat Pada Pelaksanaan Proses Keperawatan Di RSUD. Banyumas"**.

Sehubungan dengan hal tersebut, bersama ini kami mohon kesediaan Saudara mengijinkan mahasiswa untuk mengadakan penelitian dan uji instrumen penelitian di RSUD. Banyumas sebagai tahap awal pelaksanaan kegiatan tesis.

Atas perhatian Saudara dan kerjasama yang baik, disampaikan terima kasih.

Dekan,  
  
Dewi Irawaty, MA., Ph.D.  
NIP. 19520601 197411 2 001

Tembusan Yth.:

1. Wakil Dekan FIK-UI
2. Sekretaris FIK-UI
3. Manajer Pendidikan FIK-UI
4. Ketua Program Pascasarjana FIK-UI
5. Koordinator M.A. "Tesis"
6. Pertinggal



**PEMERINTAH KABUPATEN BANYUMAS  
RUMAH SAKIT UMUM BANYUMAS**

Jln. Rumah Sakit No. 01 Telp. (0281) 796182, 796031, 797111  
Faks (0281) 796182 E-mail [rumahsakitbanyumas@yahoo.com](mailto:rumahsakitbanyumas@yahoo.com)  
**B A N Y U M A S**

**SURAT KETERANGAN**

No. **KS**/Diklit / VI / 2010

Yang bertanda tangan di bawah ini menerangkan bahwa :

Nama : SUKIHANANTO  
NIM : 0806446971  
Institusi : MAGISTER ILMU KEPERAWATAN KEKHUSUSAN  
KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN  
KEPERAWATAN PROGRAM PASCA SARJANA  
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN UNIVERSITAS  
INDONESIA

Sedang melakukan penelitian dengan judul HUBUNGAN DOKUMENTASI  
KEPERAWATAN BERBASIS KOMPUTER DENGAN DAYA BERPIKIR KRITIS  
PERAWAT PADA PELAKSANAAN PROSES KEPERAWATAN DI RSUD BANYUMAS di  
Instalasi Rawat Inap RSUD Banyumas sejak tanggal 5 Juni 2010- 5 Juli 2010.

Mohon kepada pihak-pihak yang terkait untuk dapat memfasilitasi sesuai  
dengan prosedur.

Banyumas, 5 Juni 2010  
Kasubag Diklat dan Litbang

**Imron Rosyadi, S.Kep. Ns**  
NIP. 19760729 199703 1 003





# UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124  
Email : humasfik.ui.edu Web Site : www.fikui.ac.id

## KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian Keperawatan, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

**Hubungan Dokumentasi Keperawatan Berbasis Komputer dengan Daya Berfikir Krisis Perawat pada Pelaksanaan Proses Keperawatan di RSUD. Banyumas.**

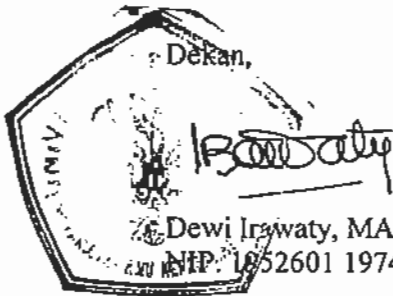
Nama peneliti utama : **Sukihananto**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 11 Juni 2010

Dekan,



Dewi Irawaty, MA, PhD  
NIP. 1952601 197411 2 001

Ketua,

Yeni Rustina, PhD  
NIP. 19550207 198003 2 0